

S1 18 270

JUGEMENT DU 8 JUIN 2022

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

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

en la cause

X _____, recourante, représentée par Maître Philippe Nordmann, avocat, 1002 Lausanne

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé

(art. 44 LPG, valeur probante d'un rapport d'expertise médicale ; art. 28a al. 3 LAI, évaluation de l'invalidité en cas d'activité lucrative à temps partiel)

Faits

A. X _____, née le 7 octobre 1952, de nationalité italienne, arrivée en Suisse en 1976 et titulaire d'une autorisation d'établissement (pièce 4, page 14 du dossier de l'assurance-invalidité, d'où toutes les pièces mentionnées ci-dessous sont, sauf indication contraire, tirées), a suivi des formations et travaillé en tant qu'aide-soignante dans des établissements médico-sociaux depuis 1995 (pièce 2).

Le 11 mai 1998, X _____ a été victime d'un accident de la circulation alors qu'elle conduisait. Dans le cadre des suites de ce sinistre, son assureur-accidents de l'époque a confié une expertise au Dr A _____, spécialiste en neurologie, qui a établi le rapport correspondant en date du 24 janvier 2000. Celui-ci a précisé avoir examiné l'assurée et pratiqué des tests électro-physiologiques en date du 9 décembre 1999, dont les résultats s'étaient révélés superposables à ceux effectués le 23 juin 1998 par un confrère neurologue. Le Dr A _____ a posé les diagnostics de status après traumatisme crânio-cérébral (ci-après : TCC) mineur et distorsion cervicale simple le 11 mai 1998, de syndrome post-commotionnel et après distorsion cervicale persistant, d'anosmie post-traumatique et de troubles sensitifs gustatoires linguaux d'importance difficile à préciser, de possible discret syndrome du tunnel carpien droit, de tendomyogélose cervico-brachiale droite post-traumatique, d'état anxio-dépressif modéré au décours ainsi que de discrètes altérations dégénératives discales en C4-C5 et C5-C6, sans relation avec l'accident et sans signification clinique vraisemblable. L'expert a ajouté qu'il n'y avait pas lieu de se prononcer sur la capacité de travail, puisque l'assurée avait repris son activité professionnelle au taux d'occupation antérieur de 80%. Un compte-rendu de l'examen électro-physiologique (ci-après : EEG) du 9 décembre 1999 était annexé au rapport d'expertise (pièce 281, pages 1218 à 1236).

Le Dr A _____ a rédigé un rapport complémentaire d'expertise le 9 juillet 2001. Il a confirmé les diagnostics énumérés dans son précédent rapport et constaté que l'assurée travaillait toujours au taux d'occupation habituel de 80% (pièce 281, pages 1208 à 1215).

B. Le 3 août 2005, X _____ a déposé une première demande de prestations AI, en indiquant être en incapacité totale de travail depuis le 24 mars 2004 à cause de douleurs au bas du dos et à l'épaule (pièce 3).

Le B _____ à C _____ a précisé, dans le questionnaire pour l'employeur complété le 15 septembre 2005, qu'il avait employé X _____ du 10 décembre 2001 au 30 septembre 2004, à raison de trente-quatre heures par semaine sur les quarante-

deux heures et demie constituant l'horaire de travail de l'entreprise pour un plein temps et que, sans atteinte à la santé, cette personne gagnerait 3194 fr. 70 par mois à l'heure actuelle, avec une gratification à titre de treizième salaire en sus (pièce 16 ; cf. également l'attestation de cet employeur complétée le 11 octobre 2004 à l'attention de l'assurance-chômage sous pièce 279, pages 1126 et 1127, et le décompte de salaire de novembre 2003 sous pièce 279, page 1141).

Dans un rapport du 19 septembre 2005, la Dresse D _____, spécialiste en médecine physique et rééducation fonctionnelle ainsi qu'en médecine du sport, a posé les diagnostics incapacitants de lombo-sciatalgies droites chroniques, avec discopathie en L4-L5 modérée et en L5-S1 plus prononcée et protrusion discale en L5-S1, ainsi que de cervico-brachialgies chroniques post-traumatiques depuis 1999 (*recte* : 1998). Elle a ajouté que, le 24 mars 2004, en couchant un patient très lourd, la patiente avait ressenti une exacerbation des lombo-sciatalgies droites chroniques, que depuis lors, l'arrêt de travail avait été complet puis partiel et que l'incapacité de travail en tant qu'aide-soignante était de 50% selon les tâches effectuées dans le cadre de cette activité (pièce 17). Cette spécialiste a mentionné également, dans une annexe au rapport médical, qu'une activité permettant l'alternance des positions et évitant le port fréquent de charges, le port de charges de plus de quinze kilos, les travaux lourds, l'humidité, les intempéries, le froid et le stress était exigible à plein temps (pièce 18).

Par décision du 31 mai 2006, l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : l'Office AI) a pris en charge un reclassement portant sur une formation dans l'animation et l'accompagnement auprès de personnes âgées, du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre suivant (pièce 40).

Sur la base de son examen électro-clinique du 19 février 2007, le Dr E _____, spécialiste en neurologie, a rapporté le lendemain que le tableau clinique était dominé par des troubles de la statique et une tendomyose cervico-scapulaire, en l'absence de déficit sensitivo-moteur, d'altération des réflexes myotatiques aux quatre membres et d'atteinte radiculaire irritative ou déficitaire, tant à l'étage cervical que lombo-sacré. Il a ajouté que cette symptomatologie s'inscrivait dans le cadre d'une problématique socio-professionnelle difficile et d'un sentiment de préjudice subi lors d'un accident de la circulation plusieurs années auparavant. Était joint à ce rapport le tableau de l'électromyogramme (ci-après : EMG) pratiqué lors de la consultation précitée (pièce 75).

Le 5 juillet 2007, le Dr A _____ a adressé un rapport d'expertise à l'Office AI. Il a indiqué avoir examiné l'assurée et procédé à un EMG le 29 juin précédent. Il a posé les

diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de rachialgies cervico-dorso-lombaires depuis l'accident de la circulation du 11 mai 1998, de tendomyogélose cervico-brachiale depuis le 11 mai 1998 et d'état anxio-dépressif depuis 1998, ainsi que les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'anosmie post-traumatique et de troubles sensitivo-gustatoires linguaux d'importance difficile à préciser depuis 1998, de probable discret syndrome du tunnel carpien des deux côtés et de discrètes altérations dégénératives disco-vertébrales au niveau cervico-dorso-lombaire. Il a ajouté qu'il n'avait trouvé aucun signe d'une autre atteinte neurologique significative et notamment pas d'élément en faveur d'une atteinte radiculaire des membres supérieurs et inférieurs, médullaire et encéphalique. Il a conclu que sur la base des éléments à sa disposition, il n'y avait même pas, selon lui, d'incapacité de travail majeure dans l'activité d'aide-soignante, qu'au vu néanmoins des appréciations médicales préalables, il retenait une incapacité de travail de 50% dans cette activité, afin de tenir compte des altérations dégénératives disco-vertébrales modérées susceptibles de limiter l'assurée dans l'accomplissement de tâches lourdes comme celles de lever ou coucher les patients, mais que dans un travail léger, tel que celui d'animatrice pour personnes âgées, sans le port régulier de charges lourdes ni d'effort physique important et avec des changements relativement fréquents de positions, le taux d'occupation était clairement de 100% (pièce 84).

Par décision du 12 septembre 2007, l'Office AI a refusé à l'assurée l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a souligné qu'à compter du 1^{er} août 2004 déjà, soit avant l'échéance du délai d'attente d'une année dès le 24 mars précédent, le salaire statistique correspondant à l'exercice à plein temps de tout emploi léger et adapté, réduit de 10% pour cause de handicap, aboutissait à un taux d'invalidité de 18%. Cet office a ajouté qu'au vu de la formation d'animatrice pour personnes âgées prise en charge du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006, le chiffre statistique, non réduit, mentionné en relation avec cette profession du secteur 85 de la santé et des activités sociales, pour un niveau de qualifications 3 comportant des connaissances professionnelles spécialisées et un taux d'occupation de 100% également, excluait toute invalidité. Il ressortait des feuilles d'évaluation du taux d'invalidité annexées à cette décision que le revenu sans invalidité d'auxiliaire de santé avait été calculé en considération d'un treizième salaire et d'un taux d'activité de 100% (pièce 99).

Le droit de l'assurée à un reclassement professionnel et à une aide au placement a été nié par décision du 13 septembre 2007 (pièce 100).

Ces deux décisions n'ont pas fait l'objet d'un recours.

C. Le 5 novembre 2009, X _____ a déposé une deuxième demande de prestations AI, au motif d'une incapacité totale de travail depuis le 5 octobre précédent (pièce 103).

Dans un rapport du 11 janvier 2010, la Dresse F _____, spécialiste en médecine interne, a mentionné que depuis octobre 2009, sa patiente avait signalé une aggravation de ses troubles. Ce médecin a indiqué que lesdits troubles n'avaient pas été confirmés par le Dr E _____, qui les avait attribués principalement à un syndrome fibromyalgique et qui avait retrouvé à l'examen neurographique une discrète neuropathie d'enclavement bilatéral du nerf médian au tunnel carpien. La Dresse F _____ a précisé que les troubles en question consistaient en une fibromyalgie prépondérante à l'heure actuelle, associée à une asthénie de fond et surajoutée à un status post-commotionnel et de distorsion cervicale persistant depuis un accident de la voie publique en 1998, ainsi qu'à des lombalgies sur discopathie en L3-L4 et L4-L5 (pièce 108).

Par décision du 5 mars 2010, l'Office AI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations (pièce 115).

A la même date, le Dr G _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, a établi un rapport d'expertise à l'attention d'AXA Assurances SA, assurance d'indemnités journalières en cas de maladie. Il a diagnostiqué des douleurs musculo-squelettiques axiales et périphériques, dans un contexte de syndrome douloureux persistant, et des troubles disco-dégénératifs du rachis cervical. Il est parvenu à la conclusion que du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'expertisée dans l'activité professionnelle antérieure d'animatrice dans un home pour personnes âgées était de 90% d'un temps plein, que cette diminution de rendement s'expliquait par la prise éventuelle de pauses supplémentaires et qu'une telle activité, qui était légère, qui permettait l'alternance des positions assise et debout et qui excluait des travaux répétitifs de force sollicitant aussi bien le rachis que les membres, était adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressée (pièce 221).

Dans un courrier daté du 4 décembre 2012, le Dr E _____, médecin-chef au Service de neurologie de H _____, a indiqué avoir eu l'occasion d'examiner l'assurée à plusieurs reprises depuis 2007. Il a rapporté que l'examen du 3 décembre 2012 était dans les limites de la norme, en l'absence notamment d'indice d'altération vestibulaire ou cérébelleuse. Il a mentionné enfin que la problématique de la patiente résidait dans le fait que celle-ci restait centrée sur les douleurs rachidiennes ainsi que leur retentissement au quotidien et sur le plan socio-professionnel (pièce 118).

En date du 18 janvier 2013, le Dr I _____, médecin-chef au sein de l'Unité d'oto-neurologie et d'audiologie du Centre hospitalier J _____ (ci-après : J _____) a expliqué qu'hormis une presbycusie, son examen oto-neurologique du 11 janvier précédent était normal, sans évidence d'une atteinte vestibulaire organique permettant d'expliquer les vertiges et avec une épreuve calorique symétrique (pièce 131, pages 329 et 330).

D. Le 23 décembre 2013, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations AI. Elle a mentionné qu'elle travaillait en tant qu'animatrice à 20% pour un salaire mensuel d'environ 1000 fr. et qu'elle suivait un traitement médical depuis le 6 février 2012 pour lipothymie (pièce 119).

Le Dr E _____ a, le lendemain de la consultation du 24 février 2014, résumé ses constatations comme suit : « Au total, on retrouve essentiellement une problématique cervicogène dans le cadre d'une tendomyose cervico-scapulaire chez une patiente aux antécédents de traumatisme cervical indirect en 1998, dont la symptomatologie a eu un retentissement professionnel significatif et défavorable. Il n'y a pas de syndrome vestibulaire ou cérébelleux, ni d'ataxie proprioceptive, ni de signe de radiculopathie cervicale irritative ou déficitaire » (pièce 221, pages 766 et 767).

Selon le compte-rendu établi le 10 mars 2014 par la Dresse K _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et en oto-neurologie, l'examen vestibulaire clinique du 3 mars précédent s'était révélé normal. La symptomatologie présentée par la patiente était très vraisemblablement en relation avec des troubles cervicaux susceptibles d'entraîner une insuffisance vertébro-basilaire (pièce 138, page 387).

Dans un rapport établi le 17 mars 2014, le Dr L _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a mentionné que les nouveaux éléments médicaux apportés par l'assurée permettaient d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Il a souligné à cet égard que l'assurée était porteuse d'une insuffisance vertébro-basilaire assez classique dans l'évolution des cervicarthroses, diagnostiquée en février 2014, et qu'elle était atteinte d'une névralgie cervico-brachiale en C6. Il a ajouté que les atteintes à la santé de longue durée dont souffrait l'assurée contre-indiquaient définitivement l'exercice de l'activité habituelle d'aide-soignante mais que, dans une activité adaptée, la capacité de travail était totale depuis le 14 février 2014 (pièce 135).

Le 1^{er} octobre 2014, le Dr M _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie, a établi un rapport d'expertise orthopédique à l'attention de l'Office AI. Il

a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervico-dorso-lombalgies chroniques sans troubles sensitivomoteurs périphériques (les cervicalgies consistant en des discopathies en C5-C6 avec protrusion disco-ostéophytaire modérée rétrécissant le trou de conjugaison à droite, les dorsalgies en des discopathies en D5-D6, D6-D7 et D11-D12 et les lombalgies en des discopathies en L4-L5 et surtout L5-S1), de vertiges positionnels, de périarthrite de la hanche gauche et de rhizarthrose bilatérale, ainsi que les diagnostics sans influence sur la capacité de travail d'anosmie et d'agueusie probablement post-traumatiques, d'hypercholestérolémie en traitement et de probable insuffisance vertébro-basilaire, avec une diminution du flux vertébral de 20% à 25% en flexion et rotation cervicales. Il a conclu que depuis le début de l'année 2014, date à laquelle une insuffisance vertébro-basilaire avait été diagnostiquée, la capacité de travail de l'assurée en tant qu'aide-soignante était nulle mais que celle-ci pouvait exercer une activité adaptée sédentaire ou semi-sédentaire, avec une diminution de rendement de 30% en raison des douleurs chroniques et de la nécessité de changer de positions (pièce 153).

Dans son rapport d'expertise que le Dr N _____, spécialiste en médecine interne et en cardiologie, a fait parvenir le 9 décembre 2014 à l'Office AI, les diagnostics d'insuffisance mitrale modérée et de minime régurgitation aortique ont été posés. Ce spécialiste a qualifié le bilan cardiologique effectué de tout à fait rassurant. Il a précisé qu'il n'y avait pas de pathologie cardiaque susceptible d'expliquer les symptômes et d'être à l'origine d'une incapacité de travail dans la profession habituelle ou une éventuelle profession adaptée (pièce 155).

Dans son rapport final du 9 mars 2015, le Dr L _____ a repris les diagnostics énumérés par le Dr M _____, en classant les vertiges positionnels probablement explicables par une insuffisance vertébro-basilaire dans les diagnostics incapacitants. Le médecin du SMR a mentionné que le rapport d'expertise de ce spécialiste était clair et convaincant, sauf en ce qui concernait la diminution de rendement de 30% dans l'exercice d'une activité adaptée. Il a motivé ce dernier point par le fait que les limitations fonctionnelles justifiées par des pathologies objectives définissaient l'activité adaptée à l'état de santé de l'assurée et que le rendement dans une telle activité n'était donc pas restreint, compte tenu de la limitation fonctionnelle correspondant à l'alternance des positions assise et debout. Il a retenu que la capacité de travail était de 50% dès le 24 mars 2004 dans l'activité habituelle et de 100% du 1^{er} août 2004 au 9 août 2006, de 0% du 10 août au 1^{er} octobre 2006, de 50% du 2 octobre 2006 au 28 juin 2007 et de 100% dès le 29 juin 2007 dans une activité adaptée permettant l'alternance des positions

de travail et évitant le port de charges de plus de cinq kilos, les travaux lourds, la marche, les mouvements répétés de la nuque et l'utilisation du goût et de l'odorat (pièce 156).

Le Dr O _____, spécialiste en cardiologie, a écrit le 2 juin 2015 au mandataire de l'assurée. Il a rejoint la conclusion de son confrère le Dr N _____ relative à une pleine capacité de travail. Il a ajouté que le vrai problème de la patiente portait sur les vertiges, souvent accompagnés d'une brève perte de connaissance et parfois d'une chute, lesquels étaient très vraisemblablement dus à une insuffisance vertébro-basilaire elle-même liée à des troubles cervicaux sévères (pièce 166).

Lors de sa consultation du 31 août 2015, la Dresse K _____ a constaté que la réponse à la stimulation calorique était présente des deux côtés et symétrique. Elle a une nouvelle fois rapporté, le lendemain, que l'examen vestibulaire clinique était normal et que la symptomatologie présentée était très vraisemblablement en relation avec les troubles cervicaux (pièce 221, page 770).

E. Par décisions du 10 septembre 2015, l'Office AI a nié tout droit à un reclassement professionnel selon l'article 17 LAI (pièce 171), de même qu'à une rente d'invalidité. Dans la décision portant sur cette dernière prestation, dit office a exposé qu'en considération d'un taux d'occupation de 100% exigible depuis le 29 juin 2007 au plus tard et d'un abattement de 10% du salaire statistique topique correspondant à des tâches simples effectuées par une femme, le revenu d'invalidité était de 46 994 fr. 05 en 2014. Il a ajouté que la comparaison de ce revenu avec celui sans invalidité de 58 537 fr. 35 pour la même année aboutissait à un taux d'invalidité de 20%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (pièce 170).

Le 12 octobre 2015, X _____, représentée par les Syndicats chrétiens du Valais (SCIV), a interjeté recours céans contre la décision de refus de rente datée du 10 septembre précédent en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière d'invalidité (pièce 174).

La recourante a déposé en procédure un rapport d'expertise neurologique privée, rédigé le 18 février 2016 par deux spécialistes des Hôpitaux P _____ (ci-après : P _____). Ces neurologues ont posé les diagnostics incapacitants de probable trouble fonctionnel/somatoforme, de vertiges latéralisés sans substrat organique démontré mais avec peut-être une composante positionnelle, de troubles dégénératifs de la colonne vertébrale avec cervicalgies, lombalgies et irritation en C6 à droite mise en évidence en tout cas en 2013, de possible insuffisance vertébro-basilaire, de périarthrite de la hanche gauche, de rhizarthrose bilatérale, de syndrome post-

commotionnel et après distorsion cervicale comportant des cervico-céphalalgies, des sensations vertigineuses, des troubles de la vue, de la mémoire et de la concentration, ainsi que les diagnostics sans influence sur la capacité de travail d'hypercholestérolémie, d'anosmie post-traumatique, de troubles sensitivo-gustatifs linguaux et d'hypotension orthostatique. Ils ont conclu que les troubles dégénératifs multi-étagés du rachis empêchaient l'exercice de l'activité physique d'aide-soignante, que celle d'animatrice pour personnes âgées était exigible à 70% sur le plan strictement organique et que sous l'angle psychique des troubles fonctionnels et somatoformes, le taux d'activité nécessitait une évaluation par un psychiatre expérimenté dans ce domaine (pièce 184).

Selon un protocole opératoire du 13 juin 2016 et un rapport d'hospitalisation du 12 au 17 juin 2016 à la Klinik Q _____ à R _____, daté du 17 juin 2016, la Dresse S _____, spécialiste en neurochirurgie, a procédé à une micro-discectomie ventrale en C5-C6 avec une foraminotomie en C6 des deux côtés et une ablation ostéophytique importante sur compression radiculaire en C5-C6, à une neurolyse importante en C6 à droite ainsi qu'à une spondylodèse ventrale avec mise en place d'une cage standard (pièce 194, pages 661 à 665).

Dans son jugement prononcé le 16 août 2017 en la cause S1 15 175, la Cour de céans a admis le recours formé contre la décision du 10 septembre 2015, annulé cette décision et renvoyé le dossier à l'Office AI pour mise en œuvre d'une expertise rhumatopsychiatrique (pièce 216).

F. Le 7 décembre 2017, l'Office AI a reçu de T _____ à U _____ (ci-après : T _____) un rapport fondé sur les examens rhumatologique et psychiatrique effectués le 27 novembre précédent. Dans le préambule dudit rapport, il a été précisé qu'en cours d'anamnèse somatique, l'assurée avait déclaré se rendre compte que l'expertise n'allait pas résoudre la problématique avec l'assurance-accidents. Il n'était dès lors plus possible d'obtenir la collaboration de celle-ci pour répondre au questionnaire établi par l'Office AI. Le rapport comportait donc uniquement le travail préparatoire de l'experte somaticienne, l'analyse du dossier radiologique et l'expertise psychiatrique qui avait pu être menée à bien. Aucun trouble psychique n'a été retenu. Selon la discussion et les réponses aux questions sur le plan psychiatrique, des traits narcissiques étaient présents de longue date, sans déviation caractérielle grave ni dysfonctionnements à répétition. L'expertisée disposait de ressources personnelles. Des discordances avaient été constatées entre les allégations de l'expertisée, son comportement durant l'expertise, ses loisirs et sa sociabilité. Il existait une exagération des symptômes. En l'absence de troubles psychiques, il n'y avait pas, sur le plan

psychiatrique, d'incapacité de travail, ni d'explication à l'impossibilité alléguée d'accomplir les tâches ménagères, ni de nécessité d'une thérapie et d'une réadaptation (pièce 229).

Par courrier du 30 janvier 2018, l'assurée a contesté avoir refusé de collaborer à l'expertise confiée au T _____ (pièce 232).

Le 25 avril 2018, l'assurée a été informée par l'Office AI qu'un nouveau mandat d'expertise bi-disciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, allait être confié à V _____ à W _____ (ci-après : V _____). Elle a eu la possibilité de faire valoir d'éventuels motifs de récusation des experts choisis et de poser des questions supplémentaires dans le cadre de cette expertise (pièce 242).

Le V _____ a rendu son rapport d'expertise le 11 juillet 2018. L'examen rhumatologique a été effectué le 7 juin précédent, de 13h30 à 15h00. L'expert-rhumatologue s'est procuré neuf autres rapports médicaux, en sus de ceux établis entre juin 1998 et novembre 2017 et résumés dans la synthèse du dossier. Selon les indications récoltées lors de l'entretien, l'assurée se plaignait de douleurs et d'une hyposensibilité au niveau de tout l'hémicorps droit et de douleurs au membre supérieur gauche. Elle continuait en outre à faire des chutes. L'expert a constaté que les gestes effectués spontanément lorsque celle-ci ne se sentait pas observée étaient de meilleure amplitude que lors de l'examen physique proprement dit et qu'il y avait de nets signes de surcharge psychogène et de majoration des symptômes. La collaboration de l'assurée a été jugée suffisante au cours de l'entretien mais insuffisante durant l'examen physique. Le comportement de celle-ci a été qualifié de démonstratif, d'un peu caricatural et de majorant. Les diagnostics de cervico-dorso-lombalgies sur troubles dégénératifs étagés avec discopathies en C4-C5, C5-C6, D5-D6, D6-D7, D11-D12, L4-L5 et L5-S1, sans trouble neurologique périphérique, de status après micro-discectomie en C5-C6 et spondylodèse ventrale le 13 juin 2016, de douleurs et troubles neurologiques subjectifs de l'hémicorps droit, sans substrat, de malaises anamnestiques d'origine indéterminée et de vertiges positionnels, de rhizarthrose bilatérale, d'anosmie et d'agueusie, d'hypercholestérolémie ainsi que de status après lithiase rénale probable le 9 mai 2018 ont été posés.

Selon l'évaluation médicale et médico-assurantielle du spécialiste en rhumatologie, les déficits annoncés à l'examen clinique, tant au niveau de la mobilité articulaire que des troubles neurologiques, relevaient vraisemblablement plus du manque de collaboration que d'une véritable atteinte organique. En effet, il n'y avait pas de trouble ostéo-

articulaire dégénératif majeur observable ni de déficit neurologique évident et, surtout, il existait des discordances selon les moments de l'observation. Il fallait aussi tenir compte des nombreux documents médicaux qui n'avaient pas objectivé de déficit neurologique, ni d'atteinte cardiaque, ni d'explication oto-rhino-laryngologique concernant les vertiges. Par conséquent, il n'avait pas été jugé utile de refaire des investigations dans ce contexte. En raison des troubles ostéo-articulaires dégénératifs, les activités nécessitant un engagement physique étaient contre-indiquées. Par contre, dans une activité d'animatrice de home, la capacité de travail de l'assurée était entière. L'opération de micro-discectomie en C5-C6 avec spondylodèse n'était très probablement pas indiquée. D'après l'évaluation consensuelle, l'expert-rhumatologue n'avait pas trouvé de substrat organique clair aux plaintes physiques. Des incohérences avaient été constatées. Seuls les deux premiers diagnostics posés influent sur la capacité de travail. La capacité physique d'autonomie de l'expertisée dans ses activités quotidiennes était préservée. Dans ladite évaluation et ses réponses aux questions du mandant, celui-ci a retenu une capacité totale de travail dans l'activité exercée en dernier lieu d'animatrice dans un home pour personnes âgées, laquelle était adaptée à la situation médicale de l'expertisée, de même que dans toute activité permettant l'alternance des positions assise et debout et prohibant les efforts, le port de charges de plus de cinq kilos ainsi que les mouvements répétitifs avec les bras, en flexion, extension ou rotation répétée du tronc et avec le haut du corps en porte à faux (pièces 246 et 247).

L'entretien sous l'angle psychiatrique s'est tenu le 8 juin 2018, de 11h15 à 12h15. Une probable majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) a été retenue par l'expert-psychiatre. En effet, l'expert-rhumatologue n'avait pas trouvé de substrat organique clair aux plaintes physiques de l'expertisée. La recherche d'attention, notamment des médecins consultés et de son mari à qui l'assurée déléguait beaucoup de tâches, paraissait évidente. Celle-ci se décrivait comme une personne positive, sociable et appréciée d'autrui.

A suivre l'évaluation médicale et médico-assurantielle ainsi que les réponses du spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aucun traitement psychiatrique n'était nécessaire. L'expertisée ne ressentait pas le besoin d'être soutenue psychologiquement. Lorsque celle-ci, retraitée depuis deux ans, était en activité, une réadaptation aurait été exigible sous l'angle psychiatrique mais inutile, puisque l'activité d'animatrice ou d'aide-soignante était parfaitement adaptée de ce point de vue. L'assurée ne majorait pas sa symptomatologie psychique. La description des activités quotidiennes correspondait aux plaintes. Les capacités d'adaptation et de flexibilité

psychiques étaient limitées par le fait que l'intéressée était fixée sur son rôle de malade physique, de même que les capacités d'organisation et d'autonomie. Les capacités relationnelles étaient conservées. L'expertisée gardait d'excellentes relations avec son entourage familial et amical et son réseau social semblait riche. Aucune limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique n'avait été constatée. La capacité de travail dans l'activité exercée en dernier lieu était de 100%. Une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assurée ne devait pas comporter de caractéristiques particulières (pièce 248).

Dans son rapport final du 25 juillet 2018, le Dr Y _____ du SMR a reconnu pleine valeur probante à l'expertise du V _____. Il a énuméré les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervico-dorso-lombalgies chroniques sans troubles sensitivomoteurs périphériques, sur discopathies en C5-C6 avec protrusion disco-ostéophytaire modérée rétrécissant le trou de conjugaison à droite, discopathies en D5-D6, D6-D7 et D11-D12 et discopathies en L4-L5 et surtout L5-S1, ainsi que de rhizarthrose bilatérale, et ceux sans répercussion sur la capacité de travail de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, avec douleurs sans substrat organique, vertiges positionnels et malaises inexplicables, d'anosmie et d'agueusie probablement post-traumatiques, d'hypercholestérolémie en traitement et de status après lithiase rénale probable en mai 2018. Il a souligné que les plaintes de l'assurée étaient disproportionnées par rapport aux troubles dégénératifs constatés, finalement banaux, qu'il n'existait aucune pathologie psychiatrique incapacitante et que les experts n'avaient mis en évidence aucune aggravation objective, significative et durable de l'état de santé de l'assurée. La capacité de travail demeurait inchangée, soit de 50% dès le 24 mars 2004 dans l'activité habituelle et de 100% du 1^{er} août 2004 au 9 août 2006, de 0% du 10 août au 1^{er} octobre 2006, de 50% du 2 octobre 2006 au 28 juin 2007 et de 100% dès le 29 juin 2007 dans une activité adaptée permettant l'alternance des positions de travail, respectant l'hygiène posturale du rachis lombaire et proscrivant le port de charges de plus de cinq kilos, les travaux lourds ainsi que les mouvements répétitifs avec les membres supérieurs (pièce 249).

G. Le 30 juillet 2018, l'Office AI a établi un projet de décision portant sur le refus d'une rente d'invalidité. Il a retenu que, malgré une aggravation de l'état de santé depuis la décision de refus de rente du 12 septembre 2007, l'exercice à plein temps d'une activité légère et adaptée, telle que celle d'animatrice pour personnes âgées, était toujours exigible depuis le 29 juin 2007. Cet office a repris le revenu annuel sans invalidité de 58 537 fr. 35 précédemment retenu pour l'année 2014. Pour le calcul du revenu

d'invalidé, il s'est référé au salaire statistique mensuel de 5415 fr. correspondant à une activité du secteur 87 (hébergement médico-social et social) exercée par une femme d'un niveau de qualifications 3 (connaissances professionnelles spécialisées), tel que figurant dans la table TA1 de l'enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : ESS) pour l'année 2010. Il a ensuite adapté cette valeur à l'évolution nominale des salaires jusqu'en 2014 et à une durée hebdomadaire moyenne de travail de 41.6 heures. Il est enfin parvenu à un revenu annuel d'invalidé de 69 284 fr. pour une capacité résiduelle de travail de 100%, sans y appliquer un abattement, et à un taux d'invalidité nul.

L'assurée a, en date du 11 septembre 2018, formulé des objections au sujet de ce projet de décision. Elle a en particulier réfuté la valeur probante du rapport d'expertise rendu par le V _____. A son avis, l'expert-rhumatologue n'ayant pas jugé utile de refaire des investigations selon ses propres termes, l'instruction du cas était lacunaire. Celui-ci ne pouvait donc pas déterminer correctement la capacité de travail ni les limitations fonctionnelles, comme ordonné par la Cour de céans. L'assurée a également contesté les discordances en fonction des moments de l'observation que cet expert avait relevées. Elle a souligné à cet égard qu'aucun exemple concret y relatif n'avait été indiqué dans le rapport d'expertise. Toujours d'après l'assurée, le diagnostic psychiatrique de probable majoration de symptômes physiques pour des raisons psychiques n'était de surcroît pas assez motivé. La seule justification de ce diagnostic consistait en l'absence de substrat organique clair aux plaintes physiques, telle que rapportée par le rhumatologue qui n'avait pourtant pas estimé utile de procéder à de nouveaux examens. Les conclusions de l'expert-psychiatre ne pouvaient ainsi pas être suivies, ce d'autant plus que l'analyse de ce spécialiste n'était pas conforme aux critères instaurés par l'ATF 141 V 281. L'assurée a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise destinée à combler l'instruction médicale toujours lacunaire depuis le 16 août 2017, voire l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Etait joint à cette écriture un rapport de physiothérapie daté du 10 septembre 2018, selon lequel la patiente faisait toujours les exercices demandés mais devait les arrêter, en raison de l'apparition de douleurs ou de vertiges (pièce 255, page 1046). Figurait également en annexe à la contestation de l'assurée un certificat établi le 11 juin 2018, dans lequel le Dr AA _____, spécialiste en neurologie, faisait notamment état de manifestations fonctionnelles clairement présentes, associant vertiges, impression de tête vide et troubles de la concentration, ainsi que de la déception de la patiente de ne

pas avoir été reconnue sur le plan asséculoologique au fil du temps (pièce 255, page 1047).

Dans un nouvel avis rédigé le 1^{er} octobre 2018, le Dr Y _____ a indiqué que les objections de l'assurée n'étaient pas de nature à faire douter de l'entière valeur probante de l'expertise du V _____ ni de remettre en question ses conclusions du 25 juillet 2018. Les deux pièces médicales produites à l'appui desdites objections reposaient exclusivement sur des éléments subjectifs, tels que des douleurs et des vertiges, et n'apportaient donc aucun fait objectif nouveau. De plus, les discordances constatées par l'expert-rhumatologue étaient nombreuses et le médecin du SMR en a cité quelques-unes. Cet expert avait également donné les raisons pour lesquelles il n'avait pas jugé utile de refaire des investigations, en particulier oto-rhino-laryngologiques. L'ensemble des bilans effectués en relation avec les vertiges allégués s'étaient en effet révélés négatifs et, compte tenu de l'inexistence de signes d'organicité, il relevait simplement du bon sens de ne pas renouveler des examens par essence inutiles. La justification par ce dernier aspect du diagnostic psychiatrique gardait ainsi tout son sens. L'analyse de l'expert-psychiatre répondait enfin aux exigences jurisprudentielles en la matière, puisque celui-ci avait traité les questions de l'atteinte à la santé, du traitement, de la personnalité de l'assurée, du contexte social et de la cohérence du tableau, notamment par la description des ressources de celle-ci et la recherche d'une limitation uniforme des activités dans tous les domaines (pièce 258).

Par décision du 5 octobre 2018, l'Office AI a refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assurée. Il a confirmé le taux d'invalidité nul déterminé dans son projet du 30 juillet précédent. Reprenant les arguments développés le 1^{er} octobre 2018 par le médecin du SMR, cet office a estimé que le rapport du 11 juillet 2018, fondé sur une discussion consensuelle entre les deux experts et totalement probant, ainsi que les diverses appréciations du SMR permettaient de déterminer de manière claire la capacité de travail dans tout emploi léger et adapté, tant sous l'angle physique que psychique. Il a ajouté que les nombreuses limitations alléguées n'apparaissaient guère pertinentes, puisqu'elles reposaient essentiellement sur des plaintes subjectives de même que sur le ressenti de l'assurée, et non sur des atteintes à la santé objectivables et susceptibles d'en expliquer l'importance et l'intensité. Il a mentionné dans ce contexte que le mauvais pronostic de reprise d'une activité lucrative s'expliquait essentiellement par des éléments non médicaux d'ailleurs évoqués par le Dr AA _____ dans son certificat du 11 juin 2018, à savoir la déception de l'assurée face à la non-reconnaissance, sur le plan asséculoologique, des suites de l'accident de la circulation du 11 mai 1998.

H. Le 8 novembre 2018, X _____, désormais représentée par Me Philippe Nordmann, a interjeté « provisoirement » recours contre la décision du 5 octobre précédent en concluant, sous suite de frais et dépens, à la réforme de cette décision dans le sens de l'allocation d'une rente entière depuis la plus ancienne date possible. Elle a invoqué qu'elle se trouvait dans un état catastrophique, décrit dans le rapport provisoire de la Clinique de CC _____ du 26 octobre 2018 joint au recours, et qu'au moment de sa dernière demande de prestations, elle était déjà totalement incapable d'effectuer le moindre travail, quel qu'il fût.

Dans ce rapport qui concernait un séjour stationnaire de la recourante du 8 au 28 octobre 2018 sur demande de réhabilitation neurologique par le Dr AA _____, ont été mentionnés les diagnostics de status après micro-discectomie en C5-C6 avec foraminotomie en C6 et spondylodèse vertébrale le 13 juin 2016, sur traumatisme du type « coup du lapin » lors d'un accident de la circulation en 1998, syndrome cervico-brachial avec déficits sensitivomoteurs dans le dermatome en C6 à droite, discopathie du disque intervertébral C5-C6 avec douleurs résiduelles et hémi-syndrome à droite, vertiges avec syncopes hypotensives en raison d'une insuffisance vertébro-basilaire, anosmie et agueusie post-traumatiques, dorso-lombalgies chroniques avec discopathie en L4-L5 et L5-S1 et, surtout, de trouble anxieux avec palpitations et pré-syncopes sans valeurs vitales évidentes, ainsi que les diagnostics secondaires d'arthropathie de la hanche gauche, de situation de surcharge psychosociale et de tendinopathie de la coiffe des rotateurs des deux côtés. Selon les indications figurant à la fin du rapport, la patiente s'était souvent sentie limitée durant le séjour par des vertiges et des sensations de faiblesse. Durant ces épisodes, les paramètres vitaux étaient normaux et aucune indication pour un vertige positionnel n'avait été mise en évidence. Etant donné la survenance concomitante de palpitations, de vision en tunnel avec un voile noir devant les yeux et de vertiges, un trouble anxieux pouvait, outre les atteintes physiques existantes, éventuellement aussi être à l'origine de la symptomatique.

Par écriture du 13 mai 2019, la recourante a complété celle du 8 novembre précédent. Elle a déclaré maintenir intégralement son recours. Elle a précisé que le litige portait sur la situation entre la troisième demande de prestations du 23 décembre 2013 et l'âge légal de la retraite atteint le 7 octobre 2016. Elle a fait valoir que des constatations médicales complémentaires avaient révélé des problèmes neurologiques qui n'étaient pas nouveaux mais qui n'avaient pas été décelés précédemment ou qui avaient été pratiquement passés sous silence, voire attribués à des aspects psychiques. Ces problèmes s'étaient notamment traduits par des chutes à répétition et une atteinte

massive, en particulier au niveau cervical, de même que des diminutions de sensibilité et de force ainsi que des entraves aux mouvements. Toujours selon la recourante, les troubles en question n'étaient donc pas « dans sa tête » mais résultaient de son état somatique, déjà décrit comme catastrophique. Il lui paraissait en particulier indispensable de procéder aux investigations électromyographiques suggérées. A l'appui de sa détermination complémentaire, la recourante a produit les pièces médicales suivantes :

- Une attestation rédigée le 12 mars 2018, selon laquelle le Dr O _____ a indiqué suivre la patiente d'un point de vue cardiovasculaire depuis le 19 mars 2013 pour des vertiges, des céphalées et des chutes avec pertes de connaissance et répété, comme dans ses derniers rapports, que cette symptomatologie était très vraisemblablement secondaire à des troubles cervicaux susceptibles d'être à l'origine d'une insuffisance vertébro-basilaire sévère.
- Les résultats des radiographies de l'articulation trapézo-métacarpienne du pouce gauche, pratiquées le 8 janvier 2019, lesquels montraient une rhizarthrose stade Dell 2 et avaient été adressés à la même date au Dr DD _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main au EE _____ à FF _____.
- Un rapport établi par ce même spécialiste le 9 janvier 2019, dans lequel il était question des différentes options thérapeutiques de cette rhizarthrose gauche discutées avec la patiente.
- Les rapports des consultations des 21 février et 29 avril 2019, datés respectivement des mêmes jours, dans lesquels la Dresse S _____ s'est référée à une IRM cervicale du 12 juillet 2018 et à des radiographies de la colonne cervicale du 3 septembre suivant et a complété les diagnostics posés précédemment par une protrusion discale débutante en C4-C5 affectant la moelle épinière, rétrécissant l'espace subarachnoïdien au niveau C4-C5 et déformant de manière minime la moelle épinière sur canal étroit en C4-C5, par une suspicion d'instabilité épi-fusionnelle en C4-C5 ainsi que par une sensation de vertiges après extension de la tête. Une investigation neurologique par électromyogramme (ci-après : EMG) était recommandée dans le second rapport.

- Un compte-rendu, daté du 20 mars 2019, portant sur la consultation d'oto-rhino-laryngologie du 6 février précédent auprès du service spécialisé de H _____, en raison de vertiges avec un voile noir lors de l'extension de la tête, et évoquant une insuffisance vertébro-basilaire, déjà diagnostiquée lors d'un ultrason, de même qu'une hyporéflexie de l'oreille droite à l'examen calorique.
- Un certificat du 28 mars 2019, dans lequel le Dr GG _____, généraliste et dernier médecin traitant de l'assurée, a écrit que depuis un accident de circulation en 1998, sa patiente souffrait d'un syndrome cervical irradiant dans les bras et d'un syndrome psycho-organique post-traumatique avec sensation de dissociation du corps, malaises nocturnes et vertiges.

Dans sa réponse du 11 juin 2019, l'Office AI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il a repris les motifs de l'avis émis le 5 juin précédent par le SMR. Dans cette prise de position, le Dr Y _____ a résumé la teneur des différentes pièces médicales déposées par la recourante. Il a rappelé les diagnostics et les taux de capacité de travail, dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, précédemment retenus. A teneur de ses explications, le syndrome psycho-organique post-traumatique évoqué par le Dr GG _____ n'avait pas été mis en évidence lors de l'expertise du V _____, puisqu'il y avait été question de probable majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Les cervico-dorso-lombalgies étaient bien sûr loin d'être nouvelles. Plusieurs expertises neurologiques avaient été pratiquées, de même que des EMG, sans permettre d'établir une atteinte correspondante. Le diagnostic d'insuffisance vertébro-basilaire avait été maintes fois évoqué et discuté en relation avec les malaises signalés par l'assurée. Pourtant, en 2014 déjà, le Dr N _____, cardiologue, avait souligné l'absence de pathologie cardiaque susceptible d'expliquer les symptômes et d'être à l'origine d'une incapacité de travail. Ainsi, la documentation médicale produite n'apportait pas le moindre élément objectif et significatif nouveau. Le énième EMG demandé par un médecin qui ne disposait pas de l'ensemble de l'anamnèse ressortant du dossier d'invalidité n'allait pas modifier cette situation.

En date du 12 septembre 2019, la recourante a répliqué que l'ensemble de ses affections avaient été minimisées par l'Office AI et le SMR. A suivre ses arguments, les problèmes d'équilibre et de chute, qui ne pouvaient pas être volontaires ou simulés, n'avaient pas été mentionnés parmi les diagnostics incapacitants. Le diagnostic d'insuffisance vertébro-basilaire n'avait pas seulement été évoqué et discuté mais, selon l'avis du Dr O _____, il avait désormais été clairement posé. Il n'avait par ailleurs pas été

procédé à l'EMG préconisé le 29 avril 2019 par la Dresse S _____. Son état de santé catastrophique était de plus rapporté dans la récente lettre de sortie, annexée, de la Clinique de HH _____ du 16 août 2019. Une telle situation ne pouvait qu'exclure une capacité de travail entière dans toute activité légère et adaptée. Enfin, à la lumière de la jurisprudence relative à l'exigibilité, exceptionnelle, d'une réadaptation par soi-même de la part d'assurés âgés, une telle auto-réadaptation n'entrait pas en ligne de compte en l'espèce, étant donné les multiples atteintes, l'âge de soixante-trois ans au moment de la décision contestée du 10 septembre 2015 et le manque de compétences particulières énoncées par la jurisprudence pour mener à bien ce genre de démarche.

Le rapport susmentionné portait sur une réadaptation musculo-squelettique stationnaire du 4 au 30 juin 2019. Y figuraient les diagnostics principaux de micro-discectomie en C5-C6 avec foraminotomie en C6 et spondylodèse vertébrale le 13 juin 2016, d'accident de la voie publique à haute cinétique avec « whiplash » en 1998, de cervico-brachialgie chronique avec discopathie, de tendinite de « De Quervain » bilatérale, de névralgie d'Arnold, de vertiges avec syncope et suspicion d'insuffisance vertébro-basilaire, d'anosmie et d'agueusie post-traumatiques, de dorso-lombalgie chronique avec discopathie en L4-L5 et L5-S1, d'arthropathie de la hanche gauche et de tendinopathie de la coiffe des rotateurs des deux côtés. Il était indiqué en outre qu'en raison de troubles sensitifs péribuccaux sous forme d'hypoesthésies, qui faisaient suite à une probable poussée d'herpès labial, un avis avait été pris en urgence auprès du neurologue de garde de H _____ . Celui-ci avait recommandé la réalisation d'une IRM cérébrale dans la semaine, laquelle n'avait pas montré de lésion vasculaire ou expansive.

Le 8 octobre 2019, l'intimé a écrit n'avoir rien à ajouter à la motivation du prononcé entrepris. Il a uniquement rappelé que le juge des assurances sociales examinait les faits existant à la date de la décision litigieuse et que les faits postérieurs à celle-ci devaient en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative.

Dans ses ultimes remarques du 30 janvier 2020, la recourante a fait valoir qu'en considération des problèmes cervicaux opérés en 2016, mais sans amélioration réelle, de l'impossibilité des mouvements de la tête, des chutes à répétition, des douleurs cervicales et scapulaires ainsi qu'au membre supérieur droit, de la grave atteinte au moral consécutive à toutes ces affections physiques et de l'âge avancé, il s'imposait de reconnaître une invalidité totale dès 2013 au moins. Elle a déposé, en résumant leur teneur, diverses attestations médicales, notamment :

- Les réponses du 2 mai 2014 du Dr JJ _____, généraliste, au précédent mandataire de l'assurée, mentionnant sous la question des troubles physiques présentés une tendomyose cervico-scapulaire, une névralgie cervico-brachiale droite et des malaises hypotensifs sur insuffisance vertébro-basilaire aux mouvements de la tête (figurant également sous pièce 138).
- Les réponses du 6 mai 2014 du Dr KK _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, à ce même mandataire, faisant état d'une protrusion discale en C5-C6 avec troubles dégénératifs, de douleurs aux deux épaules sur tendinopathie des coiffes des rotateurs et de chutes à répétition d'origine indéterminée (figurant également sous pièce 145).
- Des certificats rédigés les 23 et 24 novembre 2017, dans lequel la Dresse LL _____, généraliste, a énuméré les diagnostics de cervicalgies chroniques sur hernie discale en C5-C6, compression du nerf au niveau de C6 à droite, ostéophytose sévère en C5-C6 avec compression de la moelle épinière, neurolyse de C6 à droite et instabilité en C5-C6, ayant nécessité une décompression et une spondylodèse en C5-C6 ventrale avec pose d'une cage en juin 2016, de tendinopathie des coiffes des rotateurs bilatérales, de dorso-lombalgies chroniques sur discopathies étagées au niveau dorsal ainsi qu'en L4-L5 et L5-S1, de syndrome douloureux de l'hémicorps droit, de périarthropathie de la hanche gauche, de vertiges avec malaises hypotensifs sur insuffisance vertébro-basilaire avec chutes – la dernière chute datant du 7 novembre 2017 –, d'anosmie et d'agueusie post-traumatiques et de souffrance psychologique.
- Un rapport du 27 décembre 2019 établi en relation avec une demande de seconde opinion en vue d'une intervention aux niveaux cervical, thoracique et lombaire, dans lequel le Dr MM _____, médecin-chef du Service de neurochirurgie de H _____, s'est référé à l'imagerie effectuée en octobre 2019. Ce spécialiste a constaté des troubles dégénératifs débutants au niveau L4-L5, une discopathie en D11-D12 et un syndrome infra-fusionnel en C6-C7 avec hernie discale médiane et médio-latérale droite pouvant irriter le départ de la racine C7 et ainsi expliquer une partie des douleurs. Il a évoqué une infiltration de la racine au niveau L4 à droite et préconisé un électroneuromyogramme (ci -après : ENMG) pour établir l'atteinte de la racine au niveau C7.

- Un compte-rendu, par le Dr O _____, d'une consultation de contrôle du 8 janvier 2020, à teneur duquel la patiente continuait à présenter des vertiges associés à des céphalées ainsi que des sensations de fourmillement à l'hémiface et à l'hémicorps droit, l'ultrason cardiaque avait objectivé une insuffisance aortique de grade un sur quatre et la mesure de la tension artérielle avait mis en évidence plusieurs passages en hypotension.
- Une attestation écrite le 27 janvier 2020 par le Dr GG _____, généraliste, mentionnant chez sa patiente des douleurs cervico-scapulaires à la suite d'un accident de la circulation avec mécanisme de type « coup du lapin » en mai 1998, des cervicarthroses et discopathies ayant motivé une cure chirurgicale en 2016 ainsi que des troubles mal systématisés sous forme de malaises avec hypotension et de vertiges sur probable psycho-syndrome post-traumatique avec importante somatisation.

L'intimé a souligné, le 25 février 2020, que parmi les derniers rapports médicaux produits, ceux antérieurs à la décision attaquée figuraient déjà au dossier d'assurance-invalidité, qu'ils avaient été examinés soit par le SMR soit par les experts du V _____ et qu'au sujet de ceux postérieurs à ladite décision, il était renvoyé à l'écriture du 8 octobre 2019.

Par courrier du 25 mars 2020, la caisse de pension compétente a répondu qu'elle se ralliait aux conclusions de l'Office AI, sans autres remarques particulières.

L'échange d'écritures a été clos le 1^{er} avril 2020.

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 du 6 octobre 2000 (LPGA) s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26*bis* et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Posté le 8 novembre 2018, le présent recours contre la décision du 5 octobre précédent, reçue le 11 octobre 2018 par le précédent mandataire de la recourante, a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA, art. 69 al. 1 let. a LAI et art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres

conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

Au 1^{er} janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux règles de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue avant le 1^{er} janvier 2022 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et 138 V 176 consid. 7.1, arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

2.1 Le présent litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'Office AI a, par décision du 5 octobre 2018, nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, en se fondant plus particulièrement sur le rapport d'expertise du 11 juillet 2018 et les diverses appréciations de son service médical.

La décision précitée expose déjà les exigences jurisprudentielles qu'un rapport médical ou une expertise doivent remplir afin de revêtir pleine valeur probante. Il convient ainsi de s'y référer.

2.2.1 Comme retenu par le SMR dans les rapports correspondants des 25 juillet (pièce 249) et 1^{er} octobre 2018 (pièce 258) puis repris par l'Office AI dans la décision querellée, le rapport d'expertise du V _____, établi le 11 juillet 2018 (pièces 246 à 248), répond en tous points aux conditions jurisprudentielles de valeur probante d'une appréciation médicale. Le contexte de cette expertise a été exposé au début du rapport, dans les motifs et circonstances de l'expertise. Les deux experts se sont fondés sur une anamnèse complète, reproduite sur plus de quinze pages sous la rubrique « synthèse du dossier ». Sous l'angle somatique, neuf rapports médicaux supplémentaires ont été recueillis. Chaque expert a procédé à un examen dans sa spécialité, en recueillant à cette occasion les indications fournies spontanément ou sur demande par l'assurée. Chacun a ensuite posé les diagnostics spécifiques à son domaine, procédé à une évaluation médicale et médico-assurantielle séparée et répondu aux questions sur la base de ses constatations spécialisées (pièces 246 et 248). Les deux experts ont finalement mis en commun les résultats de leurs investigations respectives dans le cadre d'une évaluation consensuelle claire, cohérente et motivée (pièce 247).

Dans son avis du 1^{er} octobre 2018, le Dr Y _____ a répondu de manière pertinente (pièce 258) aux critiques formulées le 11 septembre précédent par l'assurée au sujet du

rapport d'expertise du V _____. Selon ces réponses, l'expert-rhumatologue a effectivement relevé de nombreuses discordances au cours de son examen et les éclaircissements auxquels il a procédé étaient suffisants pour étayer ses conclusions et répondre aux questions posées (pièce 246). Quant au seul diagnostic psychiatrique retenu et estimé non incapacitant par le spécialiste du V _____, il a été motivé à satisfaction de droit, en particulier sur la base d'une l'analyse des indicateurs instaurés par la jurisprudence topique (pièce 248). A noter qu'une telle analyse avait déjà été effectuée, le 27 novembre 2017, dans le cadre du volet psychiatrique de l'expertise auprès de T _____ (pièce 229).

2.2.2.1 En procédure judiciaire, la recourante n'a plus formellement contesté la pleine valeur probante du rapport d'expertise bi-disciplinaire du 11 juillet 2018. Déposant en la présente cause de nombreuses pièces médicales, elle s'est bornée à faire valoir que celles-ci avaient révélé des problèmes neurologiques qui n'étaient pas nouveaux mais qui n'avaient pas été décelés précédemment ou qui avaient été pratiquement passés sous silence, voire attribués à des aspects psychiques. Elle en a déduit que son état de santé catastrophique, ainsi que son âge avancé et son manque de compétences en vue d'une auto-réadaptation, excluaient une capacité de travail entière dans toute activité légère et adaptée et justifiaient une invalidité totale, donc l'octroi d'une rente entière, dès 2013 au moins.

La Cour a toutefois peine à déterminer quels sont les problèmes neurologiques en question. Comme relevé à juste titre par le médecin du SMR dans son avis du 5 juin 2019, les cervico-dorso-lombalgies étaient loin d'être nouvelles et les expertises neurologiques, de même que les EMG pratiqués à plusieurs reprises, n'avaient pas permis d'établir une atteinte correspondante. Les diagnostics y relatifs, complétés parfois par les mentions de syndrome, névralgie ou tendomyogélose cervico-brachial(e), de tendomyose ou douleurs cervico-scapulaire(s), d'hémi-syndrome droit ou encore de céphalées, qui ressortent des différentes pièces médicales produites par la recourante en procédure judiciaire (cf. réponses respectives des Drs JJ _____ et KK _____ des 2 et 4 mai 2014, lesquelles figuraient déjà sous les pièces 138 et 145, certificat de la Dresse LL _____ du 24 novembre 2017, attestation du Dr O _____ du 12 mars 2018, rapport provisoire de la Clinique de CC _____ du 26 octobre 2018, certificat du Dr GG _____ du 28 mars 2019, rapport de la Clinique de HH _____ du 16 août 2019, rapport du Dr MM _____ du 27 décembre 2019, compte-rendu du Dr O _____ du 8 janvier 2020 et attestation du Dr GG _____ du 27 janvier 2020), ont en effet déjà été relevés et évalués, non

seulement dans le rapport d'expertise du V _____ du 11 juillet 2018 (pièces 246 et 247), mais également dans ceux du Dr A _____ des 24 janvier 2000 (pièce 281, pages 1218 à 1236) et 9 juillet 2001 (pièce 281, pages 1208 et 1215), de la Dresse D _____ du 19 septembre 2005 (pièce 18), du Dr E _____ du 20 février 2007 (pièce 75), du Dr A _____ du 5 juillet 2007 (pièce 84), de la Dresse F _____ du 11 janvier 2010 (pièce 108), du Dr G _____ du 5 mars 2010 (pièce 221), du Dr E _____ des 4 décembre 2012 (pièce 118) et 25 février 2014 (pièce 221, page 766 et 767), du Dr L _____ des 17 mars 2014 (pièce 135) et 9 mars 2015 (pièce 156), du Dr M _____ du 1^{er} octobre 2014 (pièce 135), des neurologues des P _____ du 18 février 2016 (pièce 184), de la Dresse S _____ des 13 et 17 juin 2016 (pièce 194, pages 661 à 665) et du Dr Y _____ du 25 juillet 2018 (pièce 249).

Au demeurant, ce dernier médecin a pertinemment souligné, en date du 5 juin 2019, que plusieurs expertises neurologiques avaient été pratiquées, de même que des EMG, sans permettre d'établir une atteinte correspondante. Il en a déduit que l'EMG préconisé le 29 avril précédent par la Dresse S _____, qui ne disposait pas de l'ensemble de l'anamnèse, n'allait pas apporter d'élément objectif et significatif nouveau. Un examen d'expertise avec EEG a effectivement été pratiqué le 9 décembre 1999 par le Dr A _____, spécialiste en neurologie. Celui-ci a rapporté que les résultats des tests électro-physiologiques s'étaient révélés superposables à ceux effectués le 23 juin 1998 par un confrère neurologue. Il a posé le diagnostic principal de status après TCC mineur et distorsion cervicale simple le 11 mai 1998 (pièce 281, pages 1218 à 1236). Selon le compte-rendu rédigé le 20 février 2007 par le Dr E _____, l'examen électro-clinique avec EMG pratiqué la veille n'avait pas montré de déficit sensitivo-moteur, ni d'altération des réflexes myotatiques aux quatre membres, ni d'atteinte radiculaire irritative ou déficitaire, tant à l'étage cervical que lombo-sacré (pièce 75). Dans son rapport adressé le 5 juillet 2007 à l'Office AI, le Dr A _____ a indiqué avoir procédé à un EMG dans le cadre de son expertise. Il a ajouté qu'hormis quelques troubles non incapacitants de cet ordre, il n'avait trouvé aucun signe d'autre atteinte neurologique significative, notamment pas d'élément en faveur d'une atteinte radiculaire des membres supérieurs et inférieurs, médullaire et encéphalique (pièce 84). Le 11 janvier 2010, la Dresse F _____ a signalé une aggravation des troubles de sa patiente depuis octobre 2009. Elle a précisé que lesdits troubles n'avaient pas été confirmés par le Dr E _____, qui les avait attribués principalement à un syndrome fibromyalgique et qui avait retrouvé à l'examen neurographique une discrète neuropathie d'enclavement bilatéral du nerf médian au tunnel carpien (pièce 108). Ce neurologue a, dans ses

courriers des 4 décembre 2012 (pièce 118) et 25 février 2014 (pièce 221, pages 766 et 767), spécifié que les résultats des examens respectifs de la veille étaient dans les limites de la norme, en l'absence de syndrome vestibulaire ou cérébelleux, d'ataxie proprioceptive et de signe de radiculopathie cervicale irritative ou déficitaire. Même les spécialistes des P _____, mandatés par l'assurée elle-même, n'ont pas retenu d'atteinte neurologique objective dans leur rapport d'expertise privée du 18 février 2016 (pièce 184). Tel était également le cas du Dr AA _____, neurologue traitant, dans son certificat du 11 juin 2018 (pièce 255, page 1047). Tombe donc à faux le reproche formulé par la recourante dans ses écritures des 13 mai et 12 septembre 2019, selon lequel l'EMG, préconisé le 29 avril 2019 par la Dresse S _____ et à son avis indispensable, n'avait pas été effectué.

2.2.2.2 Dans sa prise de position du 5 juin 2019, le médecin du SMR a également fait remarquer que le diagnostic d'insuffisance vertébro-basilaire avait été maintes fois évoqué et discuté en relation avec les malaises signalés par l'assurée mais qu'en 2014 déjà, le Dr N _____, cardiologue, avait souligné l'absence de pathologie cardiaque susceptible d'expliquer les symptômes et d'être à l'origine d'une incapacité de travail. La recourante a répliqué à cet égard, dans ses observations du 12 septembre 2019, que le diagnostic d'insuffisance vertébro-basilaire n'avait pas seulement été évoqué et discuté mais, selon l'avis du Dr O _____, avait désormais été clairement posé. Elle a déploré également que ses problèmes d'équilibre et de chute, qui ne pouvaient pas être volontaires ou simulés, n'aient pas été mentionnés parmi les diagnostics incapacitants.

La mention d'insuffisance vertébro-basilaire, en lien avec des vertiges après extension de la tête et parfois accompagnés de syncopes hypotensives, des malaises hypotensifs, des chutes à répétition, des sensations de faiblesse ou de dissociation du corps, une vision en tunnel avec un voile noir devant les yeux ou des pertes de connaissance, figure dans tous les documents médicaux déposés par la recourante en la présente cause, sauf dans les comptes-rendus des radiographies du pouce gauche du 8 janvier 2019 ainsi que de la consultation du lendemain chez le Dr DD _____ et dans le rapport du Dr MM _____ du 27 décembre 2019. Une incapacité de travail clairement attestée à cause de ces symptômes ne ressort toutefois pas de ces documents. Il a en revanche été relevé, dans le rapport provisoire de la Clinique de CC _____ du 26 octobre 2018, que durant ces épisodes de vertiges et de sensations de faiblesse, les paramètres vitaux étaient normaux et qu'aucune indication pour un vertige positionnel n'avait été mise en évidence. Ces différents symptômes ont néanmoins déjà été signalés avant la décision querellée du 5 octobre 2018 (cf. rapports oto-neurologiques des

Drs I _____ du 18 janvier 2013 [pièce 131, pages 329 et 330] et K _____ des 10 mars 2014 [pièce 138, page 387] puis 1^{er} septembre 2015 [pièce 221, page 770] ; rapports cardiologiques du Dr N _____ du 9 décembre 2014 [pièce 155] et du Dr O _____ du 2 juin 2015 [pièce 166] ; rapport d'expertise du V _____ du 11 juillet 2018 [pièces 246 et 247] ; rapport du Dr AA _____ du 11 juin 2018 [pièce 255, page 1047] ; rapports du Dr Y _____ des 25 juillet [pièce 249] et 1^{er} octobre 2018 [pièce 258] ; rapport de physiothérapie du 10 septembre 2028 [pièce 255, page 1046]). Le diagnostic d'insuffisance vertébro-basilaire censé expliquer lesdits symptômes a parfois été qualifié de possible (cf. rapport d'expertise neurologique privée des P _____ du 18 février 2016 [pièce 184]) ou de probable (cf. rapport du Dr M _____ du 1^{er} octobre 2014 [pièce 153]), parfois été expressément retenu (cf. rapports du Dr L _____ du 17 mars 2014 [pièce 135] et du 9 mars 2015 [pièce 156] ; rapport du Dr O _____ du 2 juin 2015 [pièce 166]) mais n'a jamais conduit les différents médecins à retenir une incapacité de travail à ce titre, en tout cas pas dans une activité adaptée.

2.2.2.3 Pour ce qui a trait aux autres affections physiques ressortant des pièces produites par la recourante en procédure judiciaire, la rhizarthrose gauche mentionnée dans les résultats des radiographies de l'articulation trapézo-métacarpienne du pouce gauche pratiquées le 8 janvier 2019 et le rapport établi le lendemain par le Dr DD _____ a déjà été rapportée le 1^{er} octobre 2014 par le Dr M _____. Dans le cadre de l'expertise demandée par l'Office AI, ce spécialiste en chirurgie orthopédique a alors même fait état d'une rhizarthrose bilatérale (pièce 153), à l'instar des neurologues des P _____ dans leur rapport d'expertise privée du 18 février 2016 (pièce 184), de l'expert-rhumatologue du V _____ dans le rapport d'expertise adressé le 11 juillet 2018 à l'Office AI (pièces 246 et 247) et du médecin du SMR dans son rapport final du 25 juillet 2018 (pièce 249).

L'arthropathie de la hanche gauche et la tendinopathie de la coiffe des rotateurs des deux côtés, figurant parmi les diagnostics énumérés dans le certificat de la Dresse LL _____ du 23 novembre 2017, le rapport provisoire de la Clinique de CC _____ du 26 octobre 2018 et la lettre de sortie de la Clinique de HH _____ du 16 août 2019, ou dans les réponses du Dr KK _____ du 6 mai 2014 en ce qui concerne des douleurs aux épaules sur tendinopathie des coiffes des rotateurs, ont aussi été évoquées antérieurement. Dans sa première demande de prestations du 3 août 2005, l'assurée a signalé des douleurs à l'épaule (pièce 3). Le Dr M _____ a classé une périarthrite de la hanche gauche parmi les diagnostics incapacitants qu'il a retenus

dans son rapport d'expertise du 1^{er} octobre 2014 (pièce 153). Les spécialistes des P _____ en ont fait de même dans leur rapport d'expertise neurologique privée du 18 février 2016 (pièce 184).

A noter enfin que des troubles au niveau du tunnel carpien n'ont plus été signalés dans les pièces médicales versées en la présente cause, alors que dans ses appréciations des 24 janvier 2000 (pièce 281, pages 1218 à 1236) et 5 juillet 2007 (pièce 84), le Dr A _____ a retenu un syndrome du tunnel carpien droit puis un probable discret syndrome du tunnel carpien des deux côtés. Quant à la Dresse F _____, elle a rapporté, le 11 janvier 2010, une discrète neuropathie d'enclavement bilatéral du nerf médian au tunnel carpien, retrouvé à l'examen neurologique par le Dr E _____ (pièce 108).

2.2.2.4 Des éléments d'ordre psychique, ou à tout le moins non organiques, ont en revanche été évoqués dans lesdites pièces. Il a été question de surcharge psychosociale dans le rapport provisoire de la Clinique de CC _____ du 26 octobre 2018. En dates des 28 mars 2019 et 27 janvier 2020, le Dr GG _____ a fait mention d'un syndrome psycho-organique post-traumatique avec importante somatisation et dans son certificat du 23 novembre 2017, la Dresse LL _____ de souffrance psychologique. Dans ses ultimes remarques du 30 janvier 2020, la recourante a allégué être gravement atteinte dans son moral en raison de tous les troubles physiques dont elle souffrait.

Ces éléments étaient une fois de plus connus avant la présente procédure. Un état anxio-dépressif modéré au décours a été relevé les 24 janvier 2000 (pièce 281, pages 1218 à 1236) et 5 juillet 2007 (pièce 84) par le Dr A _____. Dans son rapport du 20 février 2007, le Dr E _____ a fait état d'une problématique socio-professionnelle difficile et d'un sentiment de préjudice subi lors d'un accident de la circulation plusieurs années auparavant (pièce 75). Il a ajouté, le 4 décembre 2012, que la problématique de la patiente résidait dans le fait que celle-ci restait centrée sur les douleurs rachidiennes ainsi que leur retentissement au quotidien et au niveau professionnel (pièce 118). En date du 18 février 2016, les neurologues des P _____ ont diagnostiqué un probable trouble fonctionnel/somatoforme dont l'impact sur la capacité de travail nécessitait une évaluation par un psychiatre expérimenté (pièce 184). Ce diagnostic n'a pas été confirmé lors de l'examen psychiatrique effectué le 27 novembre 2017 au T _____, aucun trouble psychique n'ayant été retenu dans le cadre de cette expertise (pièce 229). Il en est allé de même à l'issue de l'expertise bi-disciplinaire auprès du V _____, puisque seul le diagnostic de probable majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans influence sur la capacité de travail, a été posé par l'expert-

psychiatre dans le rapport correspondant du 11 juillet 2018 (pièces 247 et 248). Ce diagnostic psychiatrique non incapacitant a été repris dans le rapport final du SMR, daté du 25 juillet 2018 (pièce 249). Le neurologue traitant a également souligné, dans son certificat du 10 septembre 2018, la présence claire de manifestations fonctionnelles ainsi que la déception de sa patiente de ne pas avoir été reconnue sur le plan assécurologique au fil du temps (pièce 255, page 1047). Le Dr Y _____ du SMR a néanmoins fait remarquer, dans son avis du 5 juin 2019, que le syndrome psycho-organique post-traumatique évoqué par le Dr GG _____ n'avait pas été mis en évidence lors de l'expertise du V _____.

2.2.3 Des affections nouvelles ressortent par contre des documents médicaux joints aux écritures judiciaires.

Dans ses rapports des 21 février et 29 avril 2019, la Dresse S _____ a écrit avoir remarqué une protrusion discale débutante en C4-C5 et suspecté une instabilité épi-fusionnelle au même niveau sur l'IRM cervicale du 12 juillet 2018 et les radiographies de la colonne cervicale du 3 septembre suivant. Une hyporéflexie de l'oreille droite à l'examen calorique a été signalée dans le compte-rendu, daté du 20 mars 2019, portant sur la consultation d'oto-rhino-laryngologie du 6 février précédent auprès du service spécialisé de H _____. Selon les indications du Dr I _____ du 18 janvier 2013 (pièce 131, pages 329 et 330) et celles de la Dresse K _____ du 1^{er} septembre 2015 (pièce 221, page 770), ce même examen s'était précédemment révélé normal. Une tendinite de « De Quervain » bilatérale, une névralgie d'Arnold et des troubles sensitifs péri-buccaux sous forme d'hypoesthésies, sans lésion vasculaire ou expansive à l'IRM cérébrale, ont été relevées pour la première fois dans le rapport de la Clinique de HH _____ du 16 août 2019. Se référant à l'imagerie effectuée en octobre 2019, le Dr MM _____ a enfin constaté, le 27 décembre suivant, la présence d'un syndrome infra-fusionnel en C6-C7 avec hernie discale médiane et médio-latérale droite, susceptible d'irriter le départ de la racine C7 et ainsi d'expliquer une partie des douleurs.

Au chapitre des manifestations psychiques, un trouble anxieux avec palpitations et pré-syncope figure au nombre des diagnostics posés dans le rapport provisoire de la Clinique de CC _____ du 26 octobre 2018, au titre d'origine éventuelle de la symptomatique en sus des atteintes physiques existantes. Un trouble de cet ordre n'a cependant pas été objectivé antérieurement, que ce soit dans le cadre de l'expertise psychiatrique au T _____ ou au V _____.

Comme invoqué à juste titre par l'intimé dans ses communications des 8 octobre 2019 et 25 février 2020, ces faits postérieurs à la décision querellée du 5 octobre 2018 doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative. De plus et surtout, étant survenus après l'âge légal de la retraite de l'assuré le 7 octobre 2016 (pièce 4, page 14), ils ne concernent plus l'assurance-invalidité.

2.2.4 Au vu de tout ce qui précède, la recourante n'a pas apporté d'élément propre à mettre en doute l'entière valeur probante des conclusions émises par les deux experts du V _____ en date du 11 juillet 2018, aux termes desquelles celle-ci dispose d'une pleine capacité de travail dans l'activité exercée en dernier lieu d'animatrice dans un home pour personnes âgées, qui est adaptée à sa situation médicale, ainsi que dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles décrites. Toujours d'après lesdites conclusions, la capacité physique d'autonomie de l'assurée dans ses activités quotidiennes est en outre préservée (pièces 246 et 247).

Dans son rapport final du 25 juillet 2018 (pièce 249) puis son avis du 5 juin 2019, le médecin du SMR a repris ces conclusions fiables et fondées et retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 29 juin 2007 au plus tard, voire depuis le 1^{er} août 2004, hormis du 10 août au 1^{er} octobre 2006 où cette capacité était nulle puis du 2 octobre 2006 au 28 juin 2007 où elle était de 50%.

3.1 Le moment auquel la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite doit être examinée est celui auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible (ATF 138 V 457 consid. 3.3, précision de jurisprudence ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_673/2018 du 4 juillet 2019 consid. 2.2 cité par la recourante, 8C_759/2018 du 13 juin 2019 consid. 7 paru *in* SVR 2020 IV Nr. 5 et 9C_505/2016 du 6 juillet 2017 consid. 4.1 ; voir également l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 293/05 du 17 juillet 2006 consid. 5.2.2).

De plus, le Tribunal fédéral a fait allusion au seuil des soixante ans en tant qu'âge avancé correspondant au moment approximatif à partir duquel il convient de se poser la question de savoir si, compte tenu des autres circonstances du cas particulier, il existe encore une possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur le marché concret et non plus équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_497/2020 du 25 juin 2021 consid. 5.2.2 paru *in* SVR 2021 IV Nr. 77).

3.2 Dans sa réplique du 12 septembre 2019, la recourante a argué qu'à la lumière de la jurisprudence relative à l'exigibilité, exceptionnelle, d'une réadaptation par soi-même de

la part d'assurés âgés, une telle auto-réadaptation n'entraîne pas en ligne de compte dans son cas, étant donné ses multiples atteintes, ses soixante-trois ans au moment de la décision contestée du 10 septembre 2015 et son manque de compétences particulières énoncées par la jurisprudence pour mener à bien ce genre de démarche.

Dans le cadre du présent litige, le moment auquel il a été constaté que l'assurée était en mesure d'exercer une activité lucrative adaptée à plein temps coïncide non pas avec la décision du 10 septembre 2015 (pièce 107), laquelle a du reste été annulée par le jugement de la Cour de céans du 16 août 2017 (pièce 216), mais avec le rapport final du SMR du 25 juillet 2018 (pièce 249) qui a servi de base à la décision entreprise du 5 octobre suivant. Ce rapport est ainsi postérieur à l'âge légal de la retraite de la recourante qui était alors âgée de presque soixante-six ans (pièce 4, page 14). La jurisprudence invoquée par celle-ci pour justifier l'inexigibilité d'une auto-réadaptation dans une activité adaptée et une invalidité totale dès 2013 au moins ne lui est ainsi d'aucun secours.

Comme rappelé ci-dessus, le médecin du SMR a conclu, dans le rapport final précité, à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 29 juin 2007 au plus tard, voire depuis le 1^{er} août 2004 (pièce 249). À noter au passage qu'une telle exigibilité ressortait déjà du rapport final établi le 9 mars 2015 par le SMR (pièce 156). Or, à ces dates des 29 juin 2007 et 1^{er} août 2004, l'assurée allait sur ses cinquante-cinq, respectivement cinquante-deux ans (pièce 4, page 14) et n'avait donc pas atteint le seuil des soixante ans évoqué par le Tribunal fédéral. Il était alors réaliste d'exiger de sa part de retrouver par elle-même un emploi adapté à plein temps, ce d'autant plus que l'activité antérieure d'animatrice auprès de personnes âgées, dans laquelle la recourante a été réadaptée en 2006 par l'Office AI (pièce 40), a été jugée adaptée à ses limitations fonctionnelles par les experts du V _____, dans leur rapport du 11 juillet 2018 (pièces 246 et 247).

4.1 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).

Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'article 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'alinéa 2 pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative

ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (art. 28a al. 3 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021 ; le chiffre I de la loi fédérale du 19 juin 2020 [Développement continu de l'AI], en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 [RO 2021 705 ; FF 2017 2363], n'a apporté que des modifications rédactionnelles mineures à cette disposition).

Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'article 16 LPGA, étant entendu que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps ; la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (art. 27^{bis} al. 3 let. a et b RAI, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021 ; la nouvelle teneur de l'article 27^{bis} RAI selon le chiffre I de l'ordonnance du 3 novembre 2021, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 [RO 2021 706], n'a pas apporté de modification matérielle au calcul du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel).

De jurisprudence constante, ce sont les circonstances prévalant au moment du début le plus précoce possible du droit à la rente qui sont déterminantes pour la comparaison des revenus. S'il est fait application des salaires ressortant des tables, les données statistiques les plus récentes doivent en principe être utilisées. Il ne s'agit donc pas là des valeurs des tables les plus récentes au moment de la décision en général, mais des données publiées les plus récentes au moment de la décision, par rapport au moment du début du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_202/2021 du 17 décembre 2021 consid. 6.2 et les références, paru *in* SVR 2022 IV Nr. 23).

4.2 Selon les indications fournies le 15 septembre 2005 par l'ex-employeur de l'assurée dans le questionnaire correspondant, celle-ci a été employée du 10 décembre 2001 au 30 septembre 2004 auprès du home pour personnes âgées en question, à raison de trente-quatre heures par semaine sur les quarante-deux heures et demie constituant l'horaire de travail de l'entreprise pour un plein temps (pièce 16). Ce taux d'occupation correspondant à 80%, le degré d'invalidité de la recourante doit être calculé selon la méthode dite mixte pour les assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel, telle que réglée aux articles 28a alinéa 3 LAI et 27^{bis} RAI. Dans la part de 20% dévolue en l'espèce à l'accomplissement des travaux habituels, le taux d'invalidité est toutefois de 0%. Il ressort en effet des conclusions probantes émises 11 juillet 2018 par les experts du V _____ que la capacité physique d'autonomie de l'assurée dans ses activités

quotidiennes était préservée et qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique (pièces 246 à 248).

En vertu des articles 28 alinéa 1, en particulier de la lettre b de cet alinéa, et 29 alinéa 3 LAI, le droit éventuel à une rente d'invalidité existe *in casu* au plus tôt à l'issue du délai d'attente d'une année depuis l'incapacité de travail alléguée dans la troisième demande de prestations du 23 décembre 2013 (pièce 119), soit dès le 1^{er} décembre 2014. Dans la décision attaquée du 5 octobre 2018, l'Office AI a donc effectué à juste titre la comparaison des revenus sur la base des chiffres prévalant en 2014. Pour déterminer le revenu d'invalidité, il s'est néanmoins fondé sur le salaire statistique topique figurant dans l'ESS 2010 qu'il a ensuite adapté à l'évolution nominale des salaires jusqu'en 2014. Or, l'ESS 2014 a été publiée sur le site internet de l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) le 15 avril 2016. C'est donc à cette version-là de l'ESS qu'il convient de se référer. D'autre part, compte tenu du caractère adapté de l'activité antérieure d'animatrice auprès de personnes âgées, exigible à plein temps, il y a effectivement lieu, comme l'a fait l'intimé dans la décision entreprise, de prendre en considération le salaire statistique relatif à ce type de travail, sans y appliquer d'abattement.

Le revenu d'invalidité pour l'année 2014 se calcule dès lors comme suit : 5168 fr. (ESS 2014, table TA1_tirage_skill_level « salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétences et le sexe – secteur privé », branche économique 86-88 « santé humaine et action sociale », niveau de compétences 2 « tâches pratiques telles que les soins notamment », femmes) : 40 x 41.6 heures par semaine (site internet de l'OFS, onglets : « trouver des statistiques », « travail et rémunération », « statistique de la durée normale du travail dans les entreprises [DNT] », tableau « durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine », année 2014, secteur 87 « hébergement médico-social et social ») = 5374 fr. 72 x 12 = 64 496 fr. 64.

Quant au revenu sans invalidité, il doit être fixé en référence aux informations concrètes données par l'ex-employeur dans le questionnaire précité, soit 3194 fr. 70 par mois en 2005, treize fois l'an (pièces 16 et 279, pages 1126, 1127 et 1141) = 41 531 fr. 10, adapté à l'évolution nominale des salaires jusqu'en 2014 (site internet de l'OFS, onglets : « trouver des statistiques », « travail et rémunération », « salaires, revenu professionnel et coût du travail », tableau T39 « évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2015 », salaires nominaux, variation par rapport à l'année précédente, femmes : 1.3% en 2006, 1.5% en 2007, 1.8% en 2008, 2.1% en 2009, 1.1% en 2010, 1% en 2011 et 2012, 0.7% en 2013 et 1% en 2014) =

46 555 fr. 09. Conformément à l'article 27^{bis} alinéa 3 RAI, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021, ce salaire correspondant à un taux d'activité de 80% doit être extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps, ce qui donne un montant de 58 193 fr. 86.

Le revenu d'invalidé de 64 496 fr. 64 est supérieur à celui de valide de 58 193 fr. 86, de sorte que le taux d'invalidité est également de 0% dans la part de 80% consacrée à l'exercice de l'activité lucrative.

Le calcul qui précède permet d'entériner le degré d'invalidité nul retenu par l'Office AI dans sa décision du 5 octobre 2018 et partant, le refus d'octroi d'une rente d'invalidité à l'assurée. En conséquence, le recours est rejeté et cette décision confirmée.

5.1 Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. en fonction de l'importance de la procédure (art. 61 let. a aLPGA, 83 LPGA et 69 al. 1^{bis} LAI), sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 1 al. 2, 81a al. 2 et 89 al. 1 LPJA) et compensés avec l'avance du même montant qu'elle a versée le 11 décembre 2018.

5.2 Eu égard à l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens à la recourante (art. 61 let. g LPGA *a contrario*), pas plus qu'à l'intimé (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

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

Sion, le 8 juin 2022