

S1 21 244

**JUGEMENT DU 7 AOÛT 2023**

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

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

**en la cause**

**X** \_\_\_\_\_, recourante, représentée par Maître Michel De Palma, avocat, 1951 Sion

**contre**

**OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS**, 1950 Sion, intimé

(art. 8 al. 3 LPGa, 28a al. 2 aLAI et 27 al. 1 aRAI ; méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité, empêchements au ménage)

## Faits

**A.** X \_\_\_\_\_, née le xx.xx1 1963, ressortissante kosovare, sans formation particulière, est mariée et mère de cinq enfants nés en 1985, 1986, 1989, 1996 et 2002. Depuis son arrivée en Suisse en 2000, elle s'est entièrement consacrée à l'éducation de ses enfants et à la tenue du ménage familial. Actuellement, elle vit avec ses deux fils nés en 1989 (A \_\_\_\_\_) et en 2002 (B \_\_\_\_\_), sa belle-fille, sa petite-fille ainsi que son mari qui exerce une activité professionnelle saisonnière en qualité de jardinier.

**B.** Le 16 novembre 2020, l'assurée a adressé une demande de prestations AI à l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI), en indiquant souffrir de problèmes psychiques et de polyarthralgies depuis 2013, notamment suite à un anévrisme de la bifurcation sylvienne droite (pièce OAI 1).

Après avoir été interpellé par l'OAI, le Dr C \_\_\_\_\_, généraliste FMH, a indiqué que sa patiente souffrait d'un état dépressivo-anxieux chronique qui avait été traité en 2012 et d'un état douloureux chronique diffus de type fibromyalgie diagnostiqué en 2014. Il a ajouté avoir observé, lors de sa dernière consultation de décembre 2019, une thymie dépressive avec asthénie, des troubles fonctionnels digestifs et des arthralgies sans signe inflammatoire objectif ou biologique. En outre, des vertiges d'origine indéterminée avaient été observés en octobre 2019 mais avaient disparu lors de sa consultation (pièce OAI 10).

En janvier 2021, l'intéressée s'est rendue à la consultation neurovasculaire des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), en raison de céphalées et d'une fatigue. Malgré les plaintes de l'assurée, les examens effectués (IRM cérébrale) n'ont pas montré de nouvelle lésion (pièce OAI 17).

Le 4 février 2021, le Dr D \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, a relevé que l'intéressée présentait des douleurs partout – à la nuque, aux épaules, dans les mains et dans les pieds – mais qu'il n'avait pas attesté d'arrêt de travail. Son traitement consistait en des séances de physiothérapie et il avait procédé à une infiltration de la bourse sous-acromiale de l'épaule droite en décembre 2020 (pièce OAI 12).

En date du 22 mars 2021, un enquêteur de l'OAI s'est rendu au domicile de l'assurée afin d'examiner les empêchements que lui provoquaient ses troubles dans la tenue du ménage. Au terme de sa visite, l'enquêtrice a évalué à 60.69% les empêchements dans l'exécution des tâches ménagères, soit une incapacité de travail de 90.69%, taux duquel

était déduit 30% au titre de l'aide qui lui était apportée par les personnes vivant dans son ménage. Il a précisé que la visite s'était déroulée en présence de l'assurée, de sa belle-fille, laquelle lui est totalement dévouée, et d'une de ses deux filles pour la traduction (pièce OAI 16).

Afin de préciser les troubles de l'assurée et leurs répercussions fonctionnelles, une expertise bi-disciplinaire a été confiée aux Drs E \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, et F \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, du Centre d'expertise médicale de Lancy (CEML). Lors de son examen du 18 mai 2021, l'expert rhumatologue a observé une grande théâtralité de la part de l'intéressée, laquelle exagérait ses mouvements et manifestait des plaintes douloureuses permanentes. Au terme de son examen clinique, il a retenu les diagnostics de douleur de l'épaule droite sur arthrose acromio-claviculaire et syndrome sous-acromial avec signe objectif clinique (M19.01), un début d'arthrose dans le deuxième doigt de la main droite, et une fibromyalgie avec un retentissement faible de 6/12 (tests SSA et SSB). Le Dr E \_\_\_\_\_ a en outre relevé plusieurs incohérences et estimé que les douleurs n'étaient pas plausibles ni ne justifiaient l'attitude de l'assurée et son incapacité à effectuer les gestes de la vie quotidienne. Selon l'expert, elle avait des ressources familiales et n'avait aucune comorbidité handicapante, de sorte qu'elle était en mesure, depuis toujours, d'exercer à temps plein une activité adaptée sans effort avec le membre supérieur droit. Il a encore ajouté que les troubles fonctionnels qui avaient été décrits dans l'enquête ménagère n'étaient pas plausibles (incohérences entre le discours – importance des plaintes – et l'attitude durant l'examen d'une part et les constatations cliniques quasi-normales d'autre part, ainsi qu'entre l'importance des douleurs alléguées et la prise d'un simple anti-inflammatoire). Au niveau psychiatrique, la Dresse F \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié (F45.1), de traits de la personnalité dépendante (F60.7) et de dysthymie (F34.1). Elle a dépeint un tableau sombre en raison d'un enkystement de la symptomatologie et des potentiels bénéfiques secondaires. Selon l'experte psychiatre, les limitations fonctionnelles, les plaintes et l'attitude de l'assurée correspondaient à ses observations. Elle a ainsi validé les conclusions de l'enquête ménagère retenant un empêchement de 60.69% et a ajouté que le potentiel d'amélioration était minime. Au terme d'une évaluation consensuelle, les experts ont noté que l'intéressée avait « varié » son comportement en fonction de l'expert. Ils ont conclu à une pleine capacité de travail au niveau rhumatologique et une capacité limitée à 40% sur le plan psychiatrique (pièce OAI 24).

Cette expertise bidisciplinaire a été soumise à la Dresse G \_\_\_\_\_ du Service médical régional du Rhône (ci-après : SMR), le 30 juin 2021. Cette dernière a validé les diagnostics et les conclusions du Dr E \_\_\_\_\_. Au niveau psychiatrique, après avoir soumis les troubles psychiques à différents indicateurs, elle a estimé qu'ils ne remplissaient pas les critères de gravité pour leur reconnaître un caractère invalidant. Elle a en outre relevé certaines contradictions et a suggéré de demander un complément d'expertise à la Dresse F \_\_\_\_\_ (pièce OAI 26).

Le 13 juillet 2021, cette dernière a répondu qu'elle confirmait ses constatations en précisant qu'elles n'étaient pas uniquement focalisées sur la douleur de l'assurée, que l'atteinte psychique observée était grave (important ralentissement psychique, anhédonie, anosognosie), qu'il existait des traits de la personnalité dépendante et que l'intéressée souffrait d'atteintes entravant sa vie quotidienne et nécessitant une aide accrue de son entourage. Elle a souligné que l'anognosie représentait une atteinte psychique grave et empêchait toute prise en charge des soins. L'experte a ajouté que ses observations étaient basées sur les déclarations subjectives de sa patiente en estimant qu'elles étaient crédibles (pièce OAI 31).

Dans un courrier du 9 août 2021, la fille de l'assurée a déclaré que sa mère présentait un sommeil agité et qu'elle était incapable de préparer les repas, de faire les courses, le ménage ou la lessive ainsi que de prendre de manière autonome ses médicaments. Elle a ajouté qu'elle était sujette à des douleurs articulaires réduisant fortement sa mobilité, ainsi qu'à des angoisses extrêmes empêchant toute vie sociale. Selon la fille de l'intéressée, ses souffrances physiques et psychiques, causées par les bombardements subis dans son pays d'origine et par un viol avant son arrivée en Suisse, étaient très invalidantes et l'empêchaient d'avoir une vie normale (pièce OAI 34). En supplément à ce courrier, l'assurée a complété une demande d'allocation pour impotent le 24 août 2021, en précisant avoir besoin d'aide pour se vêtir/dévoiler, se déplacer et entretenir des contacts sociaux, ainsi que d'une surveillance personnelle et d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (pièce OAI 38).

Un avis médical interne a encore été requis d'un médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie du SMR, la Dresse H \_\_\_\_\_. Le 1<sup>er</sup> septembre 2021, cette dernière n'a pas retenu le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié notamment au motif qu'un substrat organique avait pu être rattaché pour la plupart des plaintes de l'assurée, qu'elle n'avait pas multiplié les contre-avis médicaux ni ne recourait à des soins, et car elle présentait un trouble de l'humeur persistant, soit une dysthymie (F34.1), diagnostic ne permettant pas de retenir celui de trouble somatoforme (critère E de validation). Selon

la psychiatre du SMR, une incapacité de travail dans une activité adaptée n'était dès lors pas justifiée (pièce OAI 41). Reprenant cet avis dans son rapport final du 1<sup>er</sup> septembre 2021, la Dresse G \_\_\_\_\_ a procédé à l'analyse du trouble psychique retenu et a estimé que les critères de gravité n'étaient pas remplis. Elle a dès lors conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 9 juin 2020 (date de l'examen du Dr D \_\_\_\_\_), en ajoutant qu'aucune limitation ne se justifiait dans l'accomplissement des tâches ménagères (pièce OAI 40).

Par projet de décision du 3 septembre 2021, confirmé par décision du 18 octobre suivant, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'intéressée, au motif que ses problèmes de santé ne la limitaient pas dans l'accomplissement de ses tâches ménagères (pièces OAI 42 et 48).

**C.** X \_\_\_\_\_ a recouru céans contre cette décision le 17 novembre 2021, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité minimale de 60%, subsidiairement au renvoi de l'affaire à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, elle a estimé que l'OAI avait écarté à tort les conclusions de la Dresse F \_\_\_\_\_ qui lui avait reconnu une incapacité de travail de 60%, voire nulle dans toute activité, en raison d'importantes limitations fonctionnelles (structuration des tâches, flexibilité mentale, capacité de s'en tenir aux règles, absence d'endurance et de l'affirmation de soi). A l'inverse, la recourante a soutenu que la valeur probante de l'avis du SMR était remise en cause par les rapports de ses médecins traitants attestant son invalidité.

Le 30 novembre 2021, la recourante a encore produit un rapport du 23 septembre 2021 du Dr D \_\_\_\_\_ indiquant que les atteintes de sa patiente avaient d'importantes répercussions sur son autonomie, ses systèmes sensoriels, ses systèmes neuromusculaires et squelettiques, sa mobilité et sur ses déplacements. Elle a en outre versé en cause un avis du 22 novembre 2021 du Dr I \_\_\_\_\_ du Centre de compétences en psychiatrie et psychothérapie (CCPP), faisant état d'un suivi depuis juillet 2021 pour une symptomatologie dépressive chronique.

Dans sa réponse du 26 avril 2022, l'OAI a rapporté avoir soumis les nouveaux avis médicaux à son SMR, lequel n'a retenu aucun nouvel élément médical objectif susceptible de modifier ses conclusions du 1<sup>er</sup> septembre 2021. Selon l'intimée, la position du SMR était entièrement probante.

Le 22 août 2022, la recourante a répliqué que son état de santé n'avait pas évolué, voire se détériorait, et qu'elle n'était pas en mesure d'effectuer les tâches ménagères. Pour

appuyer ses dires, elle a produit un rapport du 20 juillet 2022 du Dr J \_\_\_\_\_, psychiatre auprès du Centre Les Toises, qui l'avait déjà suivie de 2005 à 2007 pour un état dépressif et anxieux. Ce psychiatre a précisé que sa patiente présentait actuellement les mêmes symptômes que lors de sa précédente prise en charge, répondant au diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11). La recourante a également joint un certificat médical du 8 juin 2022 du Dr D \_\_\_\_\_ posant le diagnostic de fibromyalgie avec un important trouble statique du rachis, une cyphoscoliose fixe et un syndrome lombaire chronique. Il a également relevé des troubles dans la colonne cervicale ainsi qu'un important état de déconditionnement physique et psychique ne permettant pas l'exercice d'une activité légère et adaptée à plus de 30% à 40%.

Dans sa duplique du 20 septembre 2022, l'intimé a indiqué que les nouveaux avis médicaux produits au stade de la réplique étaient postérieurs à la décision querellée et ne devaient dès lors pas être pris en considération.

Sans autres remarques, l'échange des écritures a été clos le 13 octobre 2022.

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

Posté le 17 novembre 2021, le présent recours contre la décision du 18 octobre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), et 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.

**1.2.** Au 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup>

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.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur le taux d'invalidité dans l'accomplissement des tâches ménagères.

**2.1.** Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient de déterminer quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28a al. 1 aLAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28a al. 2 aLAI en corrélation avec les art. 27 aRAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28a al. 3 aLAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative (arrêt 9C\_191/2021 du 25 novembre 2021 consid. 6.2.1 et les références citées).

En l'occurrence, il est incontesté qu'en bonne santé la recourante consacrerait tout son temps à la tenue du ménage et à l'éducation des enfants. C'est par conséquent à juste titre que la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité a été appliquée par l'intimé.

**2.2.** Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacun des travaux habituels conformément aux chiffres 3084 ss CIIAI - pratique dont le Tribunal fédéral a admis la légalité (ATF 137 V 334 consid. 4.2 et les références ; arrêt 9C\_467/2007 du 19 mars 2008 consid. 3.3). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible,

motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête, sauf s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93 ; arrêt 9C\_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3). Il convient enfin de préciser que les empêchements de la personne assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des proches au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2 ; arrêt I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1).

En vertu du principe général de l'obligation de diminuer le dommage, l'assuré qui n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2). La jurisprudence pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 4.2 précité, 130 V 97 consid. 3.3.3 et les références). En ce sens, la reconnaissance d'une atteinte à la santé invalidante n'entre en ligne de compte que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies le sont par des tiers contre rémunération ou par des proches et qu'elles constituent à l'égard de ces derniers un manque à gagner ou une charge disproportionnée (ATF 133 V 504 consid. 4.2 précité et les références ; arrêts 8C\_748/2019 du 7 janvier 2020 consid. 5.3 et 9C\_491/2008 du 21 avril 2009 consid. 3).

**2.3.** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités celle-ci est incapable de travailler. Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2, 125 V 256, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

En général, le médecin traitant prend position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur la capacité de travail. Il appartient ensuite au service médical régional (SMR) de procéder à l'évaluation médicale visant à déterminer s'il s'agit d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité (art. 59 al. 2bis aLAI ; cf. CIIAI, ch. 1001 ss). Selon l'article 59 alinéa 2bis aLAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des

offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'article 6 LPGa, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Un rapport au sens de cette disposition (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 et 122 V 157 consid. 1d ; arrêts 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_25/2015 du 1<sup>er</sup> mai 2015 consid. 4.1 ; VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n. 2920). Le Tribunal fédéral n'exclut cependant pas que l'assurance-invalidité statue exclusivement sur la base des pièces médicales versées au dossier (appréciation anticipée des moyens de preuves : ATF 122 V 157 consid. 1d et arrêt U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1 avec références).

**2.4.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la réf. cit.).

En particulier, les mesures d'instruction d'office nécessaires à l'examen de la demande de prestations au sens de l'article 43 LPGa ne comportent pas le droit de l'assureur de recueillir un deuxième avis (« second opinion ») sur un état de fait déjà constaté dans une expertise, lorsque celui-ci ne lui convient pas. Cette possibilité n'est pas non plus ouverte à la personne assurée. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise dépend du point de savoir si celle qui se trouve déjà au dossier remplit les exigences de forme et de fond posées pour la valeur probante d'une expertise médicale (arrêt U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références).

En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C\_796/2016 précité consid. 3.3).

Enfin, les rapports et expertises de médecins internes à l'assurance ont également une valeur probante pour autant qu'ils apparaissent concluants, sont motivés de manière compréhensible, ne sont pas contradictoires en soi et qu'il n'existe aucun indice contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin soit employé par l'assureur ne permet pas de conclure à un manque d'objectivité et à une partialité. Il faut au contraire des circonstances particulières qui font apparaître objectivement comme fondée la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'évaluation. Compte tenu de l'importance considérable que revêtent les rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il convient toutefois d'appliquer des critères stricts à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3/ee et 122 V 161 s. consid. 1c). Les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7).

**2.5.** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'article 4 alinéa 1 LAI en lien avec l'article 8 LPGa. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM-10 ou le DSM-

V (notamment : ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêts 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 et 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). En général, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418), y compris les syndromes de dépendance primaire (ATF 145 V 215) et les troubles dépressifs de degré léger à moyen (ATF 143 V 409 et 418).

La nouvelle procédure d'instruction doit se baser sur les indicateurs suivants (DFI OFAS Lettre circulaire AI n. 334) :

- A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel »
  - a. Complexe « atteinte à la santé »
    - i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic
    - ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard
    - iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard
    - iv. Comorbidités
  - b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)
  - c. Complexe « contexte social »
- B. Catégorie « cohérence » (points de vue du comportement)
  - a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie
  - b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

**2.6.** De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et 131 V 242 consid. 2.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt 8C\_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1 et les autres arrêts cités).

**3.** Dans le cas d'espèce, il s'agit d'examiner si les troubles psychiques et somatiques allégués par la recourante auraient dû conduire l'OAI à lui reconnaître une invalidité dans l'accomplissement de ses activités ménagères et lui accorder le droit à une rente.

**3.1.** Lors de son enquête ménagère du 22 mars 2021, l'enquêtrice de l'OAI a retenu un empêchement total dans l'exécution des tâches ménagères de 60.69%. Ses constatations ont cependant été faites sur la base des déclarations de l'assurée et celles

de sa belle-fille, ainsi qu'à une période antérieure à l'expertise bidisciplinaire du 18 mai 2021. L'enquêtrice s'est d'ailleurs montrée circonspecte quant au taux d'empêchement allégué, dans la mesure où la recourante s'était montrée très plaintive lors de sa visite et que sa belle-fille lui était totalement dévouée amenuisant l'objectivité de ses indications (cf. pièce OAI 16, p. 58). L'enquête ménagère du 22 mars 2021 ne saurait par conséquent établir, à elle-seule, d'une manière définitive les incapacités rencontrées par la recourante dans la tenue de son ménage.

**3.2.** Au niveau médical, les incapacités alléguées par la recourante n'ont en effet pas été confirmées par l'expert rhumatologue. Ce dernier a ainsi retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et a estimé que les troubles fonctionnels qui avaient été décrits dans l'enquête ménagère n'étaient pas plausibles. Son analyse reprise par le SMR n'est aucunement critiquable, dès lors qu'elle a été établie conformément aux réquisits jurisprudentiels commandant de lui accorder une pleine valeur probante. L'expert a fondé son appréciation sur l'ensemble des avis médicaux, il a décrit avec précision l'anamnèse de la recourante, en prenant en compte ses plaintes, et a effectué des examens cliniques complets. Son expertise ne fait par conséquent ressortir aucune contradiction manifeste ni lacune sur un élément essentiel. L'on note en particulier que le Dr E \_\_\_\_\_ a correctement tenu compte des douleurs à l'épaule droite de la recourante, objectivées par une arthrose acromio-claviculaire et un syndrome sous acromial (M19.01), pour définir qu'une activité légère et adaptée, n'impliquant pas l'utilisation du membre supérieur droit, demeurait exigible. Il a ensuite également retenu le diagnostic de fibromyalgie et a expliqué d'une manière fondée et cohérente que cette affection n'avait aucune influence sur la capacité résiduelle de travail ou dans la tenue du ménage en raison de son retentissement globalement faible (6/12).

L'avis du Dr D \_\_\_\_\_ invoqué par la recourante ne permet pas d'écarter les constatations convaincantes de l'expert. Ce médecin traitant a du reste posé des diagnostics similaires sans indiquer qu'ils avaient une répercussion sur la capacité de travail de sa patiente (cf. rapport du 4 février 2021 ; pièce OAI 12). Son rapport du 8 juin 2022, établi après la décision querellée du 18 octobre 2021, fait au demeurant état de troubles (atteinte aux cervicales et au rachis dorsal) qui n'étaient pas présents au moment déterminant pour la présente procédure. Une éventuelle détérioration de l'état de santé de la recourante, postérieure à la date de la décision litigieuse et documentée par des examens objectifs, devra le cas échéant être examinée dans le cadre d'une nouvelle demande (cf. *supra* consid. 2.6). En outre, l'on précisera que le déconditionnement physique décrit par le Dr D \_\_\_\_\_ ne suffit pas en tant que tel

pour admettre une capacité de travail réduite, dès lors qu'il a manifestement été causé par le mode de vie sédentaire et inactif de la recourante, laquelle n'a exercé aucune activité professionnelle ni entrepris une formation depuis son arrivée en Suisse en 2000 (arrêts 9C\_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2, I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1).

**3.3.** Sur le plan psychiatrique, le SMR n'a pas retenu le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié (F45.1) tel que posé par la Dresse F \_\_\_\_\_, ni de caractère invalidant aux troubles psychiques. Selon l'opinion dominante, les facteurs psychosomatiques ont une influence décisive sur le développement de la fibromyalgie et son caractère invalidant (ATF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 353 consid. 2.2.2 et 130 V 399 consid. 5.3.2).

Après avoir soumis le cas à un spécialiste en psychiatrie, le SMR a démontré d'une façon emportant la conviction de la Cour que l'avis de l'experte ne pouvait pas être suivi quant au diagnostic retenu et son caractère invalidant. Dans son appréciation du 21 septembre 2021, la Dresse H \_\_\_\_\_ a ainsi expliqué d'une manière circonstanciée que les critères minimaux de la CIM-10 pour retenir un tel trouble n'étaient pas validés dans le cas de la recourante. L'on note premièrement, que les plaintes de cette dernière ont pour partie été expliquées par des troubles organiques qui ont été objectivés par l'expertise du Dr E \_\_\_\_\_ ainsi que par le Dr D \_\_\_\_\_, et que ces troubles ont justifié des limitations fonctionnelles, ce qui va à l'encontre d'un trouble somatoforme indifférencié (critère A ; LE GOFF-CUBILIER VALÉRIE/BRYOIS CHRISTIAN, Les troubles somatoformes : diagnostics et prises en charge, *in* : Revue médicale suisse du 19 avril 2006). La Dresse H \_\_\_\_\_ a ensuite justement relevé que l'intéressée n'avait pas un réel suivi médical régulier ni ne multipliait les avis médicaux. Lors de sa demande de prestations du 16 novembre 2020, elle ne consultait en effet plus le CCPP depuis 2008 (pièce OAI 5). Un tel suivi n'a été repris qu'en juillet 2021, vraisemblablement en réaction à la procédure initiée par l'OAI et après l'expertise bidisciplinaire du 18 mai 2021 (cf. rapport du 22 novembre 2021 du CCPP). Dans la même mesure, le rapport du 20 juillet 2022 du Dr J \_\_\_\_\_ nous apprend que l'intéressée l'avait consulté en 2005 pour des symptômes dépressifs et anxieux similaires à ceux qu'elle présentait en juin 2022. Ce traitement ayant été interrompu par la recourante en 2008, il apparaît que la problématique psychique s'était résorbée. Le Dr C \_\_\_\_\_ a d'ailleurs indiqué que l'état dépressivo-anxieux avait été traité en 2012 (cf. rapport du 21 décembre 2020 ; pièce OAI 10, p. 32). En outre, lors de sa demande de prestations en novembre 2020, l'intéressée n'avait consulté un

rhumatologue qu'à deux reprises (pièce OAI 12) et son médecin traitant ne l'avait plus examinée depuis décembre 2019 (pièce OAI 10). On relèvera également que le diagnostic de fibromyalgie avait déjà été posé en 2014 par une rhumatologue FMH qui évoquait un « *cortège de symptômes avec fatigue, trouble du sommeil, céphalées* » ainsi qu'une « *persistance de douleurs diffuses* » (pièce OAI 10, p. 39). L'examen neurologique organisé le 21 août 2015 n'avait alors rien montré d'anormal (pièce OAI 10, p. 38). Cela étant, le dossier ne contient aucune mention d'un suivi médical depuis cette période et l'anévrisme traité en 2013, autre qu'une prise en charge aux urgences de Sion le 23 octobre 2019 pour des vertiges d'origine indéterminée qui n'ont pas trouvé d'explication objective (pièce OAI 10, pp. 34 et 35). Il n'apparaît dès lors pas que la recourante ait multiplié les avis médicaux afin de tenter de justifier ses symptômes inexplicables (critère C ; LE GOFF-CUBILIER VALÉRIE/BRYOIS CHRISTIAN, op. cit.). Enfin, la Dresse H \_\_\_\_\_ a relevé qu'un trouble somatoforme indifférencié ne pouvait pas être retenu en présence d'un trouble de l'humeur, dès lors qu'une dysthymie (F34.1) avait été observée par l'experte (critère E). Sur la base de ces éléments, le SMR a nié l'existence d'un trouble somatoforme indifférencié et a retenu une dysthymie. On ajoutera encore que l'experte F \_\_\_\_\_ a cité des facteurs psychosociaux étrangers à la notion d'invalidité (précarité, acculturation et âge ; arrêt 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les références) et a estimé que la recherche de potentiels bénéfices secondaires assombrissaient le tableau psychiatrique (cf. point 7.2 de l'expertise du 18 mai 2021 ; pièce OAI 24), ce qui tend également à infirmer le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié lequel doit résulter d'un processus psychologique inconscient (LE GOFF-CUBILIER VALÉRIE/BRYOIS CHRISTIAN, op. cit.).

La Dresse G \_\_\_\_\_ a par ailleurs soumis le diagnostic psychique à la procédure probatoire structurée instaurée par l'ATF 141 V 281, le 30 juin 2021, d'une façon permettant une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs (arrêt 9C\_624/2019 du 13 janvier 2020 consid. 3.2.4 et 5). Au terme de son analyse, qui n'a fait l'objet d'aucune critique ciblée par la recourante ou ses médecins traitants, la Dresse G \_\_\_\_\_ est arrivée à la conclusion motivée que les critères de gravité n'étaient pas remplis et que l'intéressée avait su conserver des ressources suffisantes pour accomplir ses travaux ménagers, notamment dans un milieu familial très soutenant (pièce OAI 26). Cette constatation doit également être confirmée, ce d'autant plus que plusieurs incohérences sont ressorties du discours et de l'attitude de la recourante. L'expert E \_\_\_\_\_ a en effet relevé qu'elle avait fait preuve de théâtralité et que son attitude avait été incohérente avec son examen clinique (points 4.1, 7.3 et 7.4). Or, des circonstances indiquant une exagération (telles qu'une amplification des symptômes ou

un caractère revendicateur) ainsi qu'un éventuel manque de motivation, constituent des éléments décisifs pour évaluer la pertinence du diagnostic et son caractère invalidant (arrêt 9C\_232/2022 du 4 octobre 2022 consid. 4.1.1 et les références).

**3.4.** Fondé sur les éléments qui précèdent, l'OAI pouvait valablement de distancer de l'avis de la Dresse F \_\_\_\_\_ et retenir que la recourante ne présentait aucune limitation dans la tenue de son ménage, conformément à l'appréciation du SMR. Celle-ci étant cohérente et fondée, il n'existe aucun motif susceptible de remettre en doute sa valeur probante. Le dossier est en outre suffisamment complet pour qu'un jugement valable puisse être rendu sur la base de celui-ci, sans qu'il ne soit nécessaire d'ordonner l'administration d'un autre moyen de preuve, à l'instar d'un complément d'expertise souhaité par la recourante (appréciation anticipée des moyens de preuve : ATF 145 I 167 consid. 4.1, 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3).

**4.** Dans ces circonstances, ne souffrant d'aucun empêchement dans l'accomplissement de ses tâches ménagères, la recourante ne présente aucune invalidité qui lui ouvrirait le droit à des prestations AI.

Son recours du 17 novembre 2021 est par conséquent rejeté et la décision du 18 octobre précédent confirmée.

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

Eu égard à l'issue de la cause, les frais de justice, par 500 francs, au regard des principes de la couverture des coûts et de l'équivalence sont ainsi mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI), le montant étant prélevé sur l'avance de frais déjà versée.

**6.** La recourante n'ayant pas eu gain de cause, elle ne peut prétendre à aucun dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*), ni d'ailleurs l'OAI (art. 91 al. 3 LPJA).

**Prononce**

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

Sion, le 7 août 2023.