

Par arrêt du 16 octobre 2014 (9C_527/2014), le Tribunal fédéral a rejeté le recours en matière de droit public interjeté par X_____ contre ce jugement.

S1 13 139

JUGEMENT DU 27 MAI 2014

Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et Jean-Pierre Zufferey, juges ; Véronique Largey, greffière

en la cause

X_____, recourante, représentée par Maître A_____

contre

Office cantonal AI du Valais, intimé

(art. 28a al. 3 LAI et 88a al. 1 RAI ; valeur probante de l'appréciation médicale du cas, méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, amélioration de la capacité de gain)

Faits

1. En raison d'un important déficit auditif droit dans le cadre d'une maladie de Menière (pièce 7 du dossier constitué par l'assurance-invalidité, d'où toutes les pièces mentionnées ci-dessous sont, sauf indication contraire, tirées) présenté par X_____, née le xxx 1967 (pièce 2), de nationalité suisse (pièce 18-2), l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : l'Office AI) a pris en charge, par décision du 16 juin 2004, les coûts d'un appareil acoustique (pièce 14).

Dans un rapport du 9 juin précédent adressé audit office, la Dresse B_____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et otoneurologie a indiqué que le gain apporté par l'appareil était modeste, ce qui paraissait normal avec une audition parfaite d'un côté, que la patiente se disait toutefois très aidée par cet appareil, qu'elle le portait régulièrement lorsqu'elle était en activité, en particulier au commerce ou en déplacement, et qu'ainsi, elle parvenait à mieux localiser les sons et à établir de meilleurs contacts avec les clients (pièce 15).

2. Le 23 septembre 2010, X_____ a déposé une demande de prestations AI pour adultes. Elle y a mentionné que depuis le 5 juin 2007, elle travaillait entre 40% et 60% en tant que caissière et vendeuse auprès de la station-service C_____ proche du centre commercial D_____ à E_____ et qu'elle était actuellement en incapacité de travail totale en raison d'une dégénérescence du labrum droit (pièce 19).

Il ressort de l'extrait du compte individuel AVS de l'assurée que le salaire brut réalisé auprès de la société F_____ Sàrl était de 16 035 fr. en 2007, de 16 341 fr. en 2008 et de 10 652 fr. en 2009 (pièce 23-2) et des pièces de la Caisse cantonale de chômage transmises à l'Office AI (pièces 147-2 et 147-3) que le revenu tiré de cette activité constituait un gain intermédiaire jusqu'au 1^{er} mars 2008, date à compter de laquelle X_____ a déclaré renoncer à son inscription à l'assurance-chômage (pièces 147-5, 147-6, 147-10, 147-21, 147-24, 147-29, 147-33, 147-37, 147-40 et 147-43).

Par courrier du 14 octobre 2010, la caisse G_____ a informé l'Office AI que X_____ était en incapacité totale de travail depuis le 15 mars 2010 et qu'une telle incapacité avait également été reconnue du 13 octobre au 1^{er} décembre 2009 (pièce 28).

Dans son rapport du 21 octobre 2010, le Dr H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique à la Clinique I_____ à J_____, a fait état d'un conflit coxo-fémoral droit levé par arthroscopie pratiquée le 25 mars 2010. Il a précisé que la situation professionnelle devait être réévaluée dans une année, que l'activité exercée serait alors exigible à 50% et que l'assurée ne pouvait rester assise plus de trente minutes, marcher plus de vingt minutes et porter des charges de plus de dix kilos (pièces 34 et 35).

Le 8 novembre 2010, la Dresse B_____ a communiqué à l'Office AI qu'elle n'avait plus revu la patiente depuis le 2 février 2009, qu'à cette date, le syndrome de Menière à droite paraissait stabilisé et qu'il n'y avait pas de traitement ni d'incapacité de travail sur le plan oto-rhino-laryngologique (pièce 42).

Dans son rapport du même jour, le Dr K_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status après arthroscopie de la hanche droite le 25 mars 2010 pour levée d'un conflit coxo-fémoral droit, de syndrome fémoro-patellaire gauche, de lombalgies chroniques et de syndrome de Menière. Il a précisé que les douleurs dans les deux membres inférieurs étaient réapparues deux mois après l'opération, que les stations assise et debout ainsi que le port de charges étaient limités, qu'à l'heure actuelle, le travail de caissière entre 40% et 60% chez C_____ était adapté mais que malheureusement, la patiente avait été licenciée pour la fin du mois en raison de la cessation d'activité de la station-service (pièce 44).

A la suite d'une visite à domicile le 8 mars 2011, un rapport d'enquête sur le ménage a été établi le 14 mars suivant. X_____ a expliqué à l'enquêteur de l'Office AI qu'à la suite de la fermeture de la station-service le 30 novembre 2010, elle se serait inscrite auprès de l'assurance-chômage en tant que demandeuse d'emploi à 50%, qu'elle aurait consacré le temps restant à l'éducation de son fils né le 22 mai 2006 ainsi qu'aux tâches ménagères et qu'elle ne pouvait compter sur l'aide de son mari, celui-ci étant conducteur de train et chef-instructeur de vol, effectuant des horaires très irréguliers et étant peu présent à domicile. L'enquêteur a retenu une incapacité de 10% dans le nettoyage de la cuisine (impossibilité de faire les à-fonds), de 20% dans l'époussetage (impossibilité de passer la poussière au-dessus et au-dessous des meubles et sur ce qui était trop encombré) et de 100% dans les grands nettoyages, sans que l'aide de l'époux ou d'un membre de la famille ne fût exigée. Une telle aide a par contre été jugée exigible pour l'incapacité de 10% dans les grandes emplettes (impossibilité de porter les objets lourds, comme les bouteilles de boisson, de la voiture

à l'intérieur du logement) et de 100% dans l'entretien des extérieurs auquel l'assurée procédait auparavant avec son mari (pièce 61).

Le 11 avril 2011, le Dr K_____ a relevé qu'il n'y avait pas d'évolution depuis son dernier rapport du 8 novembre 2010, que la patiente souffrait toujours de coxalgies droites et de gonalgies gauches et que l'activité antérieure de caissière entre 40% et 60%, dans la mesure où elle évitait le port de charges lourdes et permettait l'alternance des positions assise et debout, était toujours exigible (pièces 66 et 67).

Dans son rapport du 2 février 2012, le Dr H_____ a précisé qu'une prothèse totale de la hanche droite avait été posée le 29 septembre 2011, que X_____ ressentait des douleurs au genou droit évoluant vers une arthrose ainsi que des douleurs diffuses d'origine indéterminée aux mains, que l'activité de vendeuse n'était plus exigible mais que la capacité de travail était entière dans une activité de bureau permettant l'alternance des positions assise et debout, limitant le périmètre de marche à cent mètres et le port de charges à cinq kilos et évitant la marche en terrain irrégulier, les positions penchées, accroupies et à genoux, les mouvements de rotation et la montée d'escaliers ainsi que sur des échelles et des échafaudages (pièces 83 et 84)

En date du 30 mars 2012, le Dr L_____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a établi un rapport final. Il y a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de status après prothèse totale de la hanche droite et de gonarthrose droite et conclu que la capacité de travail était nulle dès le 27 mars 2010 dans l'activité habituelle mais totale dès le 2 février 2012 dans une activité adaptée privilégiant la position assise et excluant les travaux lourds, le port de charges supérieures à cinq kilos, la marche sur une distance supérieure à cent mètres et sur terrain accidenté, la montée d'escaliers et d'échafaudages ainsi que la nécessité d'une ouïe bilatérale (pièce 87-3).

3. Par projet d'acceptation de rente du 25 mai 2012, l'Office AI a proposé d'allouer à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mars 2011 au 31 mai 2012, sur la base d'une répartition du temps de 50% dans l'exercice d'une activité lucrative et de 50% dans l'accomplissement des tâches ménagères, d'une incapacité à effectuer ces tâches de 6%, d'un taux d'invalidité en tant que ménagère de 3%, d'un revenu d'invalidité de 23 964 fr. 90 – lequel était tiré du salaire statistique total pour une activité simple et répétitive de niveau 4 exercée à 50%, diminué de 10% et exigible dès le 2 février 2012 –, d'un revenu sans invalidité de 26 113 fr. 25 tiré du salaire statistique pour une même activité simple et répétitive exercée à 50% mais dans le secteur 47

« commerce de détail », d'un empêchement de 100% à exercer une activité lucrative et d'une incapacité de gain consécutive de 50% dès le 15 mars 2011, d'un empêchement de 8% à exercer une activité lucrative et d'une incapacité de gain consécutive de 4% dès le 2 février 2012 et, enfin, du taux d'invalidité global de 53% depuis le 15 mars 2011 et de 7% à compter du 2 février 2012.

Le 25 mai 2012 également, l'Office AI a émis un projet de décision tendant au refus d'un reclassement au sens de l'article 17 LAI, en précisant que, sur simple demande écrite de l'assurée, une aide au placement selon l'article 18 LAI lui serait octroyée.

Par courrier du 16 juillet 2012, X_____, représentée par Me A_____, a contesté ces projets de décision, en se référant à un rapport établi le 3 juillet précédent par son médecin-traitant le Dr M_____. Elle a fait valoir que les limitations fonctionnelles décrites par ce médecin étaient plus détaillées que celles retenues par l'Office AI, que selon le Dr M_____, la situation n'était pas stabilisée, qu'une péjoration était à craindre, qu'un examen au SMR s'imposait et que la pondération de 10% du revenu d'invalidité était insuffisante.

Dans son rapport du 3 juillet 2012, le Dr M_____ a énuméré les affections suivantes, influant sur la capacité de travail : syndrome douloureux de la hanche droite, status après cure chirurgicale arthroscopique d'une périarthropathie sur dégénérescence du labrum droit, mise en place d'une prothèse totale de la hanche droite le 29 septembre 2011 ; syndrome douloureux de la hanche gauche, périarthropathie débutante ; gonalgies bilatérales sur troubles dégénératifs avancés, en discussion pour remplacement prothétique ; maladie de Menière de l'oreille droite évoluant depuis 2001, status après drain transtympanique, perforation chronicisée. Le médecin traitant en a déduit les limitations suivantes dans l'exercice d'une activité lucrative : marche par tranches de quelques mètres uniquement et pas au-delà de cent mètres, pas de déplacements en terrain irrégulier, en pente ou dans les escaliers, pas de port de charges supérieures à cinq kilos, pas de positions immobiles prolongées, pas de positions debout prolongées, pas de positions de contrainte, limitation des contacts interpersonnels en raison d'un déficit auditif droit (pièce 99).

Le 23 juillet 2012, le Dr L_____ a précisé que les douleurs de la hanche gauche constituaient un élément nouveau et qu'un examen orthopédique et rhumatologique au SMR se justifiait (pièce 101-2).

En date du 18 septembre 2012, la Dresse N_____ de la Clinique O_____ a dressé un rapport portant sur le consilium de l'appareil locomoteur pratiqué ce jour-là.

Cette spécialiste a précisé avoir été consultée par X_____ pour des arthralgies des mains. Elle a relevé que la patiente présentait des arthralgies des mains variables, augmentées surtout lors de l'activité et de recrudescence plutôt mécanique, que l'examen clinique normal et l'échographie ne démontraient pas de signe de synovite, que l'assurée avait eu un bilan complet avec IRM des mains à la Clinique I_____, que cet examen n'avait semble-t-il pas montré de signe inflammatoire, qu'il n'y avait aucun argument en faveur d'une atteinte rhumatismale inflammatoire à l'origine des plaintes, qu'aucun traitement particulier n'était proposé mais qu'au vu de l'anamnèse familiale marquée par une polyarthrite chez la sœur de la patiente, un dépistage des anticorps anti-CCP et du facteur rhumatoïde était conseillé (pièce 114).

Ce dépistage a été requis le 3 octobre 2012 par le Dr P_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès du SMR (pièce 107).

Le Dr P_____ a examiné l'assurée le 11 septembre 2012. Dans son rapport du 25 octobre suivant, ce médecin a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de status après arthroplastie par prothèse totale de la hanche droite le 29 septembre 2011 pour dégénérescence du labrum, de gonalgies chroniques bilatérales avec altération dégénérative des ménisques internes et externes des deux côtés, chondropathie fémoropatellaire interne de grade I et fémorotibiale externe de grade III à gauche et chondropathie fémoropatellaire externe de grade I et fémorotibiale externe à droite ainsi que de maladie de Menière de l'oreille droite depuis 2001, sous forme d'une hypoacousie sévère à droite et de vertiges épisodiques. Il a précisé que, selon les dires de l'assurée lors de l'examen au SMR, la hanche droite n'était plus douloureuse, que cette hanche n'empêchait pas les déplacements et que la hanche gauche était sans particularité. Il a exposé que le test de facteur rhumatoïde était faiblement positif mais sans signification particulière, que le test anti-CCP était plus élevé, que ce résultat ne correspondait pas à une maladie en soi, que les anomalies de ces dosages étaient fréquemment rencontrées dans la parentèle de patients connus pour une polyarthrite rhumatoïde, qu'elles laissaient simplement entrevoir une probabilité plus élevée que dans la population générale d'évolution future vers une maladie rhumatismale, qu'actuellement toutefois, il n'y avait aucun signe de maladie inflammatoire articulaire active en particulier aux mains, que les critères diagnostiques pour conclure à une polyarthrite rhumatoïde n'étaient pas constatés et que les polyarthralgies des mains n'avaient pas de substrat clinique ni radiologique. Le Dr P_____ a conclu que l'assurée présentait objectivement un état après mise en place d'une prothèse totale de la hanche droite en novembre (recte : septembre) 2011

et des troubles dégénératifs symptomatiques des genoux, que la capacité de travail en tant que vendeuse était nulle depuis le 15 mars 2010 mais que l'assurée pouvait travailler à plein temps depuis le 2 février 2012 dans une activité adaptée définie par les limitations fonctionnelles suivantes : position de travail essentiellement assise avec possibilité de se lever librement, pas de déplacements répétitifs, ni dans des escaliers, ni sur des échelles, ni sur terrain inégal, ni sur plan incliné, pas de travaux lourds et pas de port de charges supérieures à cinq kilos (pièce 115-4).

Dans son rapport final du 3 janvier 2013, le Dr L_____ a rappelé que, selon les dires de l'assurée lors de l'examen clinique du 11 septembre 2012, les hanches ne lui posaient plus de problème. Il a constaté que cet examen avait permis de mettre en évidence, d'une part, l'atteinte dégénérative des genoux chez cette patiente ayant bénéficié d'une prothèse totale de la hanche droite pour dégénérescence du labrum le 29 septembre 2011 et, d'autre part, l'absence d'arthrite active chez une personne à prédisposition positive pour une polyarthrite rhumatoïde. Ce médecin du SMR a conclu que les rapports médicaux postérieurs au rapport final du 30 mars 2012 n'apportaient pas d'élément nouveau justifiant la modification des conclusions dudit rapport. Le Dr L_____ a donc repris l'exigibilité pleine et entière à compter du 2 février 2012 dans l'activité adaptée décrite dans ce rapport du 30 mars 2012 et complétée par le Dr P_____, en mentionnant à nouveau que cette activité ne devait pas exiger une ouïe bilatérale (pièce 115).

Par courrier du 28 février 2013, l'assurée a précisé que le Dr H_____ lui avait proposé la mise en place d'une prothèse du genou droit, que la Dresse N_____ de la CRR avait diagnostiqué une polyarthrite rhumatoïde touchant essentiellement les articulations des mains et ayant justifié l'introduction d'un traitement anti-inflammatoire par « méthotrexate », que son état de santé s'était donc péjoré, que les conclusions du SMR ne pouvaient ainsi être prises en considération pour la notification d'une décision finale et qu'en l'état, elle devait être mise au bénéfice d'une rente d'invalidité complète, subsidiairement d'un trois quart de rente d'invalidité (pièce 122).

Etaient jointes à ce courrier une lettre adressée le 22 février 2013 par le Dr M_____ au conseil de l'assurée, dans laquelle ce médecin faisait état d'une situation non stabilisée (pièce 121-1), ainsi qu'une appréciation de la Dresse N_____ du 7 décembre 2012, par laquelle cette spécialiste informait le médecin traitant des prémisses chez la patiente d'un rhumatisme inflammatoire de type polyarthrite rhumatoïde se manifestant par des arthralgies symétriques des mains,

même sans synovite clinique, ainsi que des anticorps positifs à un taux significatif et nécessitant un traitement anti-inflammatoire par « méthotrexate » (pièce 121-2).

Le 10 avril 2013, le Dr H_____ a complété un rapport à l'attention de l'Office AI. Il y a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de gonarthroses bilatérales symptomatiques depuis janvier 2012, de polyarthrite rhumatoïde sous « méthotrexate » depuis janvier 2013 et de status après prothèse totale de la hanche droite. Il a précisé, en renvoyant à l'avis de la Dresse N_____, que la patiente était limitée à la marche et en position debout mais que la capacité de travail dans une activité adaptée ne pouvait être évaluée à l'heure actuelle, vu que le problème de polyarthrite rhumatoïde n'était pas stabilisé (pièce 125).

A la même date, le Dr H_____ a écrit au conseil de l'assurée que l'arthrose des deux genoux permettait l'exercice d'une activité adaptée de type administratif privilégiant l'alternance des positions assise et debout ainsi que de la marche et limitant le port de charges, que le problème de polyarthrite rhumatoïde avait toutefois été sous-estimé par les médecins du SMR, que ce problème n'était de loin pas stabilisé par le traitement de « méthotrexate », que cet aspect rendait un travail de bureau nettement plus difficile et que des prothèses des genoux seraient envisagées une fois le trouble rhumatismal stabilisé (pièce 130).

Le 24 avril 2013, le Dr L_____ a suggéré de requérir de la Dresse N_____ un nouveau rapport, afin de connaître l'évolution de la polyarthrite rhumatoïde sous traitement et d'apprécier la capacité de travail dans une activité adaptée (pièce 131-2).

Dans son rapport du 6 mai 2013 à l'attention de l'Office AI, la Dresse N_____ a expliqué qu'après sa consultation de septembre 2012, les anticorps anti-CCP et le facteur rhumatoïde s'étaient révélés positifs à un taux élevé, qu'en décembre 2012, elle avait donc complété son examen clinique par un ultrason, que cet examen avait confirmé la présence de quelques synovites au niveau des arcades métacarpo-phalangiennes et des poignets, qu'un traitement par « méthotrexate » avec un supplément en acide folique avait débuté en janvier 2013 afin d'éviter l'évolution vers une arthrite destructrice, qu'après trois mois de traitement environ, elle avait procédé à une évaluation de la patiente qui présentait toujours des arthralgies diffuses et qu'objectivement, tant à l'examen clinique qu'ultra-sonographique, elle avait noté l'absence de synovite et de syndrome inflammatoire biologique. La Dresse N_____ a conclu que l'état inflammatoire lié à la polyarthrite rhumatoïde était résolu, que les douleurs ressenties actuellement n'étaient probablement pas en

lien avec une problématique rhumatismale inflammatoire et qu'elle n'avait donc pas, du point de vue rhumatologique inflammatoire, de limitation à faire valoir dans une activité adaptée (pièce 134).

Ces conclusions ont été reprises par le Dr L_____ en date du 3 juin 2013, de même que les limitations fonctionnelles retenues précédemment par les médecins du SMR (pièce 136-2).

Par décision du 26 juin 2013, l'Office AI a confirmé son projet d'octroi d'une demi-rente ordinaire d'invalidité du 1^{er} mars 2011 au 31 mai 2012. Il a précisé que selon l'avis exprimé le 2 février 2012 par le Dr H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique qui avait opéré l'assurée, l'exercice d'une activité adaptée était exigible à plein temps, que cet avis avait été confirmé par le rapport établi de manière probante par le spécialiste du SMR à l'issue de son examen du 11 septembre 2012, que, selon l'appréciation de la Dresse N_____ du 6 mai 2013, un traitement adéquat avait pu amener la poussée inflammatoire de polyarthrite rhumatoïde, l'état inflammatoire avait été résolu et il n'y avait pas de limitation du point de vue inflammatoire dans une activité adaptée et, enfin, que si l'état de santé de l'assurée venait à se péjorer durablement à l'avenir, il lui serait alors loisible de déposer une nouvelle demande de prestations. L'Office AI a relevé enfin que ni la capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, ni la nationalité, ni l'âge, ni les années de service de l'assurée ne constituaient un facteur de réduction du revenu d'invalidité tiré des statistiques et que la déduction globale de 10% de ce revenu apparaissait donc adéquate.

Par décision du 15 juillet 2013, l'Office AI a formellement nié le droit de X_____ à un reclassement professionnel selon l'article 17 LAI.

4. Le 30 août 2013, X_____ a interjeté recours césans contre les décisions des 26 juin et 15 juillet 2013 en concluant, sous suite de frais et dépens, à la réforme de la décision du 26 juin 2013 dans le sens de l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2012 et à l'annulation de la décision du 15 juillet 2013 lui déniait le droit à un reclassement professionnel. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire afin de déterminer son degré d'invalidité. Elle a reproché à l'Office AI de n'avoir pas tenu compte du rapport de son médecin traitant du 3 juillet 2012 ni de celui du Dr H_____ du 10 avril 2013, en ajoutant que dit office n'avait pas requis d'avis complémentaire auprès de la Dresse N_____, que le spécialiste du SMR tendait à passer sous silence le problème de la polyarthrite rhumatoïde, qu'il était erroné d'exiger d'elle une capacité de travail à pleins temps et rendement dans une activité

adaptée et qu'il était impossible de trouver une activité de bureau, seule activité adaptée, sans formation et avec un important déficit auditif droit ainsi qu'une polyarthrite rhumatoïde. Elle a également relevé que selon la décision de taxation 2008, elle avait réalisé un revenu annuel de 15 274 fr. (pièce 25) bien éloigné de l'estimation par l'Office AI du revenu sans invalidité de 26 113 fr. 25 et que ni son mari ayant des horaires de travail très irréguliers ni son jeune fils ne pouvaient l'aider régulièrement dans l'accomplissement des tâches ménagères.

Dans sa réponse du 15 octobre 2013, l'Office AI a conclu au rejet du recours et à la confirmation des décisions attaquées. Il a fait valoir que la situation médicale de la recourante avait été établie à satisfaction de droit, qu'en particulier, contrairement à ce que celle-ci avait allégué, des renseignements complémentaires avaient été demandés à la Dresse N_____, que cette spécialiste avait, dans son rapport du 6 mai 2013, nié toute limitation à un poste de travail adapté d'un point de vue rhumatismal et que, selon l'avis de la coordinatrice en réadaptation du 30 septembre 2013, les activités adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assurée étaient représentées en suffisance sur le marché équilibré du travail. Il a invoqué également qu'en ce qui concernait l'obligation de réduire le dommage dans le cadre de l'accomplissement des tâches ménagères, il avait été tenu compte, lors de l'enquête à domicile du 8 mars 2011, des horaires de travail irréguliers du mari et du jeune âge du fils et que seule une aide pour les grandes emplettes et l'entretien des extérieurs – entretien que l'assurée n'effectuait en bonne santé que partiellement – avait donc été retenue, ce qui ne dépassait pas la mesure de l'exigible en vertu de la jurisprudence topique du Tribunal fédéral.

Dans la prise de position annexée à cette réponse, la coordinatrice en réadaptation de l'Office AI a considéré les activités suivantes comme adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assurée et suffisamment représentées sur un marché équilibré du travail : employée au scannage et à la saisie de données, caissière, vendeuse dans un kiosque avec la possibilité d'adapter un siège, employée au montage de petites pièces et employée en horlogerie.

En date du 7 novembre 2013, la recourante a ajouté que l'inflammation liée à la polyarthrite rhumatoïde n'était de loin pas réglée, si bien que son incidence sur le taux d'invalidité ne pouvait être niée, et que l'Office AI se bornait à indiquer des activités représentées en suffisance sur le marché équilibré du travail, sans préciser en quoi elles étaient compatibles avec ses limitations fonctionnelles.

Le 19 novembre suivant, l'intimé a écrit qu'il n'avait rien à ajouter à sa précédente détermination.

La caisse de pension compétente n'ayant pas donné suite à l'ordonnance du 20 novembre 2013, l'échange d'écritures a été clos le 19 décembre suivant.

Considérant en droit

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

Posté le 30 août 2013, le présent recours à l'encontre des décisions des 26 juin et 15 juillet 2013 – la décision du 26 juin 2013 ayant été reçue le 1^{er} juillet suivant par le conseil de l'assurée – a été interjeté dans le délai légal de trente jours prolongé des fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b et 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81bis 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.

2.1 La valeur probante d'un rapport médical dépend des points de savoir si cet acte est complet compte tenu des droits contestés, s'il est fondé sur des examens approfondis en tous points, s'il tient compte des affections dont se plaint l'intéressé, s'il a été établi en connaissance de l'anamnèse, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si l'appréciation de la situation médicale est claire, et si les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 122 V 157 consid. 1c ; RAMA 2000 214 consid. 3a).

L'assureur ou le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction sans que cela n'entraîne une violation du principe de la maxime inquisitoire ou une violation du droit d'être entendu s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves, cf. notamment les arrêts du Tribunal fédéral 8C_172/2012 du 14 mars 2013 consid. 3 et les références, 9C_962/2010 du 1^{er} septembre 2011 consid. 4.1 et 9C_966/2010 du 29 avril 2011 consid. 2.2).

2.2 En l'occurrence, la Cour estime, à l'instar de l'Office AI dans sa réponse du 15 octobre 2013, que les différentes appréciations des médecins du SMR (rapports du Dr L_____ des 30 mars 2012, 3 janvier 2013 et 3 juin 2013 en pièces 87-3, 115 et 136-2 ainsi que du Dr P_____ du 25 octobre 2012 en pièce 115-4), considérées dans leur ensemble, permettent de parvenir à une évaluation complète, approfondie, claire et motivée de la situation médicale de l'assurée, évaluation qui répond ainsi aux exigences jurisprudentielles posées à la valeur probante d'un rapport médical.

En effet, le 30 mars 2012, le Dr L_____ a confirmé l'exigibilité pleine et entière (pièce 87-3) retenue par le Dr H_____ lui-même dans son rapport du 2 février précédent, principalement en considération d'un status après prothèse totale de la hanche droite et de douleurs au genou droit évoluant vers une arthrose (pièces 83 et 84). A la lecture de l'avis émis par le Dr M_____ le 3 juillet 2012, lequel faisait état d'un syndrome douloureux de la hanche gauche également et de gonalgies bilatérales sur troubles dégénératifs avancés (pièce 99), le Dr L_____ s'est déclaré d'accord, le 23 juillet suivant (pièce 101-2), avec la requête formulée par l'assurée dans son courrier du 16 juillet 2012, à savoir la mise en œuvre d'un examen spécialisé auprès du SMR (pièce 98). Tel que ce médecin l'a précisé dans son rapport du 3 janvier 2013, cet examen pratiqué le 11 septembre précédent par le Dr P_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès du SMR (pièce 107), a permis de mettre en évidence l'atteinte dégénérative des genoux et l'absence de problèmes actuels au niveau des hanches ainsi que d'arthrite active, puis de préciser l'exigibilité déjà décrite le 30 mars 2012 (pièce 115). Il convient de préciser qu'alors, les Drs P_____ et L_____ n'avaient connaissance que du rapport de la Dresse N_____ du 18 septembre 2012, dans lequel cette spécialiste, consultée par X_____ pour des arthralgies des mains, avait nié l'existence d'une atteinte rhumatismale inflammatoire (pièce 114). C'est par la communication de l'assurée du 28 février 2013 (pièce 122) que le Dr L_____ a été informé du diagnostic, posé par la Dresse N_____ le 7 décembre précédent, de prémisses d'un rhumatisme inflammatoire de type polyarthrite rhumatoïde nécessitant un traitement anti-inflammatoire par « méthotrexate » (pièce 121-2) ainsi que des avis émis le 10 avril 2013 par le Dr H_____, selon lesquels le problème de la polyarthrite rhumatoïde avait été sous-estimé par les médecins du SMR, n'était de loin pas stabilisé par ce traitement et rendait nettement plus difficile l'exercice d'une activité de type administratif pourtant adaptée à l'arthrose des deux genoux (pièces 125 et 130). Contrairement à ce que l'assurée a prétendu dans son mémoire de recours et faisant suite à la proposition émise le 24 avril 2013 par le Dr L_____ (pièce 131-2), l'Office AI a bien requis un

avis complémentaire auprès de la Dresse N_____. Le conseil de l'assurée a d'ailleurs été informé de cette démarche par courrier de l'intimé du 29 avril 2013 (pièce 132). Le 6 mai suivant, la Dresse N_____ a répondu que les examens pratiqués après trois mois de traitement avaient montré l'absence de synovite et de syndrome inflammatoire biologique, que l'état inflammatoire lié à la polyarthrite rhumatoïde était résolu et qu'elle n'avait donc pas, du point de vue rhumatologique inflammatoire, de limitation à faire valoir dans une activité adaptée (pièce 134). Le 3 juin 2013, le Dr L_____ a donc été en mesure de confirmer, en pleine connaissance de l'anamnèse et de la situation médicale actuelle de X_____, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux atteintes à la santé existantes, à savoir principalement aux troubles dégénératifs des deux genoux et au déficit auditif droit (pièce 136-2).

Cette complète exigibilité correspond d'ailleurs à celle retenue par le Dr H_____ lui-même les 2 février 2012 (pièces 83 et 84) et 10 avril 2013 (pièce 130). Egalement intervenu en tant que spécialiste traitant de l'assurée, le Dr K_____ a même jugé adaptée, dans ses rapports des 8 novembre 2010 et 11 avril 2011, l'activité antérieure de caissière exercée entre 40% et 60% dans une station-service, en tenant déjà compte d'un syndrome fémoro-patellaire gauche et de douleurs dans les deux membres inférieurs (pièces 44, 66 et 67). Le 8 novembre 2010 également, la Dresse B_____ a confirmé l'absence de traitement et d'incapacité de travail sur le plan oto-rhino-laryngologique (pièce 42). Dans son rapport du 9 juin 2004, ce médecin avait déjà précisé que la patiente se disait très aidée par l'appareil acoustique récemment posé même si le gain apporté était modeste, qu'elle le portait régulièrement lorsqu'elle était en activité et qu'elle parvenait ainsi à mieux localiser les sons et à établir de meilleurs contacts avec les clients (pièce 15). En conséquence, s'il a été retenu à juste titre par le Dr L_____ qu'une activité adaptée ne devait pas exiger une ouïe bilatérale (pièces 87-3, 115 et 136-2), il convient toutefois de constater que le déficit auditif droit dont souffre la recourante dans le cadre d'une maladie de Menière ne l'a pas empêchée de travailler dans le secteur des services en tant que caissière et vendeuse. A fortiori et contrairement à ce qu'a semblé craindre celle-ci, un tel déficit ne devrait guère la limiter dans l'exercice d'un travail administratif ou des activités énumérées le 30 septembre 2013 par la coordinatrice en réadaptation de l'Office AI, lesquelles sont suffisamment représentées sur un marché équilibré du travail. A cet égard et conformément à ce qui a été tranché par le Tribunal fédéral dans des cas similaires mentionnés plus haut, il apparaît que lesdites activités respectent en tous points l'exigibilité décrite tant par les médecins du SMR (pièces 87-3, 115, 115-4 et

136-2) que par le Dr M_____ (pièce 99), étant donné qu'elles s'effectuent en position principalement assise, qu'elles n'exigent ni déplacements, ni port de charges lourdes, ni positions de contrainte, qu'elles pourraient être exercées par l'assurée en dépit de ses limitations fonctionnelles et qu'elles ne constituent donc pas des possibilités de travail irréalistes. Les critiques formulées à ce sujet par la recourante dans son écriture du 7 novembre 2013 tombent donc à faux.

En conséquence, la capacité totale de travail, à compter du 2 février 2012, dans une activité adaptée du type de celles relevées le 30 septembre 2013 par la coordinatrice en réadaptation de l'Office AI est fondée sur une évaluation médicale consciencieuse et probante du cas de l'assurée. Cette évaluation emporte la conviction de la Cour, si bien que, dans le cadre de l'appréciation anticipée des preuves, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire sollicitée par la recourante se révèle inutile et ne sera pas diligentée.

Il convient de rappeler enfin, comme l'a fait l'intimé dans la décision querellée du 26 juin 2013, qu'une éventuelle péjoration des troubles aux genoux nécessitant la pose de prothèses (pièces 121-1 et 130) et justifiant une incapacité de travail significative pourra toujours faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations de la part de l'assurée.

3.1 La décision attaquée expose correctement les dispositions légales et/ou la jurisprudence relatives à la notion d'incapacité de travail (art. 6 LPGGA) et de gain (art. 7 LPGGA) ainsi qu'à celle d'invalidité (art. 8 al. 1 LPGGA), au droit à une rente d'invalidité (art. 28 LAI), à la naissance et à la suppression de ce droit (art. 29 al. 1 LAI et 88a al. 1 RAI) ainsi qu'à l'évaluation du taux d'invalidité par la méthode mixte (art. 28a al. 3 LAI en lien avec l'art. 27, 1^{ère} phrase RAI), méthode dont l'application au cas d'espèce n'est d'ailleurs pas contestée.

Il sied toutefois de rappeler que le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité adaptée

normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de statistiques sur les salaires moyens (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et les références, 129 V 472 consid. 4.2.1, 126 V 75 consid. 3b/aa, 124 V 321 consid. 3b/aa, 117 V 8 consid. 2c/aa p. 18, arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 196/02 du 23 janvier 2003 consid. 4.3).

Ces statistiques salariales ressortent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée périodiquement par l'Office fédéral de la statistique. Il convient alors de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 de l'ESS à la ligne "total secteur privé" et de tenir compte du fait que les tables du groupe A se fondent sur un temps de travail hebdomadaire de 40 heures, chiffre quelque peu inférieur au temps de travail moyen habituellement effectué dans les entreprises de 41.6 heures par semaine en 2010 et de 41.7 heures par semaine en 2011 et 2012 (cf. La Vie économique éditée par le Secrétariat d'Etat à l'économie, dernier fascicule 1/2-2014, p. 94, tableau B 9.2, total en 2010, 2011 et 2012).

Lors de la comparaison des revenus par référence aux statistiques salariales, il faut considérer que les personnes atteintes dans leur santé, lesquelles sont entravées même dans l'exercice d'activités simples et légères, sont désavantagées sur le marché de l'emploi en comparaison aux travailleurs pleinement valides et doivent ainsi compter avec des salaires inférieurs à la moyenne. D'autres circonstances personnelles et professionnelles inhérentes à un assuré, telles que l'âge, la durée d'emploi au sein de l'entreprise, la nationalité ou la catégorie d'autorisation de séjour ainsi que le taux d'occupation au poste de travail peuvent également influencer le montant du salaire. Le principe et, le cas échéant, la quotité de la réduction des salaires tirés des statistiques dépendent de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas concret (limitations liées au handicap, âge, nombre d'années de service, nationalité/autorisation de séjour et taux d'occupation). L'influence de ces circonstances sur le revenu d'invalidé doit faire l'objet d'une appréciation globale, le taux de la réduction devant être limité à 25% au maximum (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et 4.2.3, 126 V 75 consid. 3 et 5, 124 V 321 consid. 3b/aa).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui au sens de l'article 16 LPGA, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du

marché du travail mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'article 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant. D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêts du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et les références et 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.2.4). Dans son arrêt 9C_361/2008 du 9 février 2009 sous considérant 6.1, le Tribunal fédéral a constaté que si l'on prenait en considération l'avis concordant des praticiens consultés quant à la capacité résiduelle de travail, la situation personnelle de l'intéressé ainsi que le large éventail d'activités simples et répétitives n'impliquant pas de formation autre qu'une mise au courant initiale et offert par les secteurs de la production et des services, il n'était de loin pas illusoire ou irréaliste d'admettre qu'il existait un nombre significatif de métiers, dont certains avaient été mentionnés par l'un des spécialistes ayant examiné l'assuré, qui pouvaient être exercés par celui-ci en dépit de ses limitations fonctionnelles.

En ce qui concerne la détermination 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. 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 134 V 322 consid. 4.1, 129 V 222 consid. 4.3.1). Lorsque l'intéressé travaillait à temps partiel avant l'atteinte à la santé, il y a donc lieu de se fonder sur le revenu tiré de cette activité exercée à temps partiel et non sur celui que la personne assurée aurait touché en effectuant le même

travail à plein temps (arrêt du Tribunal fédéral 9C_394/2010 du 24 février 2011 consid. 3.5, ATF 131 V 51 consid. 5.1.2).

Selon la jurisprudence, le droit au reclassement selon l'article 17 LAI existe si, compte tenu de l'exercice d'une activité raisonnablement exigible, le manque à gagner durable est de 20% au moins (ATF 124 V 108 consid. 2b).

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé ; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est déterminante pour le calcul de l'invalidité que lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et a par conséquent besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre. Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce qu'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'est pas atteinte dans sa santé. Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.2.2 et les références, ATF 130 V 97 consid. 3.3.3).

3.2 A juste titre, la recourante n'a plus contesté, en la présente procédure, l'abattement de 10% opéré par l'Office AI sur le revenu d'invalidité tiré de l'ESS. Il est vrai que cette déduction apparaît adéquate compte tenu du fait que, dans le cas de X_____, seules les limitations liées aux atteintes à la santé entrent en ligne de compte au titre de facteur de réduction de ce revenu. Le gain d'invalidité de 23 964 fr. 90 retenu dès le 2 février 2012 dans la décision querellée du 26 juin 2013 est ainsi correct.

Il en va de même du revenu sans invalidité arrêté dans cette même décision à 26 113 fr. 25. Les salaires perçus entre 2007 et 2009, soit avant les atteintes à la santé à l'origine d'une incapacité de travail de longue durée, pour l'activité exercée à temps partiel auprès de la société F_____ Sàrl étaient fluctuants (pièces 19 et 23-2 : 16 035 de juin à décembre 2007, 16 341 fr. en 2008 et 10 652 fr. en 2009) et constituaient un gain intermédiaire dans le cadre de l'assurance-chômage (pièces 147-5 et ss). Pour plus de fiabilité, l'Office AI s'est donc référé au salaire tiré de l'ESS pour une activité simple et répétitive de niveau 4 dans le secteur 47 « commerce de détail », exercée à 50% afin de tenir compte, conformément à la jurisprudence topique, du taux d'occupation entre 40% et 60% antérieur aux atteintes à la santé (pièces 19 et 61). Le gain de valide de 26 113 fr. 25 en résultant est bien plus favorable à l'assurée que celui de 15 274 fr. (pièce 25) allégué dans le mémoire de recours. Ce dernier montant en effet, comparé au revenu d'invalidé de 23' 964 fr. 90 confirmé plus haut, aboutirait à un degré d'incapacité de gain de 0% au lieu de 8% dès le 2 février 2012.

Le taux d'invalidité de 4% dans la part d'activité lucrative de 50% est donc intégralement confirmé. Il est largement inférieur au seuil minimal de 20% ouvrant le droit à un reclassement professionnel selon l'article 17 LAI. La décision de refus correspondante du 15 juillet 2013, que la recourante s'est bornée à contester sans aucune motivation, est également confirmée.

Enfin, le taux d'incapacité à accomplir les travaux habituels, fixé à 6% dans la décision entreprise du 26 juin 2013, ne prête pas non plus flanc à la critique. Dans le rapport d'enquête sur le ménage du 14 mars 2011, il n'a, contrairement aux allégations de la recourante, jamais été question de solliciter l'aide de son fils alors âgé de cinq ans. Quant à l'horaire de travail très irrégulier de l'époux, il a bien été considéré dans le cadre de l'obligation de réduire le préjudice consécutif aux atteintes à la santé (pièce 61). Il ressort en outre de la proposition du 3 avril 2012 concernant le calcul de l'invalidité chez la ménagère que seule une aide d'un membre de la famille – et non pas nécessairement du mari de l'assurée – a été retenue pour l'incapacité de 10% à effectuer les grandes emplettes (pièce 88). En conséquence, aucune aide n'a finalement été prise en compte pour l'incapacité totale de X_____ à contribuer, pour moitié avec son mari, à l'entretien des extérieurs ni, comme déjà mentionné dans le rapport précité, pour l'incapacité de 10% à nettoyer la cuisine et de 20% à épousseter les meubles.

Au demeurant, même si aucune aide n'avait été exigée pour l'incapacité de 10% à porter les achats plus lourds de la voiture à l'intérieur du logement, l'empêchement

total à accomplir les travaux habituels se serait élevé à 6.5% au lieu de 6%, le degré d'incapacité en tant que ménagère à 3.25% au lieu de 3% (pièce 88) et le taux d'invalidité global dès le 2 février 2012 de 7.25% au lieu de 7%. Le seuil de 40% d'invalidité ouvrant le droit à une rente n'aurait de toute manière pas non plus été atteint. L'invalidité de 53% depuis le 15 mars 2011 et de 7% à compter du 2 février 2012 est ainsi correcte et, en application de l'article 88a alinéa 1 RAI, donne droit à une demi-rente ordinaire du 1^{er} mars 2011 au 31 mai 2012, telle qu'octroyée à X_____ par la décision entreprise du 26 juin 2013.

4. Mal fondé en tous points, le recours est ainsi rejeté et les décisions attaquées des 26 juin et 15 juillet 2013 sont confirmées.

Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. en fonction de la difficulté moyenne de l'affaire (art. 69 al. 1bis LAI), sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 81bis al. 2 et 89 al. 1 LPJA) et compensés avec l'avance versée par elle le 6 septembre 2013.

Eu égard à l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais arrêtés à 500 fr. sont mis à la charge de X_____.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 27 mai 2014