

S1 14 132

JUGEMENT DU 15 AVRIL 2015

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

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

en la cause

X_____, recourante, représentée par M_____

contre

Office cantonal AI du Valais, intimé

(art. 16 et 17 LPGA ; révision de rente, modification notable du taux d'invalidité,
rôle de l'expert médical)

Faits

A. X_____, née le xxx 1965, originaire de A_____, arrivée en Suisse en 1992, au bénéfice d'une autorisation de séjour B, a déposé une demande de prestations AI pour adultes le 2 avril 2004. Elle y a indiqué être en incapacité totale de travail depuis le 7 août 2002, alors qu'elle travaillait en tant que dame de buffet pour une durée déterminée à un salaire de 3050 fr. par mois (pièces 1-3, 2, 22-2 et 22-7 du dossier de l'assurance-invalidité, d'où toutes les pièces mentionnées ci-dessous sont tirées).

Dans son rapport final du 1^{er} septembre 2005, le Dr B_____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a repris les différentes constatations faites par ses collègues spécialistes en psychiatrie et en médecine physique et réhabilitation lors de leurs examens respectifs pratiqués au SMR le 30 août précédent (pièces 32-3, 32-6 et 32-10). Il a mentionné le diagnostic principal avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome pan-vertébral avec discopathie L5-S1 débutante, légère scoliose dorso-lombaire idiopathique, séquelles de Scheuermann et suspicion d'arthrose débutante rétro-patellaire bilatérale ainsi que le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant. Il a retenu, dès le 7 août 2002, une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle et, à compter du 17 décembre 2004, une capacité totale de travail avec un rendement de 50% dans une activité adaptée permettant l'alternance des positions assise et debout et excluant le port de charges de plus de dix kilos, les travaux lourds et la position en porte à faux du tronc. Il a précisé enfin que sur le plan psychiatrique, l'assurée présentait un syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique, que l'humeur dépressive, la fatigabilité et l'irritabilité faisaient partie intégrante de ce syndrome et que celui-ci ne justifiait pas par lui-même une incapacité de travail.

Selon l'avis émis le 18 novembre 2005 par le Service de réadaptation de l'Office AI, l'assurée était en mesure d'occuper des postes dans le conditionnement, l'assemblage manuel et la surveillance de chaînes de montage, de chaînes d'embouteillage ou de grands magasins (pièce 36).

Dans un prononcé daté du 23 novembre 2005, l'Office AI a refusé à l'assurée un reclassement au sens de l'article 17 LAI, en raison d'une capacité résiduelle de travail

dans une activité adaptée de 50% seulement, et lui a octroyé une aide au placement selon l'article 18 LAI (pièce 37).

Par décision du 19 juin 2006, l'Office AI a alloué à X_____ une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2003 au 31 mars 2005 puis un quart de rente, fondé sur un taux d'invalidité de 44%, dès le 1^{er} avril 2005 (pièce 64). Cette décision est entrée en force de chose décidée à la suite du retrait de l'opposition de l'assurée (pièces 76-3 et 77).

Le 25 janvier 2007, l'Office AI a admis l'opposition formée contre la décision de refus d'un reclassement rendue le 23 novembre 2005, annulé cette décision et transmis le dossier à son service de réadaptation pour nouvel examen du droit à un reclassement professionnel.

Dans son rapport du 18 avril 2007, dit service a retenu que les résultats très faibles des tests effectués excluaient toute formation, même pratique ou de courte durée, et qu'une aide au placement était préférable (pièce 82).

En date du 13 juin 2007, l'Office AI a formellement confirmé son projet de décision du 19 avril précédent (pièce 83) refusant à l'assurée un reclassement au sens de l'article 17 LAI et lui octroyant une aide au placement selon l'article 18 LAI (pièce 93).

Un stage d'orientation professionnelle selon l'article 15 LAI a été organisé du 16 juillet au 13 octobre 2007 auprès de C_____ (pièce 95). Il ressort du rapport correspondant établi le 23 octobre 2007 que X_____ était capable de produire un travail de qualité, que ses capacités d'autocontrôle lui permettaient d'effectuer du contrôle de qualité, que la mesure comprenait soixante-trois jours de travail à temps complet, que l'assurée n'en avait effectué que huit sans absences ni retards, qu'en période initiale, la présence de X_____ sur le lieu de travail correspondait à un 50% et qu'en période de production, avec un horaire adapté, la présence était de 35%. Il a été précisé à cet égard que les absences étaient dues aux visites médicales ainsi qu'aux douleurs situées en divers points du corps, à l'énorme fatigue, aux maux de tête et aux vertiges que l'assurée déclarait ressentir, qu'en période initiale, celle-ci arrivait systématiquement une heure à une heure et quart en retard le matin et régulièrement une heure en retard l'après-midi, qu'elle justifiait ces retards par le fait d'avoir besoin de temps pour se lever et se mettre en route le matin ainsi que pour se reposer durant la pause de midi et qu'en période de production, avec une adaptation de l'horaire, X_____ était ponctuelle. L'assurée a qualifié les limitations fonctionnelles d'importantes dans les mouvements des genoux, des hanches, du bas du dos et de la nuque ainsi qu'en positions assise et debout, alors que le maître socio-professionnel a

observé des limitations importantes au niveau de la nuque, légères en ce qui concernait les hanches, le bas du dos ainsi que les positions assise et debout et inexistantes dans les mouvements des genoux (pièce 98).

Selon le rapport final dressé le 21 décembre 2007 par le Service de réadaptation de l'Office AI (pièce 102) puis la communication du 2 janvier suivant (pièce 104), le mandat d'aide au placement a été clôturé d'un commun accord.

En se fondant sur l'avis du Dr B_____ du 26 juin 2009, selon lequel les documents médicaux récents n'apportaient aucun élément objectif rendant plausible une aggravation de l'état de santé de l'assurée (pièce 120-3), l'Office AI a informé celle-ci par communication du 2 juillet 2009 que le degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer le droit à la rente (pièce 122-2).

X_____ a obtenu la nationalité suisse dans le courant de l'année 2011 (pièce 125).

B. Le 1^{er} mars 2012, le Dr D_____, spécialiste en rhumatologie et médecin traitant, a écrit à l'Office AI que sa patiente l'avait récemment consulté pour une aggravation des douleurs lombaires avec blocages récidivants, qu'une IRM lombaire pratiquée le 13 février 2012 avait montré une augmentation de la taille de la protrusion discale foraminale inférieure gauche en L4-L5 ainsi qu'une protrusion versus hernie sous-ligamentaire médiane en L5-S1 (pièce 129).

X_____ a confirmé le 23 mars suivant que ce rapport médical pouvait être considéré comme une demande de réexamen de sa situation (pièce 131).

Dans un rapport du 3 avril 2012, le Dr D_____ a posé le diagnostic de syndrome lombaire chronique sur protrusion discale L4-L5 et protrusion versus hernie sous-ligamentaire médiane L5-S1 selon une IRM du 13 février précédent. Il a fait état de la persistance d'importantes douleurs lombaires accompagnées de blocages récidivant et irradiant sur le côté des cuisses ainsi que de gonalgies à caractère mécanique, plus marquées du côté droit. Il a exclu l'exercice d'une activité en circuit économique libre (pièce 137).

La Dresse E_____ du Centre de traitement de la douleur de l'Hôpital du Valais a répondu le 8 juin 2012 que la patiente lui avait été adressée à nouveau pour une récurrence de la lombalgie, irradiant dans la région trochantérienne et inguinale droite et rebelle au traitement conservateur. La Dresse E_____ a ajouté avoir mis en

évidence un dérangement articulaire de la charnière dorsolombaire et pratiqué une infiltration à ce niveau le 18 mai précédent (pièce 139-5). Elle a encore précisé le 22 novembre 2012 que l'examen physique ne montrait aucun trouble neurologique mais qu'il existait un déconditionnement musculaire de la région dorsolombaire (pièce 145).

Les médecins du SMR ont préconisé, en date du 10 janvier 2013, de mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire, rhumatologique et psychiatrique (pièce 149-2).

Dans son rapport du 30 janvier 2014, le Dr F _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué s'être entretenu avec X _____ le 22 novembre 2013 et lui avoir fait passer plusieurs tests psychométriques. Ce spécialiste n'a pas retenu de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail et a rapporté les diagnostics dénués d'une telle influence de trouble douloureux chronique associé à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale ainsi que d'alexithymie (pièce 156).

Le Dr G _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a examiné X _____ le 22 novembre 2013. Dans son rapport du 31 janvier suivant, il a posé le diagnostic principal d'hypercyphose de la charnière dorso-lombaire avec instabilité L1-L2 d'origine multifactorielle (cunéiformisation vertébrale sur séquelles de maladie de Scheuermann et probable surcharge professionnelle en antéflexion du tronc), entraînant des dorso-lombalgies chroniques constantes, entrecoupées d'épisodes de contracture plus ou moins importante de la musculature et pouvant induire des difficultés à se déplacer, ainsi que le diagnostic associé avec répercussion sur la capacité de travail de tendinite du moyen et du petit fessier, probablement sur aptotose de la coiffe des rotateurs de la hanche et mauvais appui d'utilisation des membres inférieurs en raison de la problématique rachidienne sus-jacente. Le Dr G _____ a indiqué que la plainte principale spontanément évoquée était une douleur dans la région de la charnière dorso-lombaire irradiant jusqu'au bassin, parfois dans tout le membre inférieur droit, et accompagnée d'un épisode de petit blocage environ une fois par semaine mais que des céphalées, des vertiges et des douleurs aux deux genoux n'étaient pas rapportés. Il a précisé également que le traitement consistait en des infiltrations du rachis, à trois reprises entre 2012 et 2013, des séances de physiothérapie deux fois par semaine, des consultations auprès d'un chiropraticien ainsi que du médecin traitant deux à trois fois par mois et une médication importante d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et d'antalgiques associés à un somnifère. Il a fixé à 100% l'incapacité de travail dans l'activité habituelle et à 50%, en théorie, la capacité de travail dans une activité

adaptée permettant une pause de cinq à vingt minutes toutes les une à deux heures, privilégiant la position semi-assise avec appui sur un établi ou un bureau et excluant le port de charges de plus de cinq kilos, le port fréquent de charges plus légères, les travaux lourds, la montée et la descente fréquentes d'escaliers ainsi que la marche ailleurs qu'en terrain plat. Ce médecin a toutefois mentionné que cette capacité de travail de 50% dans un emploi adapté était illusoire et correspondait à 0% en pratique compte tenu du rendement de 35% mis en évidence lors du stage effectué en 2007, lequel avait montré un absentéisme important dû à des épisodes de contracture musculaire ou à des rendez-vous médicaux nécessaires au maintien fragile de l'équilibre algique. Il a ajouté qu'il fallait tenir compte de la nécessité de suivre des traitements réguliers entraînant forcément un certain absentéisme ainsi que de la survenance inopinée de contractures musculaires plus ou moins importantes dues à l'instabilité en L1-L2, lesquelles étaient susceptibles de diminuer la concentration de l'assurée, d'atteindre son psychisme et de rendre les déplacements difficiles et qu'en conséquence, au vu de l'évaluation qui avait été faite dans un des centres reconnus par l'assurance-invalidité, il était quasiment impossible pour l'assurée de retrouver un travail (pièce 158).

En date du 12 février 2014, le Dr H_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation au SMR, s'est penché sur les rapports établis dans le cadre de l'expertise bi-disciplinaire diligentée. Il a fait remarquer que la découverte, le 13 février 2012, d'une protrusion discale paramédiane et latérale gauche au niveau L1-L2 sans conflit radiculaire et une protrusion discale médiane et paramédiane gauche en L4-L5 sans compression significative du sac dural constituait sur le plan formel une aggravation de l'état de santé mais que, comme d'ailleurs reconnu par le Dr G_____, cette péjoration n'avait pas d'influence directe sur la fonctionnalité du rachis lombaire de l'assurée ni sur les limitations fonctionnelles énumérées antérieurement. Après avoir souligné que la méthodologie employée et les résultats obtenus par le Dr G_____ étaient suffisamment détaillés pour être utilisés et considérés comme fiables et probants, le Dr H_____ a retenu que, dès le 17 décembre 2004, était exigible de X_____ l'exercice à 50% d'une activité adaptée en position semi-assise permettant un appui sur un bureau ou un établi, l'utilisation d'un fauteuil ou d'une chaise ergonomique offrant la possibilité de modifier les angles dorso-lombaire et lombo-sacré ainsi qu'une pause de cinq minutes environ toutes les heures et évitant les travaux lourds, le port répétitif de charges de plus de cinq à dix kilos ainsi que la montée et la descente fréquentes d'escaliers. Le médecin du SMR a ajouté que dans le cadre d'un stage, l'assuré n'avait effectivement pas démontré de possibilités de

rendement supérieures à 35%, qu'une telle limitation sans authentique explication médicale était probablement le frein le plus important à un reclassement professionnel réussi mais qu'il ne pouvait se rallier à la conclusion du Dr G_____, qui avait fait l'amalgame entre un rendement de 35% constaté lors d'un stage et une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée reconnue par ce même médecin (pièce 159-2).

Dans un projet de décision du 19 février 2014, l'Office AI a proposé de refuser l'augmentation du quart de rente d'invalidité versé. Il a relevé que, de l'avis de son service médical, une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée demeurait exigible depuis décembre 2004 et qu'il n'y avait pas d'élément médical nouveau susceptible de modifier le droit à la rente.

Dans un courrier du 17 mars 2014 complété le 5 mai suivant, X_____, représentée par M_____, a contesté ce projet de décision. Elle a conclu à l'octroi d'une rente entière sur la base de l'appréciation argumentée de sa capacité résiduelle de travail par le Dr G_____, avis qui ne pouvait être qualifié d'amalgame et qui avait d'ailleurs été jugé probant par le médecin du SMR.

Le 19 mai 2014, le Dr H_____ a encore précisé qu'à l'issue de l'examen d'expertise du 22 novembre 2013, le Dr G_____ avait retenu une capacité théorique de travail de 50% dans une activité adaptée, que le rôle du médecin consistait à déterminer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles dans les activités habituelles et adaptées et que le fait de se référer purement et simplement à une constatation non médicale d'un rendement de 35% rapportée à l'issue d'un stage datant de plus de six ans et d'en déduire l'impossibilité pour l'assurée de retrouver un travail sortait donc du champ de compétence de l'expert médical (pièce 173-2).

Reprenant ces arguments, l'Office AI a, par décision du 4 juin 2014, fixé le taux d'invalidité à 43% et refusé d'augmenter le quart de rente d'invalidité précédemment octroyé. Dit office a fait valoir que, selon la jurisprudence, les informations recueillies lors d'un stage d'observation professionnelle pouvaient certes compléter utilement les données médicales dans certaines circonstances, que celles-là ne pouvaient toutefois pas remplacer celles-ci, que le faible rendement observé lors du stage d'orientation professionnelle de 2007 n'était de toute manière pas motivé par une atteinte à la santé invalidante mais par des absences et des retards répétés sans justification médicale, qu'il ne revenait pas au Dr G_____ de se prononcer sur l'existence ou non d'emplois adaptés et que l'examen de cette question incombait au personnel qualifié

de son service de réadaptation. L'Office AI a invoqué également que le rapport du SMR du 12 février 2014, lequel reprenait l'ensemble des renseignements médicaux au dossier et en faisait une synthèse concluante, revêtait entière valeur probante et que les limitations fonctionnelles étant demeurées identiques à celles retenues le 1^{er} septembre 2005 par le SMR, il convenait de se référer aux exemples d'activités lucratives légères et adaptées citées dans le rapport du Service de réadaptation du 18 novembre 2005.

C. Le 25 juin 2014, X_____ a interjeté recours céans contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité ainsi qu'au renvoi du dossier à l'Office AI pour détermination de la date dès laquelle le quart de rente devait être augmenté à une rente entière. La recourante a argué que la position du médecin du SMR était contradictoire puisque, d'une part, il attribuait à l'expertise du Dr G_____ une haute valeur probante et, d'autre part, il déclarait ne pas pouvoir rejoindre la conclusion de cet expert, que soit une expertise externe ordonnée sur la base de l'article 44 LPGA avait pleine valeur probante, soit elle ne l'avait pas et que dans cette seconde hypothèse, l'Office AI devait alors ordonner la mise en œuvre d'une nouvelle expertise indépendante. Elle a ajouté que le Dr G_____ n'était pas sorti de son rôle en retenant une capacité de travail quasiment nulle dans une activité adaptée compte tenu du rendement de 35% lors du stage et que cet expert avait énuméré d'autres raisons à l'évaluation de cette capacité, à savoir des traitements réguliers entraînant un certain absentéisme et des contractures musculaires plus ou moins importantes susceptibles de survenir à n'importe quel moment, de diminuer sa concentration, d'atteindre son psychisme et de rendre les déplacements difficiles. X_____ a fait valoir enfin que le médecin du SMR avait reconnu la valeur probante de l'expertise du Dr G_____, qu'une nouvelle expertise ne se justifiait donc pas et qu'au vu de sa capacité actuelle de travail presque nulle dans une activité adaptée, l'Office AI devait donner suite à sa demande de révision et procéder à une augmentation de la rente précédemment octroyée.

Dans sa réponse du 29 juillet 2014, l'Office AI a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision du 4 juin 2014 dont il a rappelé certains développements. Il a relevé au surplus que selon une récente jurisprudence, il n'appartenait pas au seul expert médical de répondre définitivement et de façon contraignante pour l'autorité administrative et judiciaire à la question de savoir si les atteintes à la santé médicalement établies entraînaient ou non une incapacité de travail d'une certaine

nature et importance et que le SMR avait clairement indiqué, dans son rapport du 19 mai 2014 en particulier, les motifs médicaux et objectifs justifiant de ne pas corroborer les conclusions émises par le Dr G_____ au sujet de la baisse de rendement à reconnaître à l'assurée dans une activité adaptée, en dépit du fait que cet expert avait procédé à un examen clinique détaillé et systématisé amenant à des constatations fiables.

La recourante a maintenu ses conclusions dans sa réplique du 21 août 2014. Concernant l'arrêt 9C_850/2013 du 12 juin 2014 cité dans la réponse de l'intimé, elle a fait remarquer que le Tribunal fédéral y avait notamment confirmé l'incompétence du médecin à s'exprimer sur le taux d'invalidité qui dépendait non seulement d'éléments médicaux mais également de facteurs économiques mais qu'en l'espèce, le Dr G_____ ne s'était pas référé à de tels facteurs mais bien à des considérations médicales pour qualifier d'illusoire une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

L'intimé a précisé le 16 septembre 2014 n'avoir rien à ajouter à ses précédentes prises de position.

Par courrier du 24 septembre suivant, la caisse de pension compétente a indiqué se rallier à celles-ci.

L'échange d'écritures a été clos le 2 octobre 2014.

Considérant en droit

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

1.2 Posté le 25 juin 2014, le présent recours formé contre la décision du 4 juin précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81bis al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2.1 La décision attaquée expose correctement les dispositions légales et/ou la jurisprudence relatives aux notions d'incapacité de travail (art. 6 LPGGA), d'incapacité de gain (art. 7 al. 1 LPGGA) et d'invalidité (art. 8 al. 1 LPGGA), à l'évaluation du taux d'invalidité par la méthode de comparaison des revenus (art. 16 LPGGA en relation avec l'art. 28a al. 1 LAI), au droit à une rente d'invalidité (art. 28 LAI), à la révision de celle-ci (art. 17 LPGGA) ainsi qu'à la valeur probante d'un rapport médical. Il y est fait ici référence.

Il sied d'ajouter que les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_891/2012 du 5 avril 2013 consid. 3 et la référence).

A teneur de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_850/2013 du 12 juin 2014 - considérants 3.1 et 3.2 - paru aux ATF 140 V 193, dans tous les cas d'atteintes à la santé, soit également lors de dépressions, il n'est en aucune façon du seul ressort de l'expert médical chargé d'examiner la situation concrète de décider lui-même, de manière définitive et contraignante pour les autorités administratives et judiciaires, si les affections constatées médicalement entraînent une incapacité de travail temporaire ou durable d'une certaine ampleur (...). La jurisprudence a toujours distingué les rôles respectifs du médecin et de l'autorité d'application de la loi comme suit : il appartient tout d'abord à l'expert médical d'établir l'état de santé et, si nécessaire, de décrire l'évolution de la situation médicale au cours du temps soit, par un examen médical spécialisé et en considération des plaintes subjectives, de faire des constatations et d'en déduire des diagnostics. Ce faisant, l'expert remplit l'obligation qui est la sienne et qui n'incombe ni à l'administration ni, en cas de procédure judiciaire, au tribunal. Par contre, l'évaluation ultérieure des atteintes à la santé constatées en vue de la fixation de la capacité de travail ne relève pas de la seule compétence d'appréciation du médecin. Celui-ci prend plutôt position sur l'incapacité de travail en ce sens qu'il donne une estimation la plus motivée possible de son point de vue. Finalement, les données médicales constituent un fondement important pour l'appréciation juridique des activités encore exigibles de la personne assurée. En complément des rapports médicaux, il peut s'avérer nécessaire pour déterminer la capacité de travail économiquement exploitable de solliciter les spécialistes de l'orientation et de l'intégration professionnelles.

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui au sens de l'article 16 LPGA, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'article 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant. D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêts du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et les références et 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.2.4).

2.2 En l'occurrence, la Cour se rallie à la position adoptée par l'Office AI qu'elle estime fondée. Il ressort effectivement de l'ATF 140 V 193 que le rôle de l'expert médical consiste à constater l'état de santé de la personne assurée, à poser des diagnostics et à estimer de la manière la plus motivée possible l'incapacité de travail, sans toutefois que cette estimation soit définitive et contraignante pour les autorités administratives et judiciaire dans le cadre de l'appréciation juridique des activités encore exigibles de cette personne. En se fondant sur les considérations exposées de façon convaincante par le SMR dans les rapports des 12 février (pièce 159-2) et surtout 19 mai 2014 (pièce 173-2), l'intimé a retenu à juste titre que les constatations médicales, les diagnostics et la capacité de travail théorique de 50% dans une activité adaptée ressortant du rapport du Dr G _____ du 31 janvier 2014 (pièce 158) étaient motivés, fiables et probants et que ces éléments pouvaient donc être pris en compte dans l'appréciation juridique de l'exigibilité et la détermination du taux d'invalidité.

C'est également à bon escient que l'Office AI ne s'est en revanche pas rallié à la simple référence, par le Dr G _____, au rendement de 35% mentionné dans le rapport établi à l'issue du stage d'orientation professionnelle suivi par X _____ du 16 juillet au 13 octobre 2007, soit plus de six ans auparavant (pièce 98). Une lecture attentive de ce rapport permet en effet de retenir que ce rendement de 35% a été influencé par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assurée et qu'il ne saurait ainsi l'emporter sur la capacité de travail de 50% dans un emploi adapté, telle qu'estimée par le Dr G _____ à la lumière des constatations objectives faites lors de son examen clinique spécialisé du 22 novembre 2013. A teneur dudit rapport établi le 23 octobre 2007 (pièce 98), X _____ aurait dû effectuer soixante-trois jours de stage à temps complet mais n'en a suivi que huit sans absences ni retards. Ce n'est toutefois qu'en période de production et après adaptation de l'horaire que le taux de présence était de 35%. En période initiale, ce taux correspondait à 50%. Le fait que l'assurée n'ait pratiquement jamais été présente à plein temps, comme prévu au début de la mesure, mais seulement à mi-temps a été expliqué par les douleurs en divers points du corps, l'énorme fatigue, les maux de tête, les vertiges, les absences dues aux visites médicales ainsi que les retards consécutifs au temps pris par X _____ pour se mettre en route le matin et se reposer durant la pause de midi. En outre, si celle-ci a qualifié les limitations fonctionnelles d'importantes dans les mouvements des genoux, des hanches, du bas du dos et de la nuque ainsi qu'en positions assise et debout, le maître socio-professionnel n'a observé des limitations importantes qu'au niveau de la nuque. Il convient de rappeler à cet égard que les douleurs rapportées au Dr G _____ lors de l'examen du 22 novembre 2013 concernaient la charnière dorso-lombaire mais que l'assurée ne s'est alors plainte ni de cervicalgies, ni de céphalées, ni de vertiges, ni de douleurs aux deux genoux (pièce 158).

Il peut ainsi être déduit de ce qui précède qu'un taux d'occupation de 50% tenait déjà compte des rendez-vous médicaux - soit trois infiltrations par année, deux séances de physiothérapie par semaine et deux voire trois consultations par mois auprès d'un chiropraticien et du médecin traitant, selon les indications données lors de l'examen précité - ainsi que des douleurs, blocages et limitations fonctionnelles exigeant un temps supplémentaire pour la préparation le matin et le repos pendant la pause de midi. C'est d'ailleurs ce qu'a semblé affirmer le Dr G _____ en page 25 de son rapport du 31 janvier 2014 sous pièce 158 (« Cependant, je tiens à confirmer ce qui a déjà été dit ci-dessus, soit que sur le plan professionnel, il sera quasiment impossible pour l'assurée de retrouver un travail, au vu de l'évaluation faite dans un des centres reconnus de l'assurance-invalidité. Ce dernier a montré que l'absentéisme était

important, que ce soit en raison d'épisodes de forte contracture musculaire ou des rendez-vous nécessaires au maintien fragile de l'équilibre algique »), alors qu'il avait apparemment estimé en page 19 de ce même rapport que le rendement diminué constaté lors du stage ne prenait pas ces éléments en considération (« Cependant, le stage de reclassement qu'elle a effectué montre que, même dans ces conditions, son rendement n'est que de 35%. De plus, on ne tient pas compte de la nécessité d'avoir des traitements réguliers et encore importants, qui vont forcément créer un certain absentéisme. Finalement, je rappelle qu'à n'importe quel moment, en raison de son instabilité L1-L2, la patiente peut se retrouver avec des contractures musculaires plus ou moins importantes susceptibles de diminuer sa concentration, d'atteindre son psychisme et de rendre les déplacements difficiles »). Apparaissent également contradictoires, ou à tout le moins peu précises, la conclusion du Dr G_____ figurant en page 23 de son rapport d'expertise (« Une capacité de travail dans une activité adaptée de 50% serait effectuable ce jour en théorie mais probablement pratiquement de 0%, suite aux résultats du stage de reclassement professionnel qui a été suivi en 2007 ») et celle mentionnée en page 25 dudit rapport (« En conclusion finale, rien que sur le plan orthopédique, je pense que la capacité de travail résiduelle de cette patiente ne peut donc pas être supérieure à 35% »).

Enfin, à l'instar toujours de ce que l'intimé a invoqué dans ses écritures, il n'appartenait pas à l'expert médical de déduire du rendement de 35% - constaté dans la seconde partie du stage et après adaptation de l'horaire comme exposé plus haut - l'impossibilité pour l'assurée de retrouver un travail. Il est bien exposé dans les jurisprudences rappelées ci-dessus que la description des activités encore exigibles de la personne assurée et la détermination de la capacité de gain économiquement exploitable relèvent aussi et surtout d'une appréciation juridique, théorique et abstraite, laquelle se fonde sur la notion de marché du travail réputé équilibré de l'article 16 LPGA et recourt au besoin à l'avis des spécialistes de l'orientation et de l'intégration professionnelles. Or, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr G_____ puis confirmées par le Dr H_____ dans son rapport final du 12 février 2014 (pièce 159-2 : position semi-assise, pas de travaux lourds, ni de port répétitif de charges de plus de cinq à dix kilos, ni de montée et descente fréquentes d'escaliers) étant superposables à celles décrites par le Dr B_____ le 1^{er} septembre 2005 (pièce 32-3 : position alternée, pas de travaux lourds, ni de port de charges de plus de dix kilos, ni de position en porte à faux du tronc), l'exercice des activités énumérées et jugées adaptées à ces limitations par le Service de réadaptation de l'Office AI dans son avis du 18 novembre 2005 (pièce 36 : postes dans le conditionnement, l'assemblage

manuel et la surveillance de chaînes de montage, de chaînes d'embouteillage ou de grands magasins) est donc toujours exigible de X_____, au taux de capacité théorique de 50% fixé par le Dr G_____ à l'issue de son examen spécialisé du 22 novembre 2013 (pièce 158).

Comme expliqué par le Dr H_____ le 12 février 2014, si l'état de santé de la recourante s'est péjoré avec l'apparition des protrusions discales en L1-L2 et L4-L5 mises en évidence sur l'IRM du 13 février 2012 (pièce 137), cette aggravation n'a pas influé négativement sur les limitations fonctionnelles déjà reconnues ni sur la capacité de travail dans un emploi adapté (pièce 159-2), laquelle correspondait déjà à 50% (pièces 32-3 et 32-10) à l'époque de la décision du 19 juin 2006 (pièce 64). Aucune modification notable de l'invalidité de l'assurée, au sens de l'article 17 LPGa, ne s'est ainsi produite entre cette décision et le prononcé entrepris.

3. Bien que ces points n'aient pas été contestés par la recourante, il sied d'ajouter brièvement que le calcul du taux d'invalidité de 43% opéré par l'Office AI dans la décision querellée ne prête pas flanc à la critique.

X_____ étant au bénéfice d'un contrat de travail de durée déterminée en tant que dame de buffet au début de son incapacité de travail le 7 août 2002 (pièces 2, 22-2 et 22-7), dit office s'est correctement référé, afin de déterminer le revenu sans invalidité, aux données salariales de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) pour une activité simple et répétitive de niveau 4 dans la branche économique de l'hébergement et de la restauration.

Quant au revenu d'invalidité fondé, conformément à la jurisprudence topique, sur la valeur moyenne de la table TA1 de l'ESS pour une activité de niveau 4, c'est également à juste titre qu'il n'a pas fait l'objet d'une réduction. Les limitations liées aux atteintes à la santé ont en effet déjà été prises en compte dans la capacité de travail partielle à un poste adapté (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 785/02 du 23 janvier 2004 consid. 4.5 et la référence). Le passage à une activité à temps partiel ne justifiant en principe un abattement du gain d'invalidité que pour les hommes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_40/2011 du 1^{er} avril 2011 consid. 2.3.1 et 9C_980/2008 du 4 mars 2009 consid. 3.1.2 avec les références), il ne saurait donc constituer un motif de réduction de ce revenu dans le cas de l'assurée. Enfin, celle-ci, âgée de quarante-neuf ans au moment de la décision querellée (pièce 1-3), de nationalité suisse depuis 2011 (pièce 125) et n'ayant travaillé pour son dernier employeur que sur une courte période (pièce 22-2), ne remplit pas les autres facteurs de réduction - âge, nationalité

et autorisation de séjour ainsi que nombre d'années de service - prévus par la jurisprudence.

4. Mal fondé en tous points, le recours est rejeté et la décision de l'Office AI du 14 juin 2014 confirmée.

Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. (art. 69 al. 1bis LAI), sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 81bis al. 2 et 89 al. 1 LPJA) et compensés avec l'avance du même montant versée le 12 juillet 2014.

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

Prononce

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

Sion, le 15 avril 2015

