

S1 22 146

ARRET DU 26 JUIN 2024

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

Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Anaïs Mottiez, greffière

en la cause

X _____, recourante, représentée par Maître Michel De Palma, avocat, Sion

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(refus de prestations AI, valeur probante d'un avis SMR, revenu d'invalidité)

Faits

A. X _____, ressortissante portugaise née en 1975, divorcée et sans enfant, n'est au bénéfice d'aucune formation certifiée. Après avoir exercé différents emplois (aide-pâtissière, aide en cuisine, caissière, responsable de la gestion des stocks pour une grande entreprise) au Portugal, elle est arrivée le 1^{er} décembre 2003 en Suisse, où elle a travaillé durant plus d'une douzaine d'années comme cuisinière, avant d'être engagée dès le mois d'octobre 2018 en tant qu'employée de restauration (service traiteur) auprès de A _____ SA, à B _____ (pièce OAI 35).

B. Le 17 septembre 2019, la prénommée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI), en raison de douleurs, présentes depuis le mois d'avril précédent, aux doigts des deux mains ainsi qu'au niveau de la jambe droite (pièce OAI 2).

Le 8 janvier 2020, l'intéressée a été prise en charge aux urgences de C _____, où le diagnostic de paresthésie de l'hémicorps gauche, en cours d'investigations, a été posé, avec comme diagnostic différentiel celui de sclérose en plaque. Un scanner du neurocrâne réalisé le même jour a montré l'absence tant d'une hémorragie cérébro-méningée que d'un rehaussement suspect d'une métastase au temps veineux et une IRM du cerveau effectuée le lendemain s'est avérée dans la norme (pièces OAI 32 et 53, p. 119-120).

Dans un rapport du 4 février 2020, le Dr D _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic incapacitant d'arthrose digitale érosive sévère ainsi que les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'hyperthyroïdie sur maladie de Basedow, de status post cancer du sein en 2013, de sclérose en plaque (diagnostic incertain), de status post calculs rénaux, de tabagisme actif et d'hyperlipidémie. Ce médecin a indiqué que sa patiente présentait une incapacité de travail totale depuis le 30 août 2019 et que le pronostic était médiocre. Il a joint divers avis médicaux à son rapport, dont notamment deux avis des 10 octobre 2019 et 5 novembre suivant de la Dresse E _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et rhumatologie, qui avait retenu le diagnostic d'arthrose digitale érosive sévère, dans un contexte d'anamnèse familiale positive, avec une atteinte préférentielle des articulations IPD (interphalangiennes distales), et avait noté que les possibilités thérapeutiques étaient minces (pièce OAI 25).

Le 22 septembre 2020, le Dr D _____ a relevé que les limitations fonctionnelles présentées par l'intéressée consistaient en des déformations douloureuses des doigts entraînant une impossibilité d'effectuer des travaux tant fins qu'avec des charges et a estimé que la capacité de travail de celle-ci était nulle dans son activité habituelle, mais qu'une activité sans manutention/manipulation et sans port de charges restait exigible, d'abord à 50% puis à un taux à définir selon l'évolution (pièce OAI 53).

Dans un rapport final du 29 septembre 2020, la Dresse F _____, médecin auprès du SMR, a retenu que dans une activité adaptée (port de charges limité à 10 kg de manière occasionnelle, pas de mouvements fins ni de travail de précision avec les mains, pas d'échelles ni d'échafaudages), l'assurée avait une capacité de travail de 50% dès le mois de septembre 2020, ce taux pouvant augmenter selon l'évolution (pièce OAI 54).

Le 3 novembre 2020, le Dr D _____ a informé l'OAI que l'état des mains de sa patiente se dégradait, tout en confirmant que celle-ci pouvait travailler à 50%, voire plus en fonction de l'évolution, dans une activité adaptée, telle que vendeuse ou veilleuse passive. Ce médecin a ajouté que l'intéressée avait rendez-vous le 7 décembre suivant chez le Dr G _____, médecin adjoint du Service de chirurgie plastique, reconstructive, esthétique et de la main de H _____, pour un avis concernant une éventuelle intervention chirurgicale (pièce OAI 65).

Dans un rapport du 15 décembre 2020, le Dr G _____ a indiqué qu'une arthrodèse de l'IPD était envisageable, à savoir une intervention « visant à bloquer en position fonctionnelle la flexion d'environ 20-30° de l'IPD et devant être proposée afin de supprimer les douleurs au dépens d'un blocage de l'articulation ». Ce médecin a toutefois ajouté que l'assurée présentait relativement peu de douleurs et désirait réfléchir quant à cette intervention (pièce OAI 68).

Le 10 mars 2021, l'intéressée a été opérée d'une cholécystectomie par laparoscopie par le Prof. I _____, spécialiste FMH en chirurgie (pièce OAI 74).

Dans un rapport du 6 mai 2021, le Dr J _____, spécialiste FMH en neurologie, a noté que l'assurée présentait des douleurs et des paresthésies aux mains, que sa situation s'aggravait et que des évaluations spécialisées étaient envisagées. Le 25 juin suivant, ce spécialiste a précisé que les symptômes de l'intéressée relevaient avec plausibilité de la sphère psychiatrique et qu'une prise en charge globale à ce niveau-là était nécessaire (pièces OAI 76 et 81).

Le 24 août 2021, le Dr K _____, spécialiste FMH en psychiatrie, a indiqué qu'il suivait l'assurée à raison d'une fois par mois depuis le 4 mai précédent et que celle-ci présentait une incapacité de travail totale depuis cette date en raison d'un trouble dépressif récurrent d'état actuel moyen (F33.1). Le 5 novembre suivant, ce spécialiste a notamment ajouté que l'intéressée présentait une perte de l'élan vital ainsi que des difficultés importantes, qu'elle n'avait pas de ressources utilisables dans une activité professionnelle, qu'elle était isolée socialement, qu'elle évoluait dans un milieu familial non soutenant et qu'elle n'avait pas modifié ses activités depuis qu'elle était malade (pièces OAI 84 et 101).

Le 10 novembre 2021, le Dr D _____ a quant à lui estimé que la personnalité de l'assurée lui permettait de faire face à sa situation médicale et professionnelle, qu'elle n'avait pas de perte de l'élan vital, qu'elle avait des ressources utilisables dans un travail non manuel, qu'elle n'était pas isolée socialement, qu'elle évoluait dans un milieu familial soutenant et qu'elle avait diminué ses activités ménagères depuis qu'elle était malade (pièce OAI 99).

Au vu des fortes discordances entre les médecins traitants de l'intéressée, l'OAI a chargé le Dr L _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de procéder à une expertise psychiatrique. Dans un rapport d'expertise du 29 mai 2022, le Dr L _____ a retenu le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de troubles de l'adaptation avec prédominance d'autres symptômes spécifiés (F43.28) et a estimé que la capacité de travail de l'intéressée demeurerait entière dans son activité habituelle (pièce OAI 118).

Le 2 juin 2022, le Dr M _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en médecine physique et réadaptation auprès du SMR, a relevé que l'assurée avait consulté divers spécialistes dont les conclusions convergeaient et que si l'arthrose digitale était bien réelle, elle était toutefois essentiellement limitée aux IPD des 3^{ème} doigts, l'intéressée étant en outre peu algique. Le Dr M _____ a ainsi conclu qu'il n'y avait aucune raison médicale objective pour laquelle celle-ci ne pouvait avoir une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée, notamment sans activité manuelle fine, répétitive ou en force. Cet avis a été suivi, dans un rapport final du même jour, par le Dr N _____, spécialiste en médecine générale auprès du SMR, qui a considéré que les conclusions du SMR du 29 septembre 2020 (Dresse F _____) étaient caduques et qu'une pleine capacité de travail était exigible dès le 30 août 2019 dans une activité adaptée (port de charges limité à 10 kg de manière occasionnelle, pas de travaux lourds, pas d'activité manuelle

fine, répétitive ou en force). Le Dr N _____ a ajouté que le pronostic était médicalement favorable, mais professionnellement plus réservé pour des raisons non médicales, à savoir à cause d'un éloignement prolongé du monde du travail, chez une assurée s'estimant subjectivement incapable de travailler (pièces OAI 121 et 122).

Par projet de décision du 2 juin 2022, l'OAI a informé l'intéressée qu'il lui refusait tout droit à des prestations AI (mesures d'ordre professionnel, indemnités journalières, rente d'invalidité), motif pris qu'elle présentait, dès le 30 août 2019, un degré d'invalidité de 4%, soit un taux insuffisant pour lui ouvrir un droit aux prestations précitées (pièce OAI 120).

Le 6 juillet 2022, l'assurée a formulé des observations concernant le projet de décision du 2 juin précédent, indiquant qu'elle ne comprenait pas la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique alors que son problème principal était d'ordre rhumatologique, qu'elle souhaitait qu'une nouvelle expertise soit réalisée, que le Dr D _____ la soutenait dans sa démarche et que le rapport final SMR du 2 juin 2022 contredisait celui du 29 septembre 2020 en se basant uniquement sur le fait qu'elle ne prenait pas suffisamment d'antalgiques (pièce OAI 127).

Par décision du 18 juillet 2022, l'OAI a écarté les griefs de l'intéressée et confirmé son projet de décision, soulignant que le rapport final SMR du 2 juin 2022 présentait une pleine valeur probante et que l'assurée n'apportait aucun élément permettant de remettre en question les conclusions de ce rapport (pièce OAI 129).

Le 10 août 2022, le Dr D _____ a fait savoir à l'OAI qu'il appuyait l'opposition de sa patiente à l'encontre de la décision de refus de toutes prestations AI, relevant qu'il lui paraissait difficile que celle-ci puisse reprendre un jour une activité professionnelle compte tenu de ses handicaps et de ses limitations fonctionnelles, même si une activité légère, de type surveillance ou autre, était effectivement possible. Ce médecin a ajouté qu'eu égard aux expériences professionnelles de sa patiente, son incapacité de gain lui paraissait bien supérieure à 4% et que des mesures d'ordre professionnel lui semblaient adéquates (pièce OAI 132).

Le 22 août 2022, l'OAI a octroyé au délai au 12 septembre suivant à l'intéressée pour qu'elle lui précise si le courrier du 10 août 2022 du Dr D _____ devait être considéré comme un recours à l'encontre de la décision du 18 juillet précédent ou comme une nouvelle demande (pièce OAI 136).

Le 8 septembre 2022, l'assurée, représentée par Me Michel De Palma, a requis une copie de son dossier et indiqué que le courrier de son médecin traitant devait être considéré comme un recours, qui serait complété ultérieurement (pièce OAI 139).

C. Le 14 septembre 2022, l'OAI a transmis céans le recours formé le 10 août 2022 et confirmé le 8 septembre suivant par X _____ à l'encontre de la décision du 18 juillet 2022. Le 21 octobre 2022, la recourante a déposé une écriture ampliative, dans laquelle elle a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 18 juillet précédent, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et octroi d'une rente d'invalidité déterminée en fonction des conclusions de cette expertise. La recourante a en substance contesté le calcul du taux d'invalidité effectué par l'intimé, motif pris que son état de santé s'était aggravé dans la mesure où elle ne pouvait plus du tout utiliser ses mains et que cette aggravation n'avait pas été prise en compte par l'OAI. Elle a par ailleurs estimé que l'instruction était incomplète sur le plan rhumatologique, dès lors qu'il n'était pas précisé sur quelle distance elle était capable de porter des charges légères ni quelles étaient les conséquences liées à des ports de charges répétés. En outre, la recourante a joint à son écriture un rapport du 6 octobre 2022 consécutif à une IRM de la colonne lombaire réalisée la veille, qui avait mis en évidence la présence d'une arthrose articulaire postérieure principalement sur les trois derniers niveaux.

Dans sa réponse du 22 novembre 2022, l'OAI a soutenu que l'avis du 2 juin 2022 du Dr M _____, médecin SMR, présentait une pleine valeur probante et devait être suivi, soulignant à cet égard que les différents avis des spécialistes s'étant prononcé sur ce cas convergeaient et que même le Dr D _____, médecin traitant de l'intéressée, avait admis dans son dernier rapport du 10 août 2022 qu'une activité adaptée restait possible, de sorte qu'une expertise rhumatologique ne se justifiait pas. S'agissant du calcul du revenu d'invalidité, l'intimé a relevé que malgré les limitations fonctionnelles présentées par la recourante, de nombreuses activités professionnelles demeuraient à sa portée, par exemple caissière dans un secteur food ou non-food, caissière dans un restaurant self-service, chauffeuse-livreuse de petites marchandises, collaboratrice au scannage de documents dans un service administratif ou encore collaboratrice du contrôle qualité dans le domaine de la production industrielle (cf. prise de position du 22 novembre 2022 de la coordinatrice en réadaptation annexée à la réponse), et cela sans qu'une formation autre qu'une mise au courant ne soit nécessaire, de sorte qu'il avait à juste titre retenu un revenu d'invalidé issu de la valeur centrale dans la table ESS TA1. L'OAI a ainsi conclu au rejet du recours.

Le 1^{er} février 2023, la recourante a soutenu que l'avis du Dr M _____ ne saurait être suivi, dès lors que ce médecin était spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie et non en rhumatologie, et que l'avis de la Dresse E _____ devait prévaloir. Au vu des limitations fonctionnelles posées par cette dernière, la recourante a en outre estimé que la table ESS TA1 ne pouvait pas être prise en considération. Elle a enfin argué que les avis médicaux récents versés en cause démontraient l'évolution de sa maladie également sur le plan de la colonne vertébrale, si bien que des limitations fonctionnelles devaient aussi être retenues à ce niveau.

Le 21 février 2023, l'intimé a indiqué que dans son rapport du 5 novembre 2019, la Dresse E _____ soulignait uniquement que la situation de l'assurée était rendue complexe par la problématique professionnelle en raison d'une activité sollicitant beaucoup les mains, ce qui ne contredisait pas les conclusions du Dr M _____, lequel disposait du reste de la même spécialisation que la Dresse E _____ et préconisait également un changement d'activité professionnelle. L'OAI s'est pour le surplus référé à sa réponse du 22 novembre précédent, précisant que l'IRM lombaire du 5 octobre 2022 était postérieure à la décision litigieuse.

Le 15 mars 2023, la recourante a maintenu sa position et soutenu que si les nouveaux rapports médicaux étaient très proches de la date de la décision litigieuse, ils devaient être pris en considération car l'état médical auquel ils se réfèrent était le même que celui prévalant au moment du prononcé contesté.

L'OAI n'ayant pas formulé d'observations sur l'ultime détermination de la recourante, l'échange d'écritures a été clos le 29 mars 2023.

Considérant en droit

1.

1.1 Selon l'article 1 alinéa 1 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.

Reçu par l'OAI le 17 août 2022, confirmé le 8 septembre suivant par l'intéressée, puis transmis par l'OAI au Tribunal de céans le 14 septembre 2022, le présent recours à l'encontre de la décision du 18 juillet précédent a été interjeté dans le délai légal de trente

jours prolongé des fériés d'été (art. 38 al. 4, 39 al. 2 et 60 LPGA), et transmis à la Cour de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56 et 57 LPGA ; 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.

2.

2.1 Le litige porte sur le refus de l'OAI d'octroyer à la recourante tout droit à des prestations AI (rente d'invalidité, mesures d'ordre professionnel, indemnités journalières), étant précisé que la recourante n'a pris de conclusion qu'en ce qui concerne le droit à une rente d'invalidité. Dans un premier grief, celle-ci conteste en particulier la valeur probante de l'avis du Dr M _____ (SMR), sur lequel se fonde le rapport final SMR du 2 juin 2022.

2.2 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'article 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. En outre, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

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). 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). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

2.3 Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des pièces médicales, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités celle-ci est incapable de travailler. Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

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 du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Les rapports du SMR 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 du Tribunal fédéral 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).

2.4 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. 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 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la réf. cit.).

La jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3) a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. L'existence d'un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance doit conduire le tribunal à demander des éclaircissements (ATF 122 V 157 consid. 1d).

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 du Tribunal fédéral 8C_796/2016 précité consid. 3.3).

2.5 Selon la jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210

consid. 4.3.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Le juge des assurances sociales doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue ; en particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 118 V 200 consid. 3a in fine et les arrêts cités).

2.6 En l'espèce, la recourante reproche à l'intimé de s'être fondé sur l'avis du Dr M _____, qui n'est pas spécialiste en rhumatologie, qui ne l'a pas examinée personnellement et qui n'aurait tenu compte ni de l'aggravation de son état ni de l'ensemble de ses limitations fonctionnelles, pour retenir qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Elle s'est référée à l'opinion de la Dresse E _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, qui avait retenu le diagnostic d'arthrose digitale érosive sévère avec une atteinte préférentielle des IPD après l'avoir vu à deux reprises en consultation, et ce en octobre et novembre 2019. L'OAI soutient quant à lui que l'avis du Dr M _____, sur lequel se base le rapport final SMR du 2 juin 2022 (Dr N _____), présente une pleine valeur probante, que l'ensemble des avis des spécialistes s'étant prononcés sur ce cas convergent et que même le Dr D _____, médecin traitant de l'assurée, avait admis qu'une activité adaptée restait possible.

Il convient dans cette mesure d'examiner si la valeur probante intrinsèque de l'appréciation du SMR permettait à l'OAI de rendre une décision valable sur la capacité de travail de la recourante.

2.6.1 Les avis des Drs N _____ et M _____ 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 leurs auteurs auraient personnellement procédé, mais sur des appréciations fondées exclusivement sur une analyse des documents médicaux versés au dossier.

A l'examen des différentes appréciations du SMR, force est de constater qu'elles prennent en compte l'ensemble des rapports établis par les médecins ayant examiné la recourante. En particulier, un avis spécialisé a été requis du Dr M _____ afin qu'il se prononce spécifiquement sur les constatations du Dr D _____, médecin traitant de l'intéressée ayant retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, ce taux étant susceptible d'augmenter selon l'évolution, ainsi que sur la nécessité d'un examen clinique par le SMR. Le Dr M _____ a retenu que les conclusions des

différents spécialistes consultés par la recourante convergeaient et que si l'arthrose digitale était bien réelle, elle était toutefois essentiellement limitée aux IPP des 3^{ème} doigts, le rapport du Dr G _____ mentionnant une mobilité correcte des IPP (interphalangiennes proximales) et une assurée peu algique, cette absence de comportement algique étant au demeurant confirmée par le Dr L _____. Le Dr M _____ a ajouté que l'intéressée avait bénéficié d'une mise au point complète de son état de santé par différents spécialistes et d'une prise en charge adaptée, si bien qu'un examen clinique par le SMR ne se justifiait pas (arrêts du Tribunal fédéral 9C_589/2010 du 8 septembre 2010 consid. 2 et 9C_323/2009 du 22 mai 2009 consid. 4.2 et 4.3). Sur la base des pièces au dossier, le Dr M _____ est dès lors arrivé à la conclusion qu'il n'y avait aucune raison médicale objective empêchant l'assurée d'avoir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée n'impliquant notamment pas d'activité manuelle fine, répétitive ou en force. Le Dr N _____ a quant à lui suivi ces conclusions, précisant à propos des limitations fonctionnelles que le port de charges devait être limité à 10 kg de manière occasionnelle et que les travaux lourds étaient proscrits.

2.6.2 Cette analyse opérée par le SMR est convaincante et n'appelle aucune critique particulière. Elle permettait effectivement à l'OAI, et à présent au Tribunal de céans, de porter un jugement valable sur le cas d'espèce. En particulier, l'on relèvera que dans son rapport du 5 novembre 2019, la Dresse E _____ ne fait que poser le diagnostic d'arthrose digitale érosive sévère avec une atteinte préférentielle des IPP et indiquer qu'il n'y avait pas de prise en charge spécifique à proposer, la situation de la recourante étant surtout rendue complexe par la problématique professionnelle en raison de l'exercice de son activité habituelle, qui sollicitait beaucoup les mains. Ainsi, il appert que l'avis de la Dresse E _____ ne diffère pas des conclusions du Dr M _____, dès lors qu'elle retient le même diagnostic et estime elle aussi que ce dernier empêche l'assurée d'exercer son activité habituelle d'employée de restauration (service traiteur). En revanche, la Dresse E _____ ne se prononce pas sur la capacité de travail résiduelle de l'intéressée dans une activité adaptée, ni sur les limitations fonctionnelles de celle-ci, de sorte que l'argumentation de la recourante selon laquelle cet avis médical devrait prévaloir ne saurait être suivie. En outre, la Cour constate que même le Dr D _____, médecin traitant de l'intéressée, a reconnu à plusieurs reprises que l'exercice d'une activité légère, de type surveillance ou autre, demeurait possible (cf. rapports des 22 septembre 2020, 10 novembre 2021 et 10 août 2022) et ce malgré l'état de santé de sa patiente. S'il est vrai que le Dr D _____ se prononce uniquement en faveur d'une capacité de travail résiduelle initiale de 50%, susceptible d'augmenter selon

l'évolution, et non en faveur d'une pleine capacité, la Cour constate que le Dr M _____ a expliqué de manière précise pour quelle raison il fallait bien plutôt retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée, à savoir parce que l'arthrose digitale présentée par l'intéressée était essentiellement limitée aux IPP des 3^{ème} doigts, le rapport du Dr G _____ mentionnant une mobilité correcte des IPP, et que l'assurée était peu algique, cette absence de comportement algique étant au demeurant confirmée par le Dr L _____, si bien qu'aucun élément médical n'empêchait celle-ci d'exercer pleinement une activité adaptée.

Au demeurant, rien n'indique que d'autres troubles auraient un quelconque caractère incapacitant pour la recourante. A cet égard, la Cour constate que l'IRM lombaire du 5 octobre 2022 est non seulement postérieure à la décision litigieuse (cf. *supra* consid. 2.5), mais qu'elle ne fait au surplus que mettre en évidence une arthrose articulaire postérieure principalement sur les trois derniers niveaux, sans indiquer une éventuelle incidence de cette arthrose sur la capacité de travail de la recourante, qui plus est dans une activité adaptée.

2.6.3 Attendu les éléments qui précèdent, il n'existe aucun motif susceptible de remettre en doute les conclusions prises par le SMR quant à une pleine capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. De plus, le dossier établi par l'intimé est suffisamment complet pour qu'un jugement valable puisse être rendu sur la base de celui-ci, de sorte que la Cour n'entend pas donner suite à la requête de mise en œuvre d'une expertise rhumatologique formulée par la recourante (appréciation anticipée des moyens de preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1, 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3), étant précisé qu'une telle façon de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'article 29 alinéa 2 Cst. (ATF 136 I 229 consid. 5.3 ; 124 V 90 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_364/2015 du 1er juillet 2015 consid. 3).

2.6.4 Mal fondé, ce grief doit être rejeté.

3.

3.1 Dans un second grief, la recourante conteste le revenu d'invalidité retenu par l'intimé, motif pris qu'il ne tiendrait pas compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles qu'elle présente.

3.2 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

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

Le salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré comprend tous les revenus d'une activité lucrative (y compris les gains accessoires, la rémunération des heures supplémentaires effectuées de manière régulière) soumis aux cotisations AVS (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 135 V 297 consid. 5.1 ; 134 V322 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 6.2). Ne font pas partie du revenu déterminant les frais accessoires au salaire, qui sont à la charge de l'employeur et qui ne sont pas soumis aux cotisations AVS. Le gain assuré comprend en particulier les allocations familiales, lesquelles ne sont pas prises en compte dans le calcul du revenu sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_733/2013 du 5 septembre 2014 consid. 5 et la référence).

3.2.2 Le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472

consid. 4.2.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_171/2021 du 11 décembre 2021 consid. 3.3 et 4.3 et 9C_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableau TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222).

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

On précisera qu'une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 4.3.1, 8C_659/2021 du

17 février 2022 consid. 4.3.1 et 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 consid. 6.3.1). En outre, il convient de faire une distinction entre la prise en compte des limitations fonctionnelles de l'assuré dans la détermination de sa capacité résiduelle de travail et l'impact que peuvent avoir ces limitations fonctionnelles sur ses perspectives salariales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.3). Une même circonstance ne peut en effet pas être prise en compte lors de la détermination de la capacité résiduelle de travail puis une nouvelle fois lors de la déduction du salaire d'invalide (arrêt du Tribunal fédéral 9C_286/2018 du 25 juin 2018 consid. 6.2.1 et les références).

3.4 En l'occurrence, l'intimé a fixé le revenu réalisable sans accident par l'assurée, sur la base de son ancienne activité d'employée de restauration (service traiteur) à plein temps, à 51'789 fr. 05 et celui avec invalidité à 49'656 fr., en se fondant sur l'ESS pour une femme avec un niveau de compétence 1. Il a en outre admis un abattement de 10% sur ce salaire d'invalide, pour tenir compte, de manière globale, de la situation de l'intéressée.

La recourante ne conteste – à juste titre – pas le calcul du revenu sans invalidité, mais critique en revanche celui du revenu d'invalide, estimant que l'ensemble de ses limitations fonctionnelles n'ont pas été prises en considération et qu'eu égard à celles-ci la table ESS TA1 ne pouvait pas s'appliquer.

A la lecture du dossier, force est de constater que l'argumentation de la recourante ne peut pas être suivie. En effet, il est rappelé que selon l'avis du SMR, lequel présente une pleine valeur probante (cf. *supra* consid. 2.6), l'assurée dispose d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges limité à 10 kg de manière occasionnelle, pas de travaux lourds et pas d'activité manuelle fine, répétitive ou de force. Une telle activité correspond à des tâches physiques ou manuelles simples selon le niveau de compétences 1 de l'ESS, ce d'autant plus que l'intéressée ne dispose d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée (cf. *supra* consid. 3.2.2). A titre d'exemples d'activités exigibles, la coordinatrice de la réadaptation de l'OAI a cité les activités suivantes : caissière dans un secteur food ou non-food, caissière dans un restaurant self-service, chauffeuse-livreuse de petites marchandises, collaboratrice au scannage de documents dans un service administratif ou encore collaboratrice du contrôle qualité dans le domaine de la production industrielle, ce qui laisse une large palette d'emplois potentiels correspondant aux limitations fonctionnelles retenues par le SMR. Par ailleurs, une simple lecture des rapports des 10 octobre 2019 et 5 novembre suivant de la Dresse E _____ permet de constater que

cette spécialiste ne traite pas la question de la capacité de travail résiduelle de l'intéressée dans une activité adaptée, de sorte qu'on voit mal quelles limitations fonctionnelles posées par cette spécialiste n'auraient pas été prises en compte par l'OAI, comme le soutient la recourante. Enfin, s'agissant de l'atteinte au niveau lombaire, il est rappelé que son éventuel caractère incapacitant ne ressort pas du dossier (cf. *supra* consid. 2.6.2), si bien qu'elle ne saurait justifier de limitations fonctionnelles supplémentaires.

La recourante n'allègue du reste pas quel autre facteur d'abattement que celui du handicap devrait être appliqué en l'espèce, étant précisé que le défaut de qualifications professionnelles et le manque de connaissances linguistiques ne sont pas des facteurs liés à l'invalidité et qu'ils n'ont pas à être pris en compte dans l'élucidation de celle-ci (ATF V 17 consid. 2c).

Eu égard à ce qui précède, un abattement global de 10% du salaire statistique, tel que retenu par l'intimé, n'apparaît pas critiquable et peut être confirmé. Partant, le taux d'invalidité de 4% retenu par l'intimée est fondé et n'ouvre pas droit à une rente d'invalidité.

4.

4.1 En tous points mal fondé, le recours est rejeté et la décision entreprise du 18 juillet 2022 confirmée.

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

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

Prononce

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

Sion, le 26 juin 2024