

S1 19 174

JUGEMENT DU 23 MARS 2022

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

Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Simon Hausammann, greffier

en la cause

Hoirs de feu X _____, recourante, à savoir Y _____ et Z _____,

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(refus prestations AI ; valeur probante de l'avis du SMR)

Faits

A. X _____, née le xxx 1966, divorcée, titulaire d'un certificat de capacité (CFC) dans la profession d'employée de commerce, a exercé différentes activités salariées à temps complet dans les domaines du secrétariat et de la restauration avant de connaître une période de chômage. Elle était connue de l'Hôpital du Valais en raison d'une hypertension artérielle, d'un tabagisme actif et d'un éthylysme chronique avec cirrhose (pièce OAI 19).

Le 1^{er} avril 2018, l'intéressée a été victime d'une syncope avec perte de connaissance d'environ cinq minutes nécessitant une opération le 6 avril suivant afin de remplacer sa valve aortique et effectuer une plastie de réduction de l'aorte ascendante par une prothèse. Après avoir effectué une gastroscopie, une échocardiographie transthoracique, une radiographie du thorax et un électrocardiogramme, les spécialistes de l'Hôpital du Valais ont observé une évolution favorable permettant le transfert de la patiente en réadaptation cardiovasculaire le 13 avril 2018. Ils ont toutefois noté une encéphalopathie hépatique (K72.79) avec une ammoniémie élevée, à titre de complication. Ils ont estimé impérative la mise en place d'une prise en charge nutritionnelle très agressive chez l'assurée qui se trouvait, selon eux, dans un état général extrêmement altéré. Lors de sa sortie de l'Hôpital du Valais, les diagnostics principaux de sténose aortique sévère (I35.0) avec bicuspidie, dilatation de l'aorte ascendante, sclérose coronarienne (I25.1), ainsi que d'hypertension artérielle (I10.00) et de tabagisme actif ont été établis. Les diagnostics secondaires suivants ont été retenus : stéatose hépatique avec probable cirrhose (classifiée CHILD B) d'origine probablement éthylique (K70.0), consommation d'alcool chronique et anémie normocytaire normochrome ferriprive (D64.9) (pièces OAI 3, 19, 22, 23 et 27).

L'assurée a été en arrêt total de travail jusqu'au 31 juillet 2018. Le 1^{er} août suivant, elle s'est inscrite comme demandeuse d'emploi pour une activité à mi-temps (pièce OAI 62). Une nouvelle prise en charge aux urgences a néanmoins dû avoir lieu le 2 octobre 2018 en raison d'une lipothymie orthostatique dans un contexte de cirrhose observée auprès de l'assurée, lui occasionnant un arrêt de travail jusqu'au 8 octobre suivant. Les examens réalisés à l'Hôpital du Valais ont néanmoins permis de retenir un bon état général de l'assurée et n'ont pas mis en évidence d'anomalies particulières (pièce OAI 23, pp. 64 et 65).

B. En date du 8 novembre 2018, X _____ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI).

Dans un rapport du 20 novembre suivant à l'attention de l'OAI, le Dr A _____, spécialiste FMH en médecine générale, médecin traitant de l'assurée, a attesté que la sténose aortique sévère avait une incidence sur la capacité de travail de sa patiente. Il a estimé qu'une reprise à 50% dans son activité habituelle était possible, de même que dans une activité adaptée à l'atteinte à la santé (pièce OAI 16).

Le 27 novembre 2018, le Dr B _____, spécialiste FMH en médecine interne et cardiologie, a indiqué que l'évolution cardiologique clinique de l'intéressée était satisfaisante, de sorte qu'il a attesté, sur le plan strictement cardiaque, une reprise de travail à 100% à partir du 1^{er} août 2018 (pièce OAI 19). L'intéressée s'est ainsi mise à la recherche d'un emploi à un taux de 50% (pièce OAI 28).

Sur demande de l'OAI, le Dr A _____ a précisé le 10 février 2019 qu'il estimait que sa patiente avait une capacité résiduelle de travail de 50%, dès le 5 octobre 2018, de manière prolongée comme employée de bureau et pour autant qu'elle restât abstinente. Il a constaté que l'assurée avait perdu du poids et présentait une hypotension à 110/60. Selon ce médecin, il aurait été utile de faire bénéficier l'assurée d'une aide au placement afin de pouvoir la réinsérer progressivement et de réaliser des tests neuropsychologiques permettant de juger finement de ses capacités d'employée de bureau (pièce OAI 32).

Mandaté, le Service médical régional du Rhône (ci-après : SMR) a retenu dans son rapport final du 26 février 2019 une pleine capacité de travail dans une activité sans port de charges, telle l'activité habituelle d'employée de commerce et de secrétaire. La Dresse C _____, experte certifiée SIM, a considéré que l'éthylisme de l'assurée était primaire et non incapacitant. Elle a ensuite précisé que « la prise en charge spécialisée ainsi qu'un sevrage alcoolique sont exigibles ». Selon elle, une évaluation neuropsychologique n'était pas nécessaire, dès lors qu'aucun trouble cognitif n'avait été relevé pendant les hospitalisations. Néanmoins, le médecin du SMR a jugé qu'une prise en charge spécialisée était également justifiée par l'encéphalopathie hépatique (pièce OAI 34).

C. Par projet de décision du 1^{er} mars 2019, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser tout droit à des prestations AI. Il a estimé qu'à partir du 1^{er} août 2018, l'intéressée était en mesure de reprendre une activité lucrative légère et adaptée à plein temps avec un rendement normal et ne nécessitant pas de travaux lourds ni port de

charges lourdes, comme celle de secrétaire ou d'employée de commerce. Selon l'OAI, l'assurée n'a ainsi pas présenté d'incapacité de travail durant une année et ne pouvait dès lors pas prétendre à des prestations de l'AI.

Par courrier du 26 mars 2018 (*recte* 2019), X _____ a fait part de son désaccord, estimant que son état de santé ne lui permettait pas d'exercer une activité à 100%. Elle a contesté l'avis du SMR dont elle ne comprenait pas les conclusions alors qu'il ne l'avait pourtant jamais examinée. Pour faire valoir son point de vue, l'assurée a joint à son courrier des certificats médicaux attestant une incapacité de travail de sa part du 4 mars 2019 au 17 mars suivant, ainsi que ceux qui avaient justifié les arrêts de travail qu'elle avait subis du 6 avril 2018 au 31 juillet suivant et du 8 octobre 2018 au 11 octobre suivant. Elle a également allégué avoir été victime d'un malaise en 2017 déjà, provoquant une incapacité de travail du 13 juillet 2017 au 18 juillet suivant et du 31 juillet 2017 au 6 août suivant. Finalement, elle a indiqué avoir dû subir une radiographie de la colonne lombaire le 28 février 2019 et avoir été opérée d'une hernie (de la ligne blanche) le 4 mars 2019.

Après avoir auditionné l'assurée, l'OAI a décidé de compléter son instruction (pièce OAI 40). Un compte rendu de l'opération du 4 mars 2019 a ainsi été requis de la Dresse D _____, spécialiste FMH en chirurgie viscérale, de la E _____. Cette dernière a précisé dans son rapport qu'une cure d'événtration sus-ombilicale par voie ouverte avait été réalisée en raison de gêne occasionnée à la recourante par une voussure sous xiphœidienne depuis son opération du 6 avril 2018. La spécialiste a également observé des signes clairs de sevrage alcoolique nécessitant un traitement par Anxiolit ainsi qu'un bilan hépatique, une perturbation des tests hépatiques importante avec un effondrement du facteur V, et des troubles de la crase faisant suspecter un déficit en vitamine K (pièces OAI 44 et 48).

Le 5 mai 2019, la Dresse F _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, nouveau médecin traitant de l'assurée, a noté une amélioration de la situation permettant à l'assurée de maintenir son pourcentage à mi-temps dans son activité habituelle, en précisant qu'elle devait se dérouler durant l'après-midi (pièce OAI 45).

L'OAI a également obtenu un nouveau rapport du 19 février 2019 du Dr B _____ qui précisait que l'évolution cardiologique, depuis le remplacement valvulaire aortique par une prothèse, était tout à fait favorable et ne nécessitait pas d'autres investigations (pièce OAI 48).

Une nouvelle fois consulté le 28 juin 2019, la Dresse C _____ du SMR a estimé que les nouveaux éléments fournis par l'assurée n'étaient pas de nature à modifier ses

précédentes conclusions du 26 février 2019. Elle a plus particulièrement noté que le travail en hauteur ou sur une échelle n'était plus exigible, que l'évolution post-opératoire du 4 mars 2019 était favorable, que le nouveau médecin traitant n'apportait aucun élément nouveau et que le cardiologue confirmait une évolution favorable (pièce OAI 50).

Le 12 juillet 2019, la Dresse F _____ a informé l'OAI qu'elle suspectait une ostéoporose chez sa patiente au vu de l'ancienne fracture tassement de L2 (constatée sur une radiographie de G _____, laquelle avait encore mis en évidence une discrète scoliose lévo-convexe centrée sur le disque L2-L3). Ce médecin a ajouté que l'assurée présentait également une intolérance au traitement de calcimagon (pièce OAI 53).

Le 7 août suivant, le SMR a indiqué par courrier électronique que cette nouvelle information ne modifiait pas ses conclusions prises précédemment car aucune nouvelle atteinte avec répercussion sur la capacité de travail n'avait été relevée par le médecin traitant (pièce OAI 54).

Par décision du 13 août 2019, l'OAI a refusé à l'assurée tout droit à des prestations AI, considérant qu'au 1^{er} août 2018 il pouvait être exigé de sa part qu'elle exerce une activité lucrative légère et adaptée sans port de charges. L'OAI a ainsi arrêté que l'assurée avait recouvré sa pleine capacité de travail et de gain avant le terme du délai d'attente d'un an, lui déniait dès lors le droit à une rente. Il a également jugé qu'une mesure d'ordre professionnel ne se justifiait pas. S'appuyant sur l'avis du SMR, l'OAI a ajouté que les nouveaux éléments qui avaient été fournis par l'intéressée ne sauraient conduire à un autre résultat.

D. X _____ a interjeté recours céans contre cette décision le 2 septembre 2019 (date du sceau postal). Elle a estimé qu'en raison de ses nombreux problèmes de santé, elle ne se sentait pas capable de travailler à 100%, mais à 50%.

Dans sa réponse, l'OAI a joint un rapport du 13 septembre 2019 de la Dresse F _____ qui lui avait été remis par l'assurée. Ce médecin traitant a indiqué que sa patiente serait hospitalisée pour un sevrage OH et une très probable cirrhose. Elle a ainsi attesté une incapacité de travail de 100% à partir de cette date (pièces OAI 57 et 58). Pour l'OAI, les diagnostics contenus dans cette nouvelle pièce médicale avaient déjà été pris en compte par le SMR. Il a ainsi conclu au rejet du recours.

En l'absence d'autres déterminations, l'échange d'écritures a été clos le 13 février 2020.

Le 17 août 2021, l'OAI a informé la Cour de céans du décès de la recourante le 9 août précédent, laissant pour seuls héritiers ses parents, Y _____ et Z _____ (cf. certificat d'héritier du 10 septembre 2021). La recourante avait également déposé une nouvelle demande de prestations, actuellement en cours d'instruction auprès de l'OAI.

Considérant en droit

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

Posté le 2 septembre 2019 (date du cachet postal), le présent recours à l'encontre de la décision du 13 août 2019 a été interjeté dans le délai légal de trente jours, prolongé par les fêtes estivales (art. 60 et 38 al. 4 let. b LPGA), et devant l'instance compétente (art. 56, 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.

1.2. Il convient, à titre liminaire, d'examiner le sort du droit aux prestations AI lorsque l'assurée est décédée en cours de procédure.

Le droit à une rente n'est pas un droit strictement personnel (ATF 99 V 165 consid. 2b), de sorte qu'il entre dans la succession, dans la mesure où il existe (soit est encore en suspens) au moment du décès (ATF 136 V 7 consid. 2.1.2; Hans Michael Riemer, Vererblichkeit und Unvererblichkeit von Rechten und Pflichten im Privatrecht und im öffentlichen Recht, recht 1/2006, p. 31). Lorsque les héritiers ont accepté leur qualité d'héritier (art. 566 CC), ils ont acquis, selon le principe de la saisine (art. 560 al. 1 CC), de plein droit l'universalité de la succession et sont devenus pleinement titulaires des droits et obligations de la défunte, y compris de la prétention à la rente d'invalidité (ATF 141 V 170 consid. 4.3 ; arrêt 9C_707/2020 du 11 mai 2021, consid. 2.2), ainsi que des expectatives de droit (art. 560 al. 2 CC; SANDOZ, Commentaire romand, Code civil II, n° 18 ad art. 560 CC).

Il est dès lors bien nécessaire de déterminer si la défunte aurait pu prétendre à des prestations AI, lesquelles tomberont le cas échéant dans la masse successorale ; ses parents, Z _____ et Y _____, ayant accepté leur qualité d'héritier (cf. certificat d'héritier du 10 septembre 2021).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations AI, plus exactement à une rente et/ou à des mesures d'ordre professionnel, ainsi que sur la valeur probante des pièces médicales au dossier.

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, est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). 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).

L'invalidité est une notion économique et non médicale. Les critères médico-théoriques ne sont pas déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (cf. par analogie, RAMA 1991 n° U 130 p. 272 consid. 3b ; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin, ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

2.2. 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-là 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 140 V 193 consid. 3.2 ; 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 général, le médecin traitant prend position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur la capacité de travail. Il appartient ensuite au service médical régional (SMR) de procéder à l'évaluation médicale visant à déterminer s'il s'agit d'une atteinte à

la santé ayant valeur d'invalidité (art. 59 al. 2bis aLAI ; cf. CIIAI, ch. 1001 ss). Selon l'article 59 alinéa 2bis aLAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'article 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Un rapport au sens de cette disposition (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) 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 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). 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 l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1d ; arrêts 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2920). Le Tribunal fédéral n'exclut cependant pas que l'assurance-invalidité statue exclusivement sur la base des pièces médicales versées au dossier (ATF 122 V 157 consid. 1d et arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1 avec références). Dans ces cas, l'OAI n'est pas obligé de suivre les avis des médecins qui ont examiné la personne assurée. Le médecin du SMR peut former sa propre opinion, en se prononçant sur la cohérence des rapports médicaux versés au dossier, l'adéquation des appréciations médicales afférentes et leur pertinence au regard des principes développés par la jurisprudence (cf. arrêts 9C_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3 ; 9C_766/2009 du 12 mars 2010 consid. 2.2 ; 8C_4/2010 du 29 novembre 2010 consid. 4.1 et les références ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-3486/2014 du 17 mai 2017 consid. 8.2 et C-6371/2011 du 21 août 2013).

2.3. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un

jugement valable sur le droit litigieux. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la réf. cit.).

En particulier, les mesures d'instruction d'office nécessaires à l'examen de la demande de prestations au sens de l'article 43 LPGA ne comportent pas le droit de l'assureur de recueillir un deuxième avis (« second opinion ») sur un état de fait déjà constaté dans une expertise, lorsque celui-ci ne lui convient pas. Cette possibilité n'est pas non plus ouverte à la personne assurée. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise résulte 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).

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 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 de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_796/2016 précité consid. 3.3).

Enfin, les rapports et expertises de médecins internes à l'assurance ont également une valeur probante pour autant qu'ils apparaissent concluants, sont motivés de manière compréhensible, ne sont pas contradictoires en soi et qu'il n'existe aucun indice contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin soit employé par l'assureur ne permet pas de conclure à un manque d'objectivité et à une partialité. Il faut au contraire des circonstances particulières qui font apparaître objectivement comme fondée la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'évaluation. Compte tenu de l'importance considérable que revêtent les rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il convient toutefois d'appliquer des critères stricts à l'impartialité de l'expert

(ATF 125 V 351 consid. 3/ee et 122 V 161 s. consid. 1c). Les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7).

3. Dans le cas d'espèce, la recourante a estimé qu'en raison de ses nombreux problèmes de santé, elle n'était plus en mesure de travailler à un taux d'activité de 100%. Dans son opposition du 26 mars 2018, elle avait en outre fermement contesté l'avis du SMR qui lui avait reconnu une pleine capacité de travail sans l'avoir examinée.

3.1. En rendant la décision contestée, l'OAI s'est exclusivement fondé sur l'avis du SMR pour retenir que la recourante avait recouvré une pleine capacité de travail le 1^{er} août 2018. Les documents établis les 26 février 2019 et 28 juin suivant par la Dresse C _____, médecin SMR certifié, constituent des rapports au sens de l'article 59 alinéa 2bis aLAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI), dans la mesure où ils ne reposent pas sur des observations cliniques auxquelles elle aurait procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur une analyse des documents médicaux versés au dossier. Dans cette mesure, ils se distinguent d'une expertise mais on ne saurait toutefois d'emblée leur dénier toute valeur probante. Il convient plutôt d'examiner objectivement tous les documents à disposition afin de pouvoir décider s'ils permettent de porter un jugement valable (cf. arrêts 9C_542/2011 précité consid. 4.1 et I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3).

3.1.1. Dans son premier rapport final du 26 février 2019, le SMR a principalement relevé l'avis du Dr B _____ qui avait attesté une évolution favorable sur le plan cardiaque rendant possible une reprise du travail à plein temps à partir du 1^{er} août 2018. Le SMR en a conclu qu'une pleine capacité de travail devait être retenue dans une activité sans port de charges, en précisant que l'activité habituelle respectait cette limitation. Le médecin du SMR a ensuite indiqué que l'encéphalopathie hépatique survenue le 6 avril 2018 pendant l'hospitalisation, justifiait une prise en charge spécialisée. Il a en outre argué que l'éthylisme chronique était primaire et non incapacitant. Dans son second rapport final du 28 juin 2019, le SMR a laconiquement indiqué que les nouveaux éléments fournis par la recourante n'étaient pas de nature à modifier ses conclusions.

3.1.2. L'avis des médecins traitants est cependant autre. Les Dr A _____ et F _____ retiennent en effet une capacité de travail de leur patiente de 50% au maximum, celle-ci ayant présenté successivement une multitude de troubles, qui, selon les termes employés par les spécialistes de l'Hôpital du Valais, présentait

« *un état général extrêmement altéré* » nécessitant notamment une prise en charge nutritionnelle très agressive (pièce OAI 23, p. 62).

Une évolution cardiaque favorable n'aurait en l'état pas dû suffire au SMR pour retenir une pleine capacité de travail, au vu de l'ensemble des diagnostics présentés par la recourante et des nombreuses difficultés qui se sont successivement enchaînées après l'opération d'avril 2018, soit : la dépendance à l'alcoolisme (primaire) ; la cirrhose avec un score CHILD B ; l'encéphalopathie hépatique entraînée par la cirrhose diagnostiquée à la recourante après son opération, dont le SMR avait pourtant reconnu la justification d'une prise en charge spécialisée ; la seconde hospitalisation de la recourante en raison d'une lipothymie orthostatique seulement quelques mois après la première intervention (celle-ci ayant déjà été sujette à des malaises en juillet 2017 lui ayant occasionné deux arrêts de travail de plusieurs jours) ; l'hypotension et la perte de poids observées par le Dr A _____ dans son rapport du 10 février 2019, sur lesquelles le SMR ne s'est pas précisément prononcé et qui a simplement considéré que la lipothymie orthostatique n'était pas invalidante sans fournir d'explications ; les signes clairs de sevrage alcoolique nécessitant un traitement soutenu et la perturbation importante des tests hépatiques (effondrement du facteur V) observée par la Dresse D _____ ; et encore la nouvelle hospitalisation durant le mois de septembre 2019, postérieure à la décision entreprise, dans le but était d'effectuer un sevrage d'alcool et un bilan d'une très probable cirrhose.

3.1.3. Confronté à ces nombreux troubles, l'intimé aurait dû ordonner des investigations médicales complémentaires afin de précisément définir la portée invalidante de ceux-ci. Si en effet certains des diagnostics retenus par les médecins traitant ne relevaient pas de pathologies sévères, justifiant à eux seuls une incapacité de travail, aucun élément au dossier ne permet de confirmer explicitement que l'ensemble des troubles n'entraînait pas une telle incapacité de travail (arrêt 9C_542/2011 du 26 juin 2012 consid. 4.2). Or, les deux médecins traitants ont successivement affirmé que seule une capacité de travail résiduelle de 50% demeurerait exigible. Cela étant, il ne peut pas être exclu que la dépendance à l'alcool ait été incapacitante pour la recourante, une telle affection devant désormais faire l'objet d'une évaluation normative et structurée selon l'ATF 141 V 281 (selon l'arrêt 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 publié à l'ATF 145 V 215, antérieure à la décision litigieuse), ce que l'intimé n'a cependant pas ordonné. Un alcoolisme qui provoque des atteintes à la santé peut ainsi nuire à la capacité de gain et doit être retenu dans le cadre de l'assurance-invalidité (ATF 124 V 265 consid. 3c ; arrêts 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2 à 5.4 et 9C_334/2015 du 2 février 2016 consid. 4.2.2 relatifs à l'ancienne pratique). En l'espèce,

il ressort des pièces médicales que l'alcoolisme primaire a provoqué une cirrhose d'un stade avancé (CHILD B) qui, à son tour, a entraîné des troubles neurologiques (encéphalopathie hépatique). Cet alcoolisme chronique a également entraîné un état général très péjoré, dont ont résulté des lipothymies orthostatiques, une perte pondérale et une hypotension. Un important suivi a dès lors dû être mis en place, avec un traitement conséquent et plusieurs hospitalisations, jusqu'au décès de la recourante. Dans cette mesure, et au vu de l'ensemble des troubles qu'elle présentait, il doit être retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante applicable en assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1), que les ressources dont elle disposait encore n'étaient manifestement pas suffisantes pour lui permettre de reprendre une activité professionnelle à temps plein.

Au demeurant, il convient encore de relever que les avis exprimés par le SMR dans ses rapports finaux sont nettement insuffisants face aux pièces médicales contenues dans le dossier. En présence d'avis contradictoires, il appartenait pourtant au médecin du SMR d'étayer son point de vue avec des explications circonstanciées et convaincantes afin de justifier dans quelle mesure la capacité de travail de 50% retenue par les médecins traitants ne pouvait pas être suivie. La Dresse C _____, n'étant pas neurologue, ne pouvait par ailleurs pas se limiter à écarter une évaluation neuropsychologique sans aucune motivation, ce d'autant plus qu'elle a admis que l'encéphalopathie hépatique justifiait une prise en charge spécialisée. La présence de ce diagnostic démontrait pourtant bien la forte influence de la problématique alcoolique et des troubles incapacitants qui en découlaient. Son avis du 26 février 2019 est d'autant moins soutenable, dans la mesure où elle l'a fondé sur une capacité de travail de 80% dans une activité légère qu'aurait retenue le Dr A _____. Or, la lecture du rapport manuscrit de ce dernier ne révèle aucunement un tel taux, mais au contraire un taux de 50% (pièce OAI 16 : le point 3.1 semble mentionner un taux de 80%, mais de 50% en réalité à la lecture du dossier et qu'au surplus ce pourcentage est en lien avec l'activité actuelle de la recourante et non avec l'appréciation du médecin sur la capacité de travail de celle-ci). Ses rapports finaux, insuffisamment motivés, peu concluants et parfois même contradictoires, ne revêtent ainsi qu'une valeur probante très limitée, insuffisante en tout état de cause pour fonder un refus de prestations.

Partant, l'instruction de ce dossier est insuffisante et ne peut à ce jour, en raison du décès de l'assurée, pas être complétée. Il convient dès lors de retenir les avis des Dr A _____ et F _____, certes médecins traitants, mais qui ont rendu au contraire des conclusions motivées, en pleine connaissance de l'anamnèse de la

recourante et après avoir effectué une étude circonstanciée du cas, lesquels emportent ainsi la conviction de la Cour.

3.2. Eu égard à ce qui précède, l'intimé aurait dû reconnaître que la recourante présentait une incapacité de travail de 50% dans toute activité, puisqu'elle présentait une atteinte à sa santé (cirrhose, alcoolisme et encéphalopathie hépatique), du point de vue de la vraisemblance prépondérante, depuis une période antérieure à son hospitalisation d'avril 2018. Cela étant, un éventuel droit à une rente d'invalidité ne pourra lui être octroyé qu'à l'échéance d'une période de six mois depuis le dépôt de sa demande (art. 29 al. 1 LAI), soit dès le 8 mai 2019. A cette date, la recourante présentait une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI) nécessaire pour lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

La décision doit par conséquent être annulée et le dossier renvoyé à l'OAI pour nouvelle décision et, cas échéant après examen de la perte de gain subie, fixation de la rente due à feu X _____, respectivement à ses héritiers, soit ses parents Z _____ et Y _____ (cf. certificat d'héritier du 10 septembre 2021), dès le 1^{er} mai 2019 (art. 29 al. 3 LAI) sur la base d'une incapacité de travail de 50% et pour autant que le taux d'invalidité ainsi déterminé excède 40% après comparaison des revenus.

4. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 61 let. a aLPGA, art. 83 LPGA et art. 69 al. 1bis LAI).

La partie recourante est réputée avoir obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA) lorsque, dans la procédure judiciaire cantonale portant sur des prestations d'assurance sociale, la décision administrative est annulée et la cause renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire puis nouvelle décision (ATF 137 V 57 consid. 2.1 et 132 V 215 consid. 6).

Eu égard à l'issue de la cause, feu X _____ a obtenu gain de cause. Les frais de procédure arrêtés au regard des principes de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations à 500 fr. sont mis à la charge de l'OAI (art. 69 al. 1bis LAI), l'avance d'un montant équivalent versée par la recourante lui étant restituée, respectivement à ses héritiers, par le Tribunal.

5. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens, qui seront supportés par l'intimé (art. 81bis al. 2 et 91 al. 1 et 2 a contrario LPJA ; art. 27 al. 1 et 40 al. 1 LTar). Néanmoins, dans la mesure où la recourante n'était pas assistée d'un mandataire qualifié et que ni l'importance de la cause ni sa complexité n'ont rendu objectivement nécessaires des frais ou un volume de travail excédant ce qu'un particulier peut ordinairement prendre sur lui pour la défense de ses intérêts, il ne lui est pas alloué de dépens (ATF 127 V 205 consid. 4b ; Jean Métral, Loi sur la partie générale des assurances sociales, in : Commentaire romand, Bâle 2018, ch. 103 ad art. 61).

Prononce

1. Le recours est admis, la décision du 13 août 2019 annulée et le dossier renvoyé à l'Office cantonal AI du Valais pour nouvelle décision dans le sens du considérant 3.
2. Il n'est pas alloué de dépens.
3. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de l'Office cantonal AI du Valais.

Sion, le 23 mars 2022.