

S1 21 96

**JUGEMENT DU 12 AVRIL 2023**

**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 Marie-Charlotte Bagnoud, avocate,  
3960 Sierre

**contre**

**OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS**, 1950 Sion, intimé

(rente d'invalidité ; début de l'incapacité de travail de longue durée)

## Faits

A. X \_\_\_\_\_, née le xx.xx 1983, est titulaire d'un CFC d'employée de bureau. Dès le 16 juin 2014, elle a été mise en incapacité de travail en raison de tremblements, d'une grande fatigue et de difficultés de concentration (pièce 17). Consultée, la Dresse A \_\_\_\_\_ a suspecté une ataxie avec trémulations de tout le corps et troubles de la marche et a attesté une incapacité de travail totale depuis le 25 août 2014 (pièce 19).

Le 23 novembre 2014 (pièce 12), l'intéressée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI).

Dans son rapport du 12 janvier 2015, le Dr B \_\_\_\_\_, neurologue, a posé les diagnostics de suspicion d'ataxie épisodique et de trémulations avec troubles de la marche d'origine fonctionnelle probable (pièce 22). Les résultats des tests génétiques pour l'ataxie périodique réalisés se sont révélés négatifs (pièce 29). Une maladie de Parkinson a également été écartée (pièces 35 et 39). Après examen de l'assurée le 30 juin 2015, la Dresse C \_\_\_\_\_ du service de neurologie des D \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de troubles neurologiques fonctionnels moteurs (F44.4) autrefois appelé trouble de conversion ou trouble psychogène ; elle a relevé que l'assurée avaient vécu des épisodes dépressifs sévères avec tentamen en 2003 et a préconisé un suivi psychiatrique et de la méditation de pleine conscience (pièce 35). Interpellé, le Dr E \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a expliqué que l'assurée avait repris son suivi en mai 2014 en raison de difficultés relationnelles survenues au travail et que des tremblements et des secousses musculaires étaient apparus environ un mois plus tard (pièce 58). Il a indiqué que lors du dernier rendez-vous du 8 février 2016, la patiente ne présentait plus de trouble de l'humeur et était à même de gérer ses soucis de manière adaptée, malgré une grosse fatigue avec des difficultés de concentration et d'attention ; il ne pouvait toutefois pas se prononcer sur sa capacité de travail dans une activité adaptée.

Une expertise psychiatrique a dès lors été diligentée auprès du F \_\_\_\_\_ par le Dr G \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le 1<sup>er</sup> mars 2017 (pièces 61 et 70). Dans son rapport du 3 avril 2017, l'expert a confirmé le diagnostic de troubles moteurs dissociatifs (F44.4) connu de longue date, en précisant que l'assurée connaissait des conflits émotionnels et des problèmes psychosociaux importants, mais ne présentait plus d'épisode dépressif. Il n'a pas pu retenir de trouble de la personnalité et n'a pas constaté de limitations fonctionnelles psychiatriques ; il n'a pas observé de

fatigabilité durant l'entretien et a souligné que la description des activités quotidiennes (fitness, course à pied, wakesurf, commission, ménage, télévision, lecture) montrait que l'expertisée était plutôt active, ce qui était en contradiction avec la principale plainte relative à la fatigue et avec le fait que l'assurée pensait pouvoir travailler à 80%. Il a dès lors conclu que la capacité de travail avait toujours été entière dans l'activité habituelle, sauf durant l'hospitalisation en 2003 (pièce 76).

Ceci étant, par projet de décision du 26 avril 2017 (pièce 80), puis décision du 6 juin 2017 (pièce 83), l'OAI a refusé à l'assurée tout droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel en l'absence d'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique d'une gravité telle qu'elle pourrait justifier une incapacité de travail de longue durée.

**B.** Par courrier du 20 avril 2018 (pièce 85), l'assurée a signalé à l'OAI qu'après avoir retrouvé un emploi à plein temps en mai 2017, elle aurait dû arrêter son activité dès le 19 juillet 2017 parce que sa main droite s'était mise à trembler à nouveau. Elle a remis un rapport du 27 septembre 2017 du Dr H \_\_\_\_\_, neurologue FMH, qui confirmait la présence d'un tremblement fonctionnel interférant avec la motricité fine et nécessitant de trouver un emploi où les mains ne seraient pas trop mises à contribution (pièce 84).

En l'absence de tout élément nouveau (pièces 90 et 94), l'OAI a informé l'assurée, par projet de décision du 9 juillet 2018, qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande (pièce 95), ce que l'intéressée a contesté (pièce 97). L'OAI a alors accepté d'attendre les rapports des Drs H \_\_\_\_\_ et C \_\_\_\_\_ relatifs à leur prochaine consultation avec l'intéressée (pièce 98).

Le 19 septembre 2018, le psychiatre traitant a établi un rapport attestant de la péjoration de l'état de santé psychologique de l'assurée qui avait repris le suivi psychothérapeutique le 29 mai 2018 en raison de la détérioration de son humeur et de l'apparition d'angoisse en lien avec des problèmes physiologiques (vomissements et impossibilité de déglutir). Au vu des symptômes, il a retenu les diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) et troubles moteurs dissociatifs (F44.4) et a attesté une incapacité de travail totale dès le 29 mai 2018 (pièce 102).

Dans un rapport du 10 octobre 2018, la Dresse A \_\_\_\_\_ a attesté que l'assurée présentait depuis 2014 des troubles neurologiques mis sur le compte d'une origine fonctionnelle et a expliqué que depuis le 7 juin 2018, une dysphagie était apparue qui avait conduit à une dénutrition ayant nécessité la mise en place d'une sonde naso-

gastrique. Elle a ajouté que divers éléments cliniques remettaient en question l'origine fonctionnelle des symptômes et interrogeaient sur l'origine possible d'une maladie neurodégénérative en évolution (pièce 105).

Le 16 octobre 2018, le Dr H \_\_\_\_\_ a estimé que le trouble de la déglutition qui avait occasionné une perte pondérale importante constituait un élément objectif clair d'une aggravation de l'état de santé et que la personne la mieux placée pour décrire l'atteinte était la Dresse C \_\_\_\_\_ (pièce 106). Selon le rapport du 21 août 2018 de cette dernière, les signes cliniques parlaient en faveur d'un tremblement fonctionnel, même s'il fallait aussi penser à des maladies neurodégénératives ; en outre, concernant les troubles de la déglutition, il était possible qu'ils entraient dans un trouble fonctionnel qui accompagnait le trouble fonctionnel moteur.

Mandaté, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a admis que l'état de santé de l'assurée était fluctuant dans le temps et qu'il existait une aggravation avec des troubles de la déglutition et une comorbidité psychiatrique en sus du trouble moteur psychiatrique (pièce 108).

Par courrier du 9 novembre 2018, l'OAI a donc annulé son projet de décision du 9 juillet 2018 et a accepté d'entrer en matière sur la nouvelle demande du 20 avril 2018 (pièce 109).

**C.** L'assurée a séjourné à la Clinique I \_\_\_\_\_ du 21 janvier au 3 février 2019. A cette occasion, une normalisation des apports alimentaires n'a pas pu être obtenue, la patiente étant fixée sur une origine organique de ses symptômes et refusant une pathogenèse psychologique ou neuropsychosomatique (pièce 129).

Le 19 mars 2019, l'assurée a bénéficié de la mise en place d'une PEG (gastrostomie percutanée endoscopique) à la place de la sonde naso-gastrique, pour se nourrir (pièce 129).

Dans un rapport du 3 avril 2019 (pièce 130), la Dresse C \_\_\_\_\_ a confirmé qu'il existait des signes positifs pour retenir un tremblement fonctionnel (F44.4) et a estimé qu'au vu du bilan normal, le trouble de la déglutition devait également être qualifié de fonctionnel. De son point de vue, le potentiel de réadaptation était bon mais l'échec de la prise en charge à la Clinique I \_\_\_\_\_ montrait que la patiente n'était pas prête à entreprendre activement de la physiothérapie et un plan de renutrition.

Le 8 avril 2019, le Dr E \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé psychologique de sa patiente était resté inchangé depuis le dernier rapport du 19 septembre 2018 et qu'elle présentait une humeur déprimée et des angoisses par rapport à sa santé physique qui se dégradait (pièce 131). Il a confirmé l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle mais aussi dans une activité adaptée, en raison des difficultés de concentration et de l'attention, ainsi que de la fatigue physique et psychologique liée aux tremblements et au trouble de la déglutition.

De son côté, l'OAI a procédé à une enquête pour impotence le 4 avril 2019 (pièce 133). L'enquêteur a relevé que l'assurée était autonome pour accomplir les actes ordinaires de la vie, même si elle prenait plus de temps pour s'habiller, par exemple, et qu'elle gérait elle-même sa PEG, les poches de nourritures et l'injection des médicaments. Il n'a pas noté de besoin d'accompagnement particulier, hormis pour écrire ou remplir un formulaire, et a observé que l'intéressée pouvait sortir seule, faire ses courses, aller à la Poste, se rendre à RealFly pour des séances de simulateur de vol, pratiquer du wakeboard et nager.

En l'absence d'un besoin d'aide particulier, l'OAI a refusé à l'assurée tout droit à une allocation pour impotent par décision du 4 juin 2019 (pièces 136).

Etant donné les contradictions entre les informations données par l'assurée lors de l'enquête et le rapport du psychiatre traitant, qui semblait avoir surévalué la gravité de l'atteinte, le SMR a ordonné un avis interne psychiatrique (pièce 135). Dans leur rapport du 8 juillet 2019, les Drs J \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, et K \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont relevé que les symptômes du trouble de l'adaptation réactionnel à l'état de santé de l'assurée étaient d'intensité légère et que l'enquête montrait que l'assurée présentait des ressources et avait trouvé des stratégies pour fonctionner au quotidien, ce qui constituait un critère d'exclusion selon les indicateurs jurisprudentiels. Ils ont encore remarqué que la prise en charge était peu intensive au vu de la symptomatologie alléguée, puisqu'il n'y avait pas de médication et que les rendez-vous étaient bimensuels ou mensuels et ont considéré que l'incapacité de travail attestée par le Dr E \_\_\_\_\_ depuis le 29 mai 2018 n'était pas justifiée (pièce 138).

Nanti de cet avis, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser tout droit à des prestations, par projet de décision du 9 août 2019 (pièce 140).

**D.** Le 3 septembre 2019, l'intéressée a contesté ce projet (pièce 142), avec l'appui de la Dresse A \_\_\_\_\_ (pièce 143).

Le 4 novembre 2019, la Dresse C \_\_\_\_\_ a sollicité un nouvel examen neurologique par le Prof. L \_\_\_\_\_ dans la mesure où les symptômes étaient en train de devenir chroniques (pièce 149). Le 8 janvier 2020, l'assurée a été examinée par le Prof. L \_\_\_\_\_ et le Dr M \_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 14 janvier suivant, ces spécialistes en neurologie se sont dits perturbés par le tremblement peu distractif, la bradykinésie bilatérale, la présence de secousses myocloniques et l'absence de réponse aux thérapies habituellement efficaces pour les atteintes fonctionnelles, de sorte qu'ils comptaient effectuer de nouveaux examens d'imagerie et neuropsychologiques (pièce 154). Le 14 avril 2020, ils ont indiqué que le bilan n'avait pas permis de démontrer une maladie neurodégénérative (pièce 158), mais qu'il n'était pas certain que l'étiologie des troubles soit uniquement fonctionnelle (pièce 159). Ils ont expliqué que le quotidien de l'assurée était altéré par les tremblements involontaires et qu'elle avait beaucoup de peine à écrire. Même si les fonctions cognitives étaient globalement conservées et que le problème était avant tout moteur, ils ont estimé que la reprise d'une activité professionnelle, même à temps partiel, était peu réaliste.

Mandaté, le SMR a admis que la situation semblait s'être aggravée et que les récents éléments médicaux transmis remettaient en cause sa précédente appréciation, de sorte qu'il y avait lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique (pièce 162). Celle-ci a été diligentée le 18 août 2020 par le Dr N \_\_\_\_\_ (pièces 168 et 171). Dans son rapport du 7 janvier 2021 (pièce 175), le spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie a retenu les diagnostics de trouble de conversion avec mouvements anormaux et symptômes de déglutition persistant et de personnalité immature et histrionique, avec répercussions sur la capacité de travail, ainsi que le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, lequel n'avait toutefois pas de répercussions sur le fonctionnement quotidien et la capacité de travail. L'expert a relevé que le Dr E \_\_\_\_\_ avait attesté une incapacité de travail totale depuis le 29 mai 2018, mais qu'en avril 2019, lors de l'enquête à domicile, aucune limitation fonctionnelle n'avait été retenue. Il a ensuite noté que l'assurée avait repris un suivi neurologique auprès du Prof. L \_\_\_\_\_ au début de l'année 2020 en raison de l'aggravation de la symptomatologie et que, dans son rapport du 14 avril 2020, le neurologue avait estimé qu'une reprise professionnelle était peu réaliste (cf. expertise p. 13 ; pièce 175, p. 475). L'expert psychiatre a dès lors conclu que le dysfonctionnement avait été de plus en plus important depuis 2019 (cf. expertise p. 40 ; pièce 175, p. 502) et que la capacité de travail pouvait être considérée comme nulle dans toute activité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020 (cf. expertise p. 45 ; pièce 175, p. 507).

Prenant position le 12 janvier 2021, le SMR a confirmé l'appréciation de l'expert qui avait estimé qu'au vu de l'aggravation de la symptomatologie neurologique depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, il y avait lieu de conclure à une incapacité de travail totale dans toute activité dès cette date. Il a constaté que le pronostic était mauvais et a estimé que la situation devait être réévaluée tous les deux ans compte tenu de l'âge de l'assurée (pièce 178).

Par projet de décision du même jour, annulant et remplaçant celui du 9 août 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2021 (pièce 177).

**E.** Le 19 janvier 2021, l'intéressée a contesté le point de départ de la rente, au motif que la Dresse A \_\_\_\_\_ avait signalé une péjoration de l'état de santé et attesté une incapacité de travail totale depuis le 7 juin 2018 déjà, dans son rapport du 10 octobre 2018 (recte : 2019) déposé à l'appui de la nouvelle demande d'avril 2018 (pièce 180).

Interpellé, le SMR a constaté que, dans son rapport, la Dresse A \_\_\_\_\_ indiquait que la patiente était autonome pour gérer sa PEG, faire sa toilette et s'habiller et a remarqué que, lors de l'enquête d'avril 2019, il existait encore des capacités adaptatives, une vie sociale et des loisirs. Il a expliqué qu'au vu de ces éléments, l'expert psychiatre avait retenu une péjoration progressive au cours de l'année 2019, qui avait abouti à une décompensation à la fin de l'année 2019 et à une incapacité de travail complète dès le 1<sup>er</sup> janvier 2020. Il a considéré qu'il n'y avait pas de raison de ne pas suivre l'avis de l'expert en l'absence de nouvel élément (pièce 184).

Par décision du 9 mars 2021 (pièce 187), l'OAI a dès lors reconnu à l'assurée le droit à une rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> janvier 2021, en relevant que le rapport de la Dresse A \_\_\_\_\_ produit par l'assurée avait bien été pris en compte par l'expert psychiatre.

**F.** Représentée par M<sup>e</sup> Marie-Charlotte Bagnoud, l'assurée a recouru céans contre ce prononcé, le 9 avril 2021, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière dès le 24 avril 2018, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision. Elle a reproché à l'OAI d'avoir fixé le début de l'incapacité de travail de manière arbitraire sans tenir compte des pièces au dossier, notamment du rapport de la Dresse A \_\_\_\_\_ qui attestait une incapacité de travail totale dès le 7 juin 2018. Elle a souligné que le fait d'avoir eu des loisirs en 2018 et 2019 n'avait aucun lien avec sa capacité de travail et a rappelé qu'elle devait se nourrir à l'aide d'une sonde depuis 2018. Elle a encore estimé que l'OAI aurait dû attendre les résultats des examens

neurologiques avant de statuer et qu'une expertise aurait également dû être diligentée sur cet aspect. A l'appui de son recours, elle a déposé un rapport de la Dresse A \_\_\_\_\_ du 18 mars 2021, qui confirmait l'incapacité de travail depuis le 7 juin 2018 et expliquait que si l'assurée avait maintenu des activités physiques et sportives de 2014 à 2018, elle avait toutefois dû, petit à petit, les abandonner dès lors que l'atteinte dégénérative de sa maladie était progressive ; elle a ajouté que la reprise de séances de simulation de chute libre à RealFly en 2019 avait dû cesser en raison de l'incapacité.

Répondant le 27 avril 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a relevé qu'aucun diagnostic de maladie neurologique dégénérative n'avait été posé dans le cas de la recourante et qu'il n'y avait pas de lésion ou de dysfonction du système nerveux central, de sorte que c'était à juste titre que seule une expertise psychiatrique avait été mise en œuvre. A cet égard, il a estimé que le rapport du Dr N \_\_\_\_\_ remplissait toutes les conditions pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et que le rapport de la Dresse A \_\_\_\_\_ déposé à l'appui du recours n'apportait aucun nouvel élément mettant en doute le début de l'incapacité de travail.

Dans sa réplique du 25 mai 2021, la recourante a soutenu que les neurologues avaient bien diagnostiqué une maladie dégénérative (ataxie), de sorte que l'OAI aurait dû mettre en œuvre une expertise neurologique. Elle a relevé que les Drs L \_\_\_\_\_ et M \_\_\_\_\_ n'avaient pas pu confirmer l'origine purement fonctionnelle des troubles et avaient requis des examens complémentaires. Enfin, elle a observé que son psychiatre traitant avait attesté une incapacité de travail totale dès le 29 mai 2018, de sorte qu'elle ne comprenait pas pourquoi l'intimé ne la reconnaissait que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020. A l'appui de ses arguments, elle a remis un courrier du 30 juillet 2020 de la Dresse A \_\_\_\_\_ à l'intention du Dr O \_\_\_\_\_, immunologue, dans lequel la praticienne indiquait qu'en juin 2018, l'assurée avait commencé à présenter une dysphagie aux solides puis aux liquides conduisant à une dénutrition puis à la pose d'une PEG en mars 2019 et que depuis un an (soit l'été 2019), les tremblements avaient augmenté, nécessitant un nouveau bilan neurologique qui n'avait pas permis de démontrer une maladie neurodégénérative et que, pour l'instant, aucune étiologie génétique n'avait pu être confirmée.

Prenant position le 8 juin 2021, l'intimé a rappelé, en se référant à l'avis du SMR du 1<sup>er</sup> juin 2021, qu'aucun diagnostic de maladie neurologique dégénérative n'avait été posé contrairement à ce que prétendait la recourante et que, même si une ataxie était avérée, cela n'avait pas d'incidence sur la date du début de l'incapacité de travail. A cet égard, il

a observé qu'avant 2020, l'expression clinique de la maladie avait été fluctuante et n'avait pas de caractère invalidant de longue durée au sens de l'AI.

En date du 29 juin 2021, la recourante a déposé ses ultimes remarques. De son point de vue, le fait que le SMR ne tienne pas compte des derniers examens qui démontraient que la maladie ne pouvait pas être purement fonctionnelle faisait douter de son objectivité et nécessitait qu'une nouvelle expertise soit ordonnée.

Ce courrier a été notifié à l'intimé qui n'a pas souhaité faire de nouvelles observations.

L'échange d'écritures a dès lors été clos le 22 juillet 2021.

Les autres faits et arguments de la cause seront examinés, en tant que besoin, dans les considérants qui suivent.

### **Considérant en droit**

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

Posté le 9 avril 2021, le présent recours contre la décision du 9 mars 2021 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA, art. 69 al. 1 let. a LAI et art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

**1.2** Au 1<sup>er</sup> janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux règles de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et 138 V 176 consid. 7.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité entière avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021. La recourante reproche essentiellement à l'intimé d'avoir fait preuve

d'arbitraire en fixant le début de l'incapacité de travail au 1<sup>er</sup> janvier 2020 en se fondant sur les constatations de l'expert psychiatre et en ne tenant pas compte des autres éléments objectifs du dossier, en particulier de l'avis de la Dresse A \_\_\_\_\_ qui avait signalé une péjoration dès le 7 juin 2018 et de l'avis du Dr E \_\_\_\_\_ qui avait attesté une incapacité de travail totale dès le 28 mai 2018.

**2.1** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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). 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 ou le DSM-V (notamment ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêts 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 ; 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

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 (art. 6 LPGA). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail, au sens de l'article 28 alinéa 1 lettre b LAI, lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins (art. 29ter du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RAI, RS 831.201).

La jurisprudence a défini l'incapacité de travail comme la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement de la profession ou dans le champ d'activité habituel de l'assuré. Seule la baisse de rendement dans la profession que l'assuré exerçait et qui a donné lieu, sur la base de constatations médicales, à l'incapacité de travail déterminant le début de la période de carence, est ainsi déterminante. Cette notion n'a donc pas la même portée que celle d'incapacité de gain utilisée pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 ; arrêt I 392/05 du 24 août 2006 consid. 3.2.4). L'incapacité de travail correspond dès lors, chez les

personnes qui exercent une activité lucrative, aux empêchements médicalement constatés dans la profession ou l'activité qu'elles exerçaient jusqu'alors et chez celles qui n'en exercent pas, à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (Michel Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, Bâle 2018, ch. 9 ad art. 28). Le point de départ du délai d'attente (ou de carence) d'un an de l'article 28 alinéa 1 lettre b LAI correspond au moment où une atteinte permanente et significative (*dauernde und erhebliche*) à la capacité de travail s'est produite. Des hypothèses ou déductions purement spéculatives ne sauraient être suffisantes pour fixer le moment de la survenance de l'incapacité de travail (arrêt 8C\_204/2012 du 19 juillet 2012 consid. 3.2. ; Michel Valterio, op. cit., ch. 13 ad art. 28).

**2.1.2** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités celle-ci est incapable de travailler. Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de l'assuré (ATF 125 V 256 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou le fait que d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa ; 118 V 220 consid. 1b et les références ; arrêts 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2 et I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits - même émanant de spécialistes - ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale (arrêts 9C\_748/2013 cité consid. 4.1.1 et U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a ; 122 V 160 consid. 1c et les références).

En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations de l'expert ou du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et, en présence d'avis contradictoires, d'apprécier l'ensemble des preuves à disposition et d'indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre (arrêt 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). La nécessité d'administrer une nouvelle expertise résultera de la question de savoir si celle qui se trouve déjà au dossier remplit les exigences de forme et de fond posées pour la valeur probante d'une expertise médicale (arrêt U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références).

**2.2** Dans ces différentes écritures, la recourante soutient qu'elle souffrirait d'une maladie neurologique dégénérative qui aurait justifié la mise en œuvre d'une expertise neurologique. Or, à l'instar de l'intimé et du SMR (cf. avis du 19 avril 2021), la Cour constate qu'aucun diagnostic neurologique n'avait pu être clairement posé à la date de la décision entreprise, en mars 2021. Le bilan approfondi réalisé au début de l'année 2020 par le Prof. L \_\_\_\_\_ et le Dr M \_\_\_\_\_ n'avait pas permis de démontrer une maladie neurodégénérative (cf. rapport du 14 avril 2020) et, en été 2020, aucune étiologie génétique n'avait pu être reconnue (cf. courrier de la Dresse A \_\_\_\_\_ du 30 juillet 2020). Ainsi, c'est à juste titre que l'intimé n'a pas procédé à des plus amples investigations sous cet angle et a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr N \_\_\_\_\_.

De surcroît, comme le relève très justement l'intimé dans son écriture du 8 juin 2021, même si l'existence d'une maladie neurodégénérative venait à être démontrée, cela n'aurait aucune influence sur la date du début de l'incapacité de travail totale de longue durée fixée par le Dr N \_\_\_\_\_.

**2.3** Sur ce point, la recourante reproche à ce dernier, respectivement au SMR, d'avoir retenu la date du 1<sup>er</sup> janvier 2020, alors que la Dresse A \_\_\_\_\_ avait signalé une péjoration de l'état de santé dès le 7 juin 2018 et que, pour sa part, le Dr E \_\_\_\_\_ avait attesté une incapacité de travail totale dès le 28 mai 2018.

Dans son rapport d'expertise du 7 janvier 2021, fondé sur l'examen de la recourante du 18 août 2020 et le dossier AI, le Dr N \_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic psychiatrique de trouble de conversion avec mouvements anormaux et symptômes de déglutition persistant. Il a également retenu les diagnostics de personnalité immature et histrionique et de trouble anxieux et dépressif mixte. Il a constaté qu'une péjoration des troubles fonctionnels avait été signalée par la Dresse A \_\_\_\_\_ dès le 7 juin 2018, avec l'apparition d'une dysphagie qui avait conduit à une dénutrition, mais que celle-ci avait pu être traitée grâce à la mise en place d'une sonde et qu'en avril 2019, l'assurée ne présentait pas de limitations fonctionnelles particulières dans ses activités habituelles, selon le rapport d'enquête de l'OAI. En revanche, l'expert a noté qu'à partir d'octobre 2019, les troubles neurologiques s'étaient intensifiés et avaient nécessité la reprise du suivi par le Prof. L \_\_\_\_\_ qui avait attesté, les 14 avril puis 12 novembre 2020, que les répercussions du trouble de l'assurée étaient extrêmement marquées dans les activités quotidiennes et qu'il était difficile d'envisager un travail ou une nouvelle formation dans ces conditions (cf. pièces 159 et 173). Le Dr N \_\_\_\_\_ a dès lors conclu que le dysfonctionnement était devenu de plus en plus important durant l'année 2019 jusqu'à devenir totalement incapacitant au début de l'année 2020, de sorte qu'il a fixé le début de l'incapacité de travail de longue durée au sens de l'AI au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Par la suite, dans ses avis du 12 janvier 2021 et 19 avril 2021, le SMR a confirmé le fait que l'expression clinique de la maladie avait été fluctuante, ce qui avait d'ailleurs permis à la recourante d'avoir des activités sportives et de loisirs jusqu'à la fin de l'année 2019, date où la maladie s'était décompensée et où les symptômes neurologiques s'étaient aggravés entraînant une incapacité de travail totale durable dans toutes activités habituelles et professionnelles.

La recourante n'allègue aucun argument susceptible de mettre en doute l'avis du Dr N \_\_\_\_\_ et du SMR quant à la date du début de l'incapacité de travail de longue

durée. L'expert a procédé à une étude attentive des pièces du dossier et a pris en compte l'avis des médecins traitants de l'assurée. Si la Dresse A \_\_\_\_\_ a attesté une péjoration de l'état de santé dès le 7 juin 2018, elle explique cependant, dans son courrier du 18 mars 2021, que l'atteinte dégénérative de la maladie a été progressive, obligeant l'assurée à abandonner ses activités, petit à petit, dès 2018, ce qui rejoint l'avis du Dr N \_\_\_\_\_. Il ressort en outre du rapport d'enquête qu'en avril 2019, la recourante était en mesure de fonctionner de manière plus ou moins indépendante, disposait de capacités adaptatives et avait encore une vie sociale. Dans son avis psychiatrique interne du 8 juillet 2019 (pièce 138), le SMR avait d'ailleurs relevé que les symptômes du trouble de l'adaptation réactionnel à l'état de santé étaient d'intensité légère et que l'enquête montrait que l'assurée présentait des ressources et avait trouvé des stratégies pour fonctionner au quotidien, ce qui constituait un critère d'exclusion selon les indicateurs jurisprudentiels ; le psychiatre du SMR avait encore remarqué que la prise en charge était peu intensive, qu'il n'y avait pas de médication et que les rendez-vous étaient bimensuels ou mensuels et avait conclu que l'incapacité de travail attestée par le Dr E \_\_\_\_\_ depuis le 29 mai 2018 n'était pas justifiée.

Ainsi, doit-on admettre que les troubles dont souffre la recourante ont été, dans un premier temps, fluctuants et que ce n'est qu'après l'aggravation survenue à la fin 2019 et objectivée par les Drs L \_\_\_\_\_ et M \_\_\_\_\_ au début de l'année 2020 que l'incapacité de travail dans les activités habituelles et professionnelles doit être considérée comme significative et durable. Partant, la fixation du point de départ du délai d'attente d'une année au 1<sup>er</sup> janvier 2020 ne prête pas flanc à la critique.

**3.** Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision entreprise du 9 mars 2021 confirmée, sans qu'il y ait lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise telle que le requière la recourante ni son audition, l'intéressée ayant déjà pu faire valoir ses arguments dans ses trois écritures (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3).

**8.** Les frais de justice arrêtés à 500 fr., selon le principe de la couverture des frais et de l'équivalence de prestations, sont mis à la charge de la recourante et compensés avec son avance (art. 61 let. a aLPGA et 83 LPGA et 69 al.1bis LAI).

Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA).

**Prononce**

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

Sion, le 12 avril 2023