

S1 19 206

JUGEMENT DU 31 MARS 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

HOIRIE DE FEU X _____, recourante, représentée par Maître Guillaume Grand, avocat, 1950 Sion 2 Nord

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé

(assurance-invalidité ; valeur probante d'une expertise médicale,
revenus avec et sans invalidité)

Faits

A. Le 18 septembre 2014, X _____, né en 1958, de nationalité portugaise, titulaire d'un permis d'établissement, a déposé une demande de prestations AI pour adultes. Il a indiqué qu'il exerçait l'activité de menuisier-poseur à plein temps par le biais d'agences temporaires et qu'il était en incapacité totale de travail depuis le 23 mai 2014 (pièces 3, 9 et 23, page 42).

Selon l'extrait de compte AVS de l'assuré, imprimé le 6 octobre 2014, les revenus bruts s'élevaient à 72 456 fr. en 2008, 65 189 fr. en 2009, 52 208 fr. en 2010, 57 574 fr. en 2011, 58 211 fr. en 2012 et 29 672 fr. en 2013. Ce document montrait que depuis le début de l'année 2009, les revenus étaient presque exclusivement réalisés par le biais de missions temporaires via des agences de placement de personnel (pièce 26).

Dans son rapport adressé le 29 octobre 2014 à l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : l'Office AI), le Dr A _____, médecin généraliste, a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis le 13 juillet 2010 et que le dernier contrôle datait du 21 octobre 2014. Il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de décompensation d'une cirrhose avec encéphalopathie hépatique, troubles de la crase et varices oesophagiennes de stade II depuis 2014, de fracture sous-capitale de l'humérus droit depuis 2014 et de status après hépatite aiguë depuis 2010. Il a ajouté en particulier que depuis le 21 octobre 2014, l'activité exercée n'était plus exigible et qu'une réadaptation professionnelle était envisageable dans une activité adaptée (dans l'hôtellerie ou comme magasinier), à un taux d'occupation de 40% pour commencer (pièce 33).

Au cours d'un entretien du 2 décembre 2014 auprès de l'Office AI, l'assuré a indiqué qu'il avait trois enfants adultes habitant près de chez lui et son épouse, qu'il entretenait de bons contacts avec eux, que ceux-ci le soutenaient et qu'il disposait d'un réseau dans le domaine de la charpente et de la menuiserie. Les tâches assumées comme menuisier-charpentier étaient les suivantes : pose de charpentes, de portes, d'escaliers, de fenêtres, de parquets et de cuisines, isolation, décoration en briques, en granit et en carrelage, confection de faux-plafonds en bois, commande de marchandises, gestion des plannings, lecture de plans et travaux en atelier. Du point de vue de l'Office AI, seule une activité adaptée simple et répétitive, par exemple de magasinier, de gestionnaire de stocks ou d'ouvrier d'usine, pouvait être envisagée (pièce 41).

Selon son *curriculum vitae*, daté de 2014, l'assuré avait travaillé entre 1977 et 2011 dans les domaines de la construction et de l'hôtellerie, et ce en Suisse principalement, au Portugal et aux Etats-Unis. Dans le cadre de ses activités du bâtiment, il avait occupé

les postes de responsable de logistique à la tête d'une équipe de onze personnes, de contremaître et de chef de chantier. Il avait également accompli en tant qu'indépendant, avec une équipe de sept personnes, des travaux de finition de boiseries dans de nouveaux ouvrages (pièce 43).

Le Dr B _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie et en chirurgie de l'épaule, a écrit le 16 décembre 2014 au Dr A _____ que l'assuré souffrait d'une pseudarthrose hypotrophique de l'humérus proximal sur status après fracture sous-capitale de l'épaule droite et d'une capsulite rétractile (pièce 58).

En date du 9 mars 2015, la Dresse C _____, spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie et médecin cheffe à l'Hôpital D _____, a rapporté les diagnostics incapacitants de cirrhose sur syndrome de dépendance à l'alcool sévère depuis cinq mois, sur status après rupture de varices oesophagiennes et hospitalisation pour encéphalopathie hépatique en septembre 2014. Elle a précisé qu'en raison des troubles du système nerveux central liés à l'encéphalopathie hépatique, l'activité exercée n'était plus exigible, qu'une réadaptation professionnelle n'était pas envisageable et que le patient souffrant d'une cirrhose décompensée, sa capacité de travail dans une activité standard se limitait à 30% au maximum (pièces 59 et 60).

L'assuré a séjourné du 1^{er} au 11 mars 2015 au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital D _____ pour une fracture spiroïde du tibia gauche et une fracture du péroné distal gauche. Une réduction fermée avec ostéosynthèse par enclouage centro-médullaire de la fracture du tibia a été pratiquée le 5 mars 2015 (pièce 65).

Le Dr E _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a établi un rapport final en date du 17 décembre 2015. Il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de fracture spiroïde du tibia gauche, opérée le 5 mars 2015 par enclouage centro-médullaire, et de fracture du péroné distal gauche le 1^{er} mars 2015, de pseudarthrose hypotrophique après fracture sous-capitale de l'humérus droit en mai 2014, avec capsulite rétractile, ainsi que d'ostéoporose avec fracture-tassement de L1 en 2014 et de D7 ancienne. Il a retenu également que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale depuis le 23 mai 2014 et que les taux d'incapacité de travail dans une activité adaptée étaient de 100% du 23 mai au 20 octobre 2014, de 60% du 21 octobre 2014 au 28 février 2015, de 100% du 1^{er} mars au 28 juillet 2015 puis de 0% dès le 29 juillet 2015 (pièce 77).

B. L'Office AI a, par décision du 2 décembre 2016 confirmant le projet de décision correspondant du 4 janvier précédent (pièce 79), alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai au 31 octobre 2015 (pièce 100).

Par décision du 12 décembre 2016 confirmant le projet de décision correspondant du 4 janvier précédent (pièce 80), l'Office AI a nié le droit de l'assuré à un reclassement professionnel (pièce 101).

Commenté [A1]:

Le 18 janvier 2017, X _____, désormais représenté par Me Diana Pereira Benedetti, a interjeté recours céans contre la décision du 2 décembre 2016 en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation de même que, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 23 mai 2015, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale neutre et indépendante et, selon les résultats de l'expertise, à l'octroi d'une rente entière ou partielle ainsi que, plus subsidiairement, au renvoi du dossier à l'Office AI pour reprise de l'instruction et à l'octroi d'une rente, conformément à la nouvelle instruction effectuée. Il a fait valoir que, contrairement aux conclusions de l'Office AI, il n'était pas en mesure de reprendre une activité lucrative, même adaptée (pièce 108, pages 301 et 316).

A l'appui de ses conclusions, le recourant a annoncé le dépôt d'un rapport de son psychiatre traitant et produit deux documents médicaux : une attestation, datée du 21 décembre 2016, dans laquelle le Dr A _____ a mentionné en substance que les limitations physiques du patient, consécutives aux troubles de l'épaule droite et de la jambe gauche, et psychiques, liées à un état dépressif, rendaient impossible la reprise de toute activité professionnelle (pièce 109, page 358) ; un certificat établi le 10 janvier 2017 par la Dresse C _____, dans lequel cette gastro-entérologue a décrit l'état de santé de l'assuré à cette date, en soulignant l'absence de signe d'encéphalopathie hépatique à la consultation d'août 2016, et retenu qu'une cirrhose compensée pouvait entraîner, à cause d'une fatigabilité accrue en cours de journée, une incapacité de travail de 30% au plus (pièce 109, pages 359 et 360).

Dans sa réponse du 21 février 2017, l'Office AI a conclu à l'admission partielle du recours, à l'annulation de sa décision du 2 décembre 2016 et au renvoi du dossier à son attention pour complément d'instruction médicale (pièce 114). Il s'est référé à l'avis du 10 février précédent, par lequel le Dr F _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réhabilitation au SMR, a conclu qu'étant donné les appréciations divergentes de la capacité de travail dans une activité adaptée et la survenue d'une nouvelle pathologie d'ordre psychiatrique susceptible de modifier cette capacité, seule

une expertise pluridisciplinaire, de médecine interne, gastro-entérologie, orthopédie ou traumatologie et psychiatrie, était susceptible de déterminer dite capacité, les limitations fonctionnelles et la date de l'exigibilité (pièce 113, pages 373 à 375).

Par jugement du 7 avril 2017 en la cause S1 17 19, la Cour de céans a admis le recours, annulé la décision du 2 décembre 2016 et renvoyé le dossier à l'Office AI en vue de l'organisation d'une telle expertise (pièce 120).

C. L'Office AI a informé l'assuré, le 3 mai 2017, que l'expertise préconisée allait être attribuée de manière aléatoire à un centre d'expertises et lui a transmis le questionnaire à soumettre aux experts, en vue d'éventuelles questions supplémentaires (pièce 121).

En date du 26 mai 2017, G _____, psychologue, spécialiste en neuropsychologie et logopédiste, a adressé un rapport concernant l'assuré au Dr H _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Elle a conclu que l'examen neuropsychologique et logopédique, pratiqué entre le 28 février et le 3 avril 2017 auprès d'un patient collaborant et globalement nosognosique, avait mis en évidence un dysfonctionnement exécutif sévère sur le plan cognitif, des troubles attentionnels sévères et de mémoire de travail, des difficultés de mémoire immédiate verbale, des difficultés praxiques gestuelles, des difficultés aux gnoses spatiales, de possibles signes d'atteinte calleuse ainsi qu'une maladresse et un ralentissement moteurs. Elle a précisé que la symptomatologie prédominait nettement au niveau exécutif et attentionnel ainsi que de la mémoire de travail, épargnant les fonctions mnésiques épisodiques à proprement parler et signant une atteinte essentiellement fronto-sous-corticale, trois ans après l'encéphalopathie hépatique et le sevrage alcoolique. Elle a relevé enfin que d'un point de vue strictement neuropsychologique, ces résultats contre-indiquaient l'aptitude à la conduite automobile et qu'au vu des déficits, une activité professionnelle en milieu non protégé ne paraissait pas envisageable (pièce 124).

Sur demande y relative formulée le 15 septembre 2017 par le SMR (pièce 127), le Dr H _____ a répondu le 6 octobre suivant qu'il avait suivi l'assuré du 4 janvier au 11 mai 2017, date de sa dernière consultation, et qu'il ne l'avait pas annoncé au Service cantonal de la circulation routière et de la navigation (ci-après : SCN), au motif de la rupture du contrat thérapeutique par le patient et de l'absence de dysfonctionnements dans la conduite automobile jusqu'alors (pièce 128).

Par décision administrative du 3 avril 2018, le SCN a retiré, à titre préventif, le permis de conduire de l'assuré (pièce 143).

Dans une lettre datée du 19 avril 2018, l'Office AI a communiqué à celui-ci qu'une expertise pluridisciplinaire allait être confiée au I _____ SA (ci-après : I _____) et lui a donné la possibilité de formuler d'éventuels motifs de récusation à l'encontre des experts choisis pour chaque spécialité, soit la médecine interne générale, la gastroentérologie, la chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi que la psychiatrie et psychothérapie (pièce 144).

Le 18 mai 2018, le Dr J _____, médecin interniste aux Expertises médicales de K _____, a rendu un rapport au SCN. L'examen expertal de la veille n'avait montré aucun trouble cognitif ou de l'humeur ni signe de la lignée psychotique ou évocateur d'une consommation abusive d'alcool. De l'avis de l'expert, il n'y avait pas d'état dépressif. Dans le cadre de la discussion, celui-ci a indiqué que les troubles cognitifs sévères à l'origine d'une éventuelle inaptitude à la conduite n'avaient pas du tout été objectivés à l'examen neuropsychologique, lequel s'était révélé complètement normal. Il a ajouté que l'atteinte du membre inférieur gauche n'était pas significative au point de justifier une évaluation sur un simulateur de conduite. Il a conclu que l'expertisé était apte à être réadmis à la circulation automobile avec un permis du groupe 1, muni de verres correcteurs (pièce 167).

En date du 23 mai 2018, le SCN a révoqué sa décision du 3 avril précédent et autorisé à nouveau X _____ à conduire des véhicules automobiles (pièce 166).

Le 27 août 2018, le I _____ a rendu son rapport d'expertise pluridisciplinaire avec évaluation consensuelle (pièce 159). Les examens d'expertise interne générale et d'expertise orthopédique ont eu lieu le 9 mai 2018, celui d'expertise psychiatrique s'est déroulé le 11 mai suivant et un examen en gastroentérologie a encore été effectué le 11 juin 2018. Dans le cadre de cette évaluation, les experts ont posé les diagnostics incapacitants de troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool (F10.5) avec syndrome amnésique selon les tests neuropsychologiques de mai 2017, cirrhose hépatique éthylique actuellement compensée (Child A), varices oesophagiennes résiduelles après ligatures et status après encéphalopathie porto-cave en 2014, d'obésité morbide (indice de masse corporelle [ci-après : IMC] : 43 kg/m²), de pseudarthrose hypotrophique serrée après fracture sous-capitale de l'humérus droit en mai 2014, de déformation cunéiforme du corps vertébral de L1 après fracture-tassement en 2014 et de status après fracture diaphysaire de la jambe gauche traitée par enclouage centro-médullaire (matériel en place) en mars 2015. Ils ont ajouté que sur le plan de la médecine interne, c'était surtout l'obésité morbide qui rendait les déplacements plus

lents, aggravait les oedèmes des membres inférieurs et nuisait à l'exercice des activités habituelles de menuisier, décorateur et cuisinier.

Toujours d'après les explications figurant dans l'évaluation précitée, outre les troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool, l'expertisé présentait depuis 2016, consécutivement à la perte de son travail et de son rôle social, un trouble dépressif moyen, réactionnel et sans syndrome somatique, qui se manifestait par des baisses d'humeur, un découragement, de l'irritabilité, une perte d'élan vital et une anhédonie. Les experts avaient relevé des incohérences entre les déclarations de l'assuré au sujet de ses capacités à la marche et de la quantité journalière d'alcool consommé. Le plus important était de convaincre le patient du risque encouru par la poursuite de la consommation d'alcool mais cela se révélait difficile. Un traitement antidépresseur était contre-indiqué en raison d'une possible hépatotoxicité. Un suivi psychologique visant à retrouver puis à maintenir une abstinence, à apporter un soutien en relation avec la dépression et à évaluer régulièrement les capacités cognitives était hautement souhaitable. L'expertisé niait fortement que l'alcoolisme fût la raison de l'hépatopathie et sous-estimait les risques liés à sa reprise, modérée, de consommation d'alcool, ce qui influait négativement sur les perspectives d'un retour à la vie professionnelle. Il ne souffrait pas d'un trouble de la personnalité. Il avait fait montre de beaucoup de volonté pour récupérer la fonction de son membre supérieur droit, dont l'état s'était déjà bien amélioré. Ses ressources se manifestaient également par le fait que, tous les jours, il faisait des tableaux à la peinture à l'huile. Il parlait trois langues. Il vivait dans un environnement familial stable et était bien soutenu par ses proches.

Au cours de l'examen de médecine interne générale, les activités quotidiennes ont été décrites comme suit : « L'expertisé se lève à 06h30 et prend ses médicaments. Après avoir expectoré, il mange des biscuits. Il conduit sa femme au travail, revient à la maison, fait un peu de vélo puis un peu de peinture à l'huile. Ensuite, il se prépare à manger, lave la vaisselle et passe l'aspirateur. Il fait une sieste d'une heure puis à nouveau du vélo. Il va chercher ses petits-enfants à la crèche puis fait à nouveau de la peinture à l'huile. Il prépare à manger, fait la vaisselle, regarde un film et va au lit entre 22h30 et 23h00 ». Les activités physiques quotidiennes comportaient soixante minutes de vélo, par étapes, et quarante minutes de marche. Lors de l'expertise orthopédique, l'assuré a déclaré qu'avant ses atteintes à la santé, il avait de nombreux loisirs comme la pêche, la cueillette des champignons, l'ornithologie (observation et photographies des oiseaux) ainsi que la peinture à l'huile et qu'il n'avait gardé que la peinture à l'huile, étant donné que son état de santé ne lui permettait plus de s'adonner aux autres loisirs. Il a ajouté

qu'il marchait tous les jours trente à quarante-cinq minutes et qu'il aimait également lire des livres d'histoire. Il a été mentionné dans la description d'une journée-type, rédigée sur la base de l'expertise gastroentérologique du 11 juin 2018, que l'assuré avait récupéré son permis de conduire après un examen en mai 2018.

Selon les indications données à l'experte en psychiatrie, l'état psychique de l'assuré s'était péjoré à la suite des événements ayant entraîné l'incapacité totale de travail en 2014. De son propre gré, celui-ci avait alors consulté un psychiatre, le Dr H _____. Il avait regretté avoir fait cette démarche car il attendait du soutien mais s'était senti accusé de « sinistrose ». Il n'avait vu ce spécialiste qu'à trois reprises et un traitement anxiolytique avait été prescrit. Il n'y avait pas de suivi psychiatrique pour l'heure et l'expertisé admettait que le fait de parler serait bénéfique. Spontanément, il s'était plaint de fatigabilité, de perte d'élan vital, de baisses de thymie passagères, d'émotion de colère et d'irritabilité. A l'anamnèse orientée, il avait rapporté quelques troubles mnésiques et attentionnels n'interférant que peu avec son quotidien. Il ne se sentait pas ralenti et n'avait signalé ni ralentissement ni accélération psychique. Il avait appris à vivre avec ses douleurs. L'humeur était basse occasionnellement et il prenait alors un anxiolytique (Lexotanil®) en réserve, environ une à deux fois par mois. L'humeur s'était améliorée depuis plusieurs mois. Il n'avait jamais eu d'idées suicidaires. Il n'avait plus de ruminations anxieuses constantes, d'aboulie marquée ou de renfermement sur lui-même. Son élan vital était amoindri mais préservé en général car encore présent pour entrevoir des activités avec ses proches. L'assuré aimait voir sa famille et ses petits-enfants. Une fatigabilité et un ralentissement dans les tâches quotidiennes, une baisse marquée de la libido, quelques sentiments de culpabilité, surtout vis-à-vis de sa famille, et une impression de perte de contrôle sur sa vie étaient présents. Le sommeil n'était pas perturbé et l'appétit était bon, avec une importante prise pondérale depuis cinq ans, en raison de la diminution des dépenses physiques due aux multiples fractures. Il n'avait pas décrit d'épisodes d'anxiété paroxystique avec manifestations neuro-végétatives, de trouble panique, de phobies spécifiques, d'idées obsessionnelles ni de comportements compulsifs. L'émotion prédominante était la colère. Il avait appris à maîtriser ses accès de colère par des méthodes de pleine conscience ou éventuellement avec un anxiolytique en deuxième recours. Les limitations fonctionnelles actuelles consistaient en une fatigabilité accrue, des difficultés mnésiques et des troubles exécutifs, de planification et d'exécution détectés à l'examen neuropsychologique de mai 2017. Les mouvements fins et les gnosies spatiales étaient également perturbés. L'assuré avait mentionné qu'il formait un couple très lié avec son épouse, qu'il avait rencontrée à son arrivée en Suisse à l'âge de dix-huit ans, qu'il avait une vie sociale restreinte en dehors

de sa famille mais qu'il était très bien intégré dans la société suisse. Son épouse travaillait à temps partiel et ils étaient au bénéfice de l'aide sociale.

Les diagnostics psychiatriques incapacitants de troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool, avec syndrome amnésique selon les tests neuropsychologiques de mai 2017 (F10.5) et de trouble délirant persistant (F22.0) ont été posés. Le diagnostic psychiatrique sans incidence sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, actuellement en rémission (F43.2), a également été retenu. A suivre la justification de ces diagnostics, l'expertisé remplissait les critères diagnostiques de la classification internationale des maladies, dixième édition (CIM-10), pour un état dépressif, actuellement d'intensité moyenne, au décours d'un épisode plus marqué selon l'anamnèse, réactionnel et présent depuis deux ans environ. Il ne relatait pas de thymie chroniquement abaissée, comme cela pouvait être le cas en présence d'une dysthymie. Le jour de l'examen d'expertise, certains symptômes décrits lors des tests neuropsychologiques de 2017 et suggestifs de séquelles de consommation d'alcool n'étaient pas retrouvés, notamment la fuite des idées et la désinhibition. Des troubles d'attention non sévères et de mémoire immédiate étaient observés. Les autres symptômes cognitifs rapportés, comme les troubles exécutifs, de praxies et de programmation n'étaient pas détectables cliniquement. En relation avec l'aptitude à la conduite automobile, les séquelles étaient estimées légères à modérées. Une stabilité de l'état actuel pouvait probablement être atteinte en cas d'abstinence totale et d'instauration de mesures médicales telles que des contrôles réguliers et, éventuellement, une psychothérapie de soutien. L'apprentissage de nouvelles tâches étant entravé et le patient disposant de peu de ressources à cet égard, des mesures de réadaptation ne pouvaient pas être mises en place à l'heure actuelle. La capacité de travail dans les professions de menuisier ou de cuisinier, de même que dans toute activité adaptée, était nulle. L'obtention d'une capacité de travail à moyen ou long terme était improbable. L'assuré possédait suffisamment de ressources et était suffisamment entouré par sa famille pour pouvoir gérer ses pertes sans sombrer dans une mélancolie.

En conclusion, les experts ont retenu une incapacité totale de travail dans toute activité depuis mai 2014, en raison de la dépression ainsi que des troubles mentaux et du comportement. Du point de vue psychiatrique, les limitations fonctionnelles consistaient en une asthénie et une fatigabilité, des troubles cognitifs ainsi qu'une baisse de l'humeur. Ces limitations avaient un impact sur l'exercice du métier de menuisier et de toute activité adaptée, sur l'accomplissement des tâches habituelles, sur les déplacements et sur

l'autonomie du patient. Sous l'angle orthopédique et de la médecine interne, gastroentérologie comprise, les experts ont qualifié les activités de menuisier ou de cuisinier de trop éprouvantes physiquement. Ils ont conclu à une capacité totale en temps mais, à cause de l'obésité morbide, à une baisse de rendement de 30% dans un travail adapté évitant les positions statiques debout de plus de vingt minutes, les positions à genoux en raison des difficultés à se relever de ces positions, la mobilisation active de l'épaule droite, les forts mouvements de préhension avec la main droite, le port de charges de plus de neuf kilos et les travaux ou mouvements de soulèvement à hauteur et au-dessus de la tête (pièce 159).

Le 2 novembre 2018, le Dr L _____, médecin interniste au SMR, a résumé les conclusions des experts du I _____ dans leurs spécialisations respectives. Il a indiqué que le rapport d'expertise du 27 août 2018 était clair, net et précis en ce qui concernait l'aspect purement orthopédique. Il a estimé nécessaire d'obtenir des informations supplémentaires de médecine interne au sujet du diagnostic non incapacitant de lymphoedème des jambes, plus prononcé à gauche. Il a jugé la situation plus compliquée du point de vue psychiatrique. Des éclaircissements devaient être requis sur les points suivants : mention d'un état dépressif d'intensité moyenne, non repris dans la liste spécifique des diagnostics psychiatriques, laquelle comportait un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, actuellement en rémission, ni parmi ceux figurant dans l'évaluation consensuelle ; absence d'analyse du caractère incapacitant de cet état dépressif à la lumière des critères jurisprudentiels topiques, étant précisé que l'assuré n'avait bénéficié que de trois consultations psychiatriques entre fin 2016 et début 2017 et qu'il ne prenait aucun traitement antidépresseur ; absence de mention et de motivation, dans l'évaluation consensuelle, du diagnostic de trouble délirant persistant retenu par l'experte-psychiatre ; évocation par celle-ci du peu de ressources de l'assuré en relation avec une reconversion professionnelle, alors que la présence de ressources était rapportée dans ladite évaluation ; fixation par la spécialiste en psychiatrie d'une incapacité totale de travail depuis 2014, en raison de troubles cognitifs mis en évidence lors d'examen neuropsychologiques pratiqués dès le 28 février 2017 et alors que ces troubles n'étaient que partiellement retrouvés lors de l'examen d'expertise psychiatrique, que les séquelles correspondantes étaient qualifiées de légères à modérées par cette même spécialiste, que l'assuré avait rapporté quelques troubles attentionnels et mnésiques n'interférant que peu avec son quotidien, que lesdites séquelles n'avaient pas empêché celui-ci de récupérer son permis de conduire après un examen en mai 2018 et que des tests neuropsychologiques n'avaient pas été répétés lors de l'expertise ; manque d'une partie de l'avant-dernier paragraphe de la

justification des diagnostics psychiatriques, au vu d'une phrase interrompue dans ce paragraphe (pièce 172).

Les questions soulevées par le Dr L _____ ont été posées au I _____ le 22 novembre 2018 (pièce 177).

X _____ est décédé le 18 janvier 2019 au M _____ (pièce 183).

Le 21 janvier 2019, les experts concernés du I _____ ont communiqué leurs réponses à l'Office AI. Le lymphoedème n'entraînait pas de limitations fonctionnelles supplémentaires. L'absence de douleurs et de restriction à la marche avait été mentionnée à ce sujet dans le rapport d'expertise. Il n'y avait aucun intérêt à solliciter un avis angiologique concernant ladite atteinte, visible, puisqu'était déterminant en matière d'assurance-invalidité l'impact fonctionnel d'un diagnostic, et non le diagnostic lui-même. Au surplus, l'état dépressif d'intensité moyenne figurait dans le rapport d'expertise en tant que diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation (F43.2), qui comprenait des symptômes dépressifs. Ce trouble n'était pas incapacitant, si bien que l'examen de cet aspect à la lumière des indicateurs de la jurisprudence devenait sans objet. Le diagnostic de trouble délirant persistant était lié au fait que l'expertisé restait convaincu d'avoir servi de cobaye durant son hospitalisation pour la grave infection de sa jambe. Ce diagnostic n'ayant pas de retentissement sur la capacité de travail, il n'avait pas été retenu dans l'évaluation consensuelle. L'incapacité de travail depuis 2014 se justifiait par la survenance, dans l'intervalle, d'affections somatiques qui avaient occupé le premier plan. Des tests neuropsychologiques n'étaient en principe pas répétés avant un an au moins depuis les précédents. La phrase interrompue ne pouvait pas être reconstituée et il convenait de la supprimer (pièce 181).

Selon le rapport adressé le 25 janvier 2019 au Dr A _____, et la lettre annexée de transfert du 14 janvier précédent, l'assuré avait séjourné du 3 au 9 janvier 2019 au Service de médecine interne du M _____, avant d'être admis dans le Service de médecine intensive adulte du M _____, en raison d'une instabilité hémodynamique, de cette dernière date jusqu'au 18 janvier 2019, date de son décès. Le diagnostic principal de défaillance multiviscérale avait alors été retenu. Parmi les nombreux diagnostics secondaires et comorbidités actives figurait une encéphalopathie hépatique de grade 2 (pièce 185).

Dans son rapport final du 15 mars 2019 (pièce 191), le Dr L _____ a estimé que les volets de médecine interne, d'orthopédie et de gastroentérologie de l'expertise auprès du I _____ lui paraissaient cohérents et que les conclusions y relatives étaient

solides et motivées. En revanche, la partie psychiatrique de cette expertise ne revêtait à son avis aucune valeur probante. Il fallait donc s'écarter des conclusions de l'experte-psychiatre relatives à la capacité de travail et ne retenir aucun diagnostic psychiatrique incapacitant. A cet égard, le trouble délirant persistant était expliqué par le fait que l'assuré estimait avoir servi de cobaye. Selon la spécialiste en psychiatrie, ce diagnostic, qui relevait de la psychose, n'avait pas d'influence sur la capacité de travail. L'assuré avait été vu le 17 mai 2018, soit six jours après l'examen d'expertise psychiatrique, par le Dr N _____, qui n'avait constaté aucun signe de la lignée psychotique ni trouble de l'humeur. La description des activités quotidiennes figurant dans le rapport d'expertise du 27 août 2018 et la poursuite de la conduite automobile jusqu'au retrait transitoire du permis en avril 2018 parlaient contre la présence d'une pathologie du registre psychotique. De plus, cette spécialiste avait fait état tantôt d'un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, actuellement en rémission, tantôt d'un trouble dépressif moyen, réactionnel et sans syndrome somatique, apparu en 2016 à la suite de la perte du travail. L'expertisé n'avait pas relaté de thymie chroniquement abaissée mais une humeur basse occasionnelle le conduisant à prendre du Lexotaniil® une à deux fois par mois. Il n'y avait pas eu de suivi régulier ni de traitement depuis 2014 et à l'anamnèse, l'assuré pouvait s'adonner à différentes activités au cours de la journée. Au vu de tous ces éléments contradictoires, lesdits diagnostics ne pouvaient être validés. Quant aux troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool, retenus sur l'unique base de tests neuropsychologiques effectués en 2017 et que l'experte-psychiatre n'avait pas jugé utile de répéter, ils justifiaient selon celle-ci une incapacité totale de travail depuis 2014. Les résultats de ces tests paraissaient néanmoins en totale contradiction avec la grande curiosité intellectuelle, notamment par la lecture, décrite par l'expertisé, avec la poursuite sans difficulté de la conduite automobile jusqu'au retrait provisoire du permis le 3 avril 2018 et avec la complète normalité des tests neuropsychologiques pratiqués le 17 mai 2018 par le Dr N _____, examens qui avaient motivé la restitution immédiate du permis de conduire. De surcroît, lesdits troubles n'avaient été que partiellement retrouvés lors de l'expertise psychiatrique, puisque seuls des troubles de l'attention non sévères et de la mémoire immédiate, de même que des séquelles légères à modérées, avaient été constatées. Enfin, l'évaluation consensuelle des résultats de l'expertise aboutissait à une incapacité totale de travail dans toute activité depuis 2014 pour des raisons psychiatriques et mentales, ou neuropsychologiques, malgré le fait que la documentation médicale ne comportait aucun élément en faveur d'une affection de ce type avant la fin de l'année 2016 et que, dans ses réponses aux questions complémentaires, l'experte-psychiatre avait indiqué que

l'incapacité de travail était demeurée totale depuis 2014 en raison de la survenance, dans l'intervalle, d'atteintes somatiques ayant occupé le premier plan.

Le Dr L _____ a posé le diagnostic principal incapacitant de status après fracture diaphysaire de la jambe gauche traitée par enclouage centro-médullaire en mars 2015, avec matériel en place. Il a énuméré les autres diagnostics incapacitants de pseudarthrose hypotrophique serrée après fracture sous-capitale de l'humérus droit en mai 2014, d'obésité morbide (IMC : 43 kg/m²), de déformation cunéiforme du corps vertébral de L1 après fracture-tassement en 2014 et de cirrhose hépatique d'origine éthylique (Child A) sur status après décompensation encéphalopathique porto-cave en 2014, varices oesophagiennes résiduelles en 2016, après ligatures en 2014, stabilité de la biologie hépatique entre 2015 et 2017 et sevrage alcoolique de 2014 à 2017, puis reprise d'une consommation modérée en 2018. Entre autres diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool (F10.9), un status après dermo-hypodermite de la jambe gauche en mai 2014 et un lymphoedème des jambes plus prononcé à gauche. Il a conclu que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de menuisier était nulle depuis le 23 mai 2014, que cette capacité était totale, avec une diminution de rendement de 30%, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles définies par les experts dès le 29 juillet 2015 et qu'à partir du 3 janvier 2019, date de l'hospitalisation qui avait conduit au décès de l'assuré, la capacité de travail était nulle dans toute activité (pièce 191).

D. Le 18 avril 2019, l'Office AI a rédigé un projet d'acceptation d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai au 31 octobre 2015. Il a retenu une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle depuis le 23 mai 2014, un taux d'invalidité de 100% à l'issue du délai d'attente d'une année dès cette date ouvrant le droit à une rente entière à partir du 1^{er} mai 2015 puis un taux d'invalidité arrondi à 32% à compter du 29 juillet 2015. Le revenu annuel d'invalidité de 44 368 fr. 10 était basé sur la valeur salariale centrale de 5312 fr. par mois, laquelle figurait à la table « salaire mensuel brut (valeur centrale) selon les branches économiques, le niveau de compétences et le sexe – secteur privé (TA1_tirage_skill_level) » de l'Enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ci-après : ESS), de l'année 2014, pour des tâches simples de niveau 1 accomplies par un homme. Cette valeur salariale était ensuite adaptée à l'évolution des salaires jusqu'en 2015 ainsi qu'à une durée hebdomadaire moyenne de travail de 41.7 heures. Elle était enfin calculée en fonction d'une capacité de travail résiduelle de 70% puis d'une déduction pour activité légère de 5%. Le revenu

sans invalidité de 64 920 fr. 90 par an résultait quant à lui du salaire mensuel de 5174 fr., mentionné dans la table précitée de l'ESS 2014, relatif à des tâches simples de niveau 1 accomplies par un homme dans le secteur 16-18 des industries du bois puis fixé en référence à l'évolution salariale jusqu'à l'année suivante, de même qu'à une durée moyenne de travail de 41.7 heures par semaine. Le taux d'incapacité de gain de 32% résultant de la comparaison de ces deux revenus entraînait la suppression de la rente entière au 31 octobre 2015. Quant à l'incapacité totale de travail du 3 au 18 janvier 2019, date du décès de l'assuré, elle avait duré moins de trente jours et n'influçait pas le droit aux prestations.

L'hoirie de feu X _____, représentée par Me Diana Pereira Benedetti, a contesté ce projet de décision en date du 25 avril 2019. Elle a invoqué que les développements de ce projet étaient en contradiction avec ceux de l'expertise pluridisciplinaire, que l'exigibilité d'un travail adapté à plein temps, avec une baisse de rendement de 30% à cause de l'obésité morbide, ne valait que sous l'angle de la médecine interne et de l'orthopédie mais que d'un point de vue psychiatrique, la dépression ainsi que les troubles mentaux et du comportement rendaient impossible une capacité de travail dans l'activité précédente, mais aussi dans toute autre activité adaptée, et ce depuis mai 2014. Le projet de décision devait donc être modifié en conséquence pour la période du 1^{er} mai 2015 au 18 janvier 2019.

Par décision du 2 septembre 2019, l'Office AI a confirmé son projet d'acceptation de rente du 18 avril précédent et reconnu le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai au 31 octobre 2015. Cette décision était motivée par les interrogations soulevées le 2 novembre 2018 par le Dr L _____ puis les considérations de ce même médecin, dans son rapport final du 15 mars 2019, au sujet des réponses apportées le 21 janvier précédent par les experts concernés du I _____.

E. Le 3 octobre 2019, l'hoirie de feu X _____ a interjeté recours céans contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à la reconnaissance d'une incapacité totale de travail dès le 23 mai 2014, conformément à l'expertise pluridisciplinaire, de même qu'à une invalidité totale depuis le 23 mai 2015 et au versement rétroactif d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2015 au 31 janvier 2019.

La recourante a tout d'abord estimé que le rapport d'expertise du 27 août 2018, circonstancié et rédigé par organisme reconnu en matière d'expertises médicales, revêtait une valeur probante importante. Aux termes des arguments développés dans le

recours, l'association de tous les troubles apparus progressivement depuis 2014 avait conduit les experts à retenir une capacité de travail globale nulle dans toute activité, essentiellement pour des raisons psychiatriques et mentales, mais sans exclure les problèmes de santé physiques apparus antérieurement. L'avis du SMR, qui n'était pas neutre et avait été émis par un médecin non spécialisé en psychiatrie, devait être relativisé au regard des conclusions émanant d'une experte-psychiatre indépendante. Dans le cadre du devoir d'instruction incombant à l'Office AI, les prétendues contradictions soulevées par le médecin du SMR auraient dû être élucidées directement auprès de celle-ci, à plusieurs reprises si nécessaire, et non considérées telles quelles en défaveur de l'assuré. Le terme très général de dépression avait été employé dans l'évaluation consensuelle mais aussi explicité au moyen des diagnostics posés par l'experte spécialisée. Il en allait de même du trouble délirant qui était inclus dans les troubles mentaux. L'absence d'évaluation de l'état psychiatrique à la lumière des critères jurisprudentiels topiques ne pouvait pas être utilisée pour nier la pertinence du diagnostic psychiatrique. Une telle évaluation aurait dû être sollicitée de la part de l'experte-psychiatre. La mise en doute du manque de ressources de l'assuré en référence à la description d'une journée-type constituait un jugement de valeur subjectif et cette experte était mieux à même de déterminer si les activités quotidiennes, plutôt légères et dépourvues de toute obligation de rendement, laissaient espérer des capacités dans le milieu professionnel.

La recourante a argué en second lieu que même si seule une diminution de rendement de 30% pour des motifs somatiques était retenue, le taux d'invalidité n'avait pas été correctement fixé. Etant donné que les activités de menuisier et de cuisinier avaient été exercées, le revenu sans invalidité aurait dû être établi en référence au niveau de compétences 2, plus qualifié que le niveau 1, d'un métier de l'industrie ou de l'artisanat. Ces éléments portaient ledit revenu à 6672 fr. par mois ou 80 064 fr. par an. De plus, les limitations justifiées par les troubles physiques étaient si contraignantes qu'elles excluaient l'exigibilité réaliste d'une activité adaptée à la situation de l'assuré. En tout état de cause, le revenu d'invalidité devait être calculé sur la base d'une baisse de rendement de 30% ainsi que d'un abattement d'au moins 10%. Il correspondait ainsi à un montant annuel maximal de 39 932 francs. La comparaison de ces deux revenus aboutissait à un taux d'invalidité de 51% qui ouvrait le droit à une rente, même si l'incapacité totale figurant dans le rapport d'expertise du 27 août 2018 n'était pas retenue, ce qui était contesté.

Dans sa réponse du 5 novembre 2019, l'Office AI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, à la motivation de laquelle il a renvoyé concernant les conclusions du SMR du 15 mars 2019. Il a invoqué que selon la jurisprudence traitant des niveaux de compétences selon l'ESS, l'accent était mis sur le type de tâches que la personne assurée était susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications et non sur les qualifications elles-mêmes. Cela étant, l'exercice de la profession de cuisinier n'avait pas d'influence sur le niveau de qualifications. D'autre part, dans son activité de menuisier sans formation certifiée, l'assuré effectuait des tâches manuelles simples, ce qui correspondait bien au descriptif des compétences du niveau 1 selon l'ESS. Enfin, le Tribunal fédéral avait estimé à maintes reprises qu'il existait, dans les secteurs de la production et des services d'un marché du travail réputé équilibré, un large éventail d'activités simples, répétitives, légères et accessibles sans formation particulière. A titre d'exemple, des emplois dans le domaine de la surveillance ou du contrôle respectaient les limitations fonctionnelles reprises dans les conclusions du SMR. Il n'était pas justifié de prétendre qu'aucun emploi adapté à ces limitations n'existait sur le premier marché du travail. Celles-ci avaient déjà été prises en compte par les experts dans l'appréciation de la capacité résiduelle de travail, si bien qu'elles ne pouvaient l'être une seconde fois en tant que facteur de réduction du salaire statistique à la base de la détermination du revenu d'invalidité. De surcroît, l'assuré, titulaire d'un permis d'établissement, n'avait pas travaillé longtemps auprès du même employeur avant son incapacité durable de travail. Toujours selon la jurisprudence fédérale, le seul passage à une activité à temps partiel dans le cas d'un homme ne justifiait pas un abattement supérieur à 5% dudit salaire. La déduction de 10% invoquée par la recourante n'aurait de toute manière pas suffi à atteindre le degré d'invalidité minimal de 40% ouvrant le droit une rente.

En date du 28 novembre 2019, la recourante a relevé que l'assuré avait cinquante-six ans à la survenance de ses problèmes de santé et qu'il avait donc travaillé la majeure partie de sa vie comme menuisier. Ce métier exigeait des connaissances techniques spécifiques ainsi que l'utilisation de machines. Même sans être au bénéfice d'une formation certifiée, l'assuré disposait par conséquent d'une longue expérience et de qualifications personnelles lui permettant d'assumer des tâches plus exigeantes que des travaux simples et répétitifs du niveau de compétences 1, telles que des tâches pratiques liées à l'utilisation de machines du niveau 2, voire des tâches pratiques complexes nécessitant un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé du niveau 3. La recourante a maintenu que le revenu annuel sans invalidité devait se monter à 80 054 francs. L'Office AI avait estimé d'autre part, de manière incompréhensible, que le salaire qui aurait pu être réalisé après l'invalidité aurait été plus élevé qu'avant

l'invalidité. Toujours de l'avis de la recourante, le revenu d'invalidé issu du niveau de compétences 1 devait ainsi être revu à la baisse, avant les déductions relatives à la diminution de rendement puis aux limitations personnelles et professionnelles. Elle ne voyait non plus pas quelle activité aurait été conforme aux différentes restrictions fonctionnelles de l'assuré. Les exemples donnés par l'intimé, en relation avec les domaines de la surveillance ou du contrôle, étaient abstraits. S'il était question d'un emploi d'agent de sécurité parfois confronté à des situations dangereuses, cette activité ne respectait pas les exigences des positions de travail alternées et de l'exclusion d'efforts physiques importants. Enfin, l'assuré aurait été engagé au mieux à un taux maximal de 70% pour tenir compte de la baisse de rendement. Le salaire statistique du niveau de compétences 1 selon l'ESS devait donc être réduit de 30% avant même d'y appliquer un abattement pour les circonstances professionnelles et surtout personnelles. Il fallait retenir à cet égard la déduction globale maximale de 25%, au vu des soixante ans de l'assuré au moment de son décès, du permis d'établissement et du taux d'occupation seulement partiel. Le revenu d'invalidé s'élevait donc tout au plus à 34 083 fr. par an et le taux d'invalidité issu de la comparaison non seulement avec un salaire du niveau de compétences 2 ou 3, mais également 1, était supérieur à 40% et donnait droit à une rente.

L'intimé a encore argué, dans sa détermination du 17 décembre 2019, que l'assuré avait œuvré comme menuisier indépendant entre 1985 et 1991 au Portugal, qu'en 1991, il était venu travailler en Suisse dans le domaine de l'hôtellerie, qu'en 1991, il était reparti au Portugal où il avait ouvert un restaurant qu'il avait exploité jusqu'en 2006, qu'il était ensuite revenu sur sol helvétique pour exercer l'activité de menuisier et que depuis 2008, il naviguait entre indemnités de chômage et gains intermédiaires. Or, d'après la jurisprudence fédérale, l'expérience professionnelle ne compensait pas l'absence d'une formation reconnue et ne suffisait pas, à elle seule, à justifier un niveau de qualifications plus élevé. Dans le cas présent, l'assuré avait cessé toute activité dans le domaine de la menuiserie pendant de nombreuses années puis accompli des missions temporaires dans différentes entreprises. Son expérience professionnelle ne justifiait donc pas le recours au niveau de compétences 2. Les tâches effectuées dans la menuiserie, selon le rapport d'entretien du 2 décembre 2014, étaient à qualifier de simples. Il ressortait enfin de l'extrait de compte AVS que depuis le retour de l'assuré en Suisse en 2008, son salaire annuel n'avait jamais atteint 80 000 fr., de sorte que retenir un tel montant au titre de revenu sans invalidité était hors de propos.

En l'absence d'ultimes remarques de la recourante, l'échange d'écritures a été clos le 30 janvier 2020.

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 3 octobre 2019, le présent recours contre la décision du 2 septembre précédent, reçue le lendemain a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; 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 L'article 59 LPGA prévoit que quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir.

Un droit à une rente ayant pris naissance du vivant de l'ayant droit est acquis à son décès par ses héritiers, conformément à l'article 560 alinéa 2 CC. Pour autant qu'ils remplissent les conditions de légitimation de l'article 59 LPGA, ont qualité pour recourir relativement aux intérêts patrimoniaux de la succession non seulement les héritiers ensemble et en commun au sens de l'article 602 alinéa 2 CC, mais également les membres individuels de la communauté héréditaire (Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG], 2020, § 21 *ad* Art. 59, p. 798). Un arriéré de prestations d'assurance, pour une période antérieure au décès de l'assuré, tombe dans la masse successorale, y compris une éventuelle rente complémentaire pour conjoint ou une rente pour enfant. Chaque héritier a qualité pour recourir contre une décision relative à ces prestations. Les membres de la communauté héréditaire ne forment pas des consort nécessaires (Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, § 29 *ad* art. 59, p. 710).

Conformément à l'article 31 alinéa 1 CC, la personnalité finit avec la mort. Au jour du décès, les héritiers acquièrent de plein droit l'universalité de la succession (art. 560 CC). Le droit à une rente de l'assurance-invalidité n'est pas un droit strictement personnel, de

sorte qu'il entre dans la succession, dans la mesure où il existe (soit est encore en suspens) au moment du décès. Lorsque les héritiers ont accepté leur qualité d'héritier (art. 566 CC), ils ont, en vertu du principe de la saisine prévu par l'article 560 alinéa 1 CC, acquis de plein droit l'universalité de la succession et sont devenus pleinement titulaires des droits et obligations du défunt, y compris de la prétention à la rente d'invalidité, ainsi que des expectatives de droit (art. 560 al. 2 CC, ATF 141 V 170 consid. 4.3, arrêt du Tribunal fédéral 9C_707/2020 du 11 mai 2021 consid. 2.2 et les références).

Au vu de ce qui précède, les héritiers de feu X _____ ont qualité pour recourir, selon l'article 59 LPGA, contre la décision d'octroi rétroactif d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai au 31 octobre 2015 prononcée le 2 septembre 2019, soit postérieurement au décès de l'assuré le 18 janvier précédent, en concluant à l'allocation d'une telle rente du 1^{er} mai 2015 au 31 janvier 2019.

2.1 Le présent litige porte sur le droit à la rente d'invalidité. A cet égard, ont été contestés tant les revenus à comparer selon l'article 16 LPGA que la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. En premier lieu, la recourante s'est opposée aux conclusions y relatives du SMR, en particulier aux critiques émises par celui-ci au sujet de la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise du I _____.

Si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions (art. 44 LPGA, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021). Les principes jurisprudentiels posés pour apprécier la valeur probante d'un rapport médical ont été rappelés dans la décision entreprise. Il peut donc y être fait référence.

Dans son arrêt 9C_492/2014 du 3 juin 2015 paru aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en outre fixé de nouvelles exigences d'instruction pour les atteintes psychosomatiques. La présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle ces atteintes pouvaient être surmontées en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible, est abandonnée. Désormais, la capacité de travail réellement exigible de la personne concernée doit être évaluée, sur la base des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée au moyen d'un catalogue d'indicateurs relevant de deux catégories, celle du degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte à la santé et celle de la cohérence du point de vue du comportement de la personne assurée. Tel que jugé dans les arrêts 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 paru aux ATF 143 V 409 et 8C_130/2017 du 30 novembre 2017 paru

aux ATF 143 V 418, l'application de cette procédure probatoire structurée a été étendue aux cas de troubles dépressifs de degré léger à moyen, respectivement à toutes les affections psychiques.

2.2.1 Le Dr L _____ du SMR s'est fondé sur les réponses données le 21 janvier 2019 par les experts du I _____, en particulier sous l'angle psychiatrique (pièce 181), pour conclure de manière cohérente, motivée et convaincante, dans son rapport final du 15 mars 2019, qu'au vu des nombreux éléments contradictoires y relatifs, la partie psychiatrique de l'expertise du I _____ ne revêtait aucune valeur probante et qu'en conséquence, aucun diagnostic psychiatrique incapacitant ne pouvait être retenu (pièce 191).

Les critiques formulées dans le mémoire de recours au sujet de cet avis clair et circonstancié ne permettent pas d'aboutir à un autre résultat. Il appartient notamment aux autorités administratives puis judiciaires, dans le cadre de leur obligation d'établir les faits déterminants pour le droit aux prestations d'assurance en vertu des articles 43 alinéa 1, respectivement 61 lettre c LPGA, d'apprécier la valeur probante des rapports médicaux figurant au dossier, alors que les personnes qui procèdent à une telle évaluation ne sont généralement pas des médecins. *A fortiori*, un médecin œuvrant au sein d'un organisme d'assurance est encore plus apte à réaliser cette analyse, même s'il ne dispose pas de la spécialisation dans laquelle a été rédigé le rapport médical soumis à son appréciation. Contrairement à ce que la recourante a prétendu dans ledit mémoire, l'Office AI n'a pas repris telles quelles, en défaveur de l'assuré, les contradictions relevées dans l'expertise psychiatrique du I _____. Il a bien plutôt déféré à son devoir d'instruction en requérant auprès de l'experte-psychiatre, le 22 novembre 2018, des éclaircissements supplémentaires (pièce 177) sur les éléments manquants, confus ou contradictoires énumérés très précisément, le 2 novembre précédent, par le Dr L _____ (pièce 172). Les réponses apportées le 21 janvier 2019 par les experts concernés du I _____ (pièce 181) ont suffi au médecin du SMR pour dénier, dans son rapport final du 15 mars suivant, toute valeur probante au volet psychiatrique du rapport d'expertise du 27 août 2018 (pièce 191). Dans ces circonstances, le Dr L _____ n'a pas estimé nécessaire d'interpeller une nouvelle fois l'experte-psychiatre du I _____ avant d'examiner la force probante de ce volet.

Quant aux arguments avancés dans le recours concernant l'explicitation, au moyen des diagnostics posés par l'experte spécialisée, des affections psychiques plus générales rapportées dans l'évaluation consensuelle du rapport d'expertise précité, ils ne convainquent guère. Dans ses précisions relatives aux diagnostics psychiatriques

retenus dans le rapport d'expertise du 27 août 2018, cette experte a indiqué que l'assuré remplissait les critères diagnostiques de la CIM-10, alors encore en vigueur, pour un état dépressif d'intensité moyenne à l'heure actuelle (pièce 159). Elle n'a cependant pas énoncé les critères en question ni, surtout, explicitement posé le diagnostic officiel d'épisode dépressif moyen selon cette classification, muni du code diagnostique correspondant F32.1. A suivre le complément d'information apporté le 21 janvier 2019 à ce sujet, l'état dépressif d'intensité moyenne figurait dans le rapport d'expertise en tant que diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation (F43.2), qui comprenait des symptômes dépressifs (pièce 181). Tel que cela ressort de leurs codes diagnostiques distincts selon la CIM-10, les troubles de l'adaptation ne sont toutefois pas assimilables aux épisodes dépressifs, puisque ceux-là sont classés sous la catégorie F40-F48 (troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes) et ceux-ci figurent sous la rubrique F30-F39 (troubles de l'humeur [affectifs]). Au vu des codes respectifs différents de la CIM-10, est également incorrecte l'allégation de la recourante dans le mémoire du 3 octobre 2019, selon laquelle le trouble délirant persistant (F22.0) était inclus dans les troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool, syndrome amnésique (F10.5). Ce trouble délirant persistant, tour à tour estimé avec effet sur la capacité de travail dans le rapport d'expertise du 27 août 2018 (pièce 159) puis sans un tel retentissement dans les réponses données le 21 janvier 2019 par les experts concernés du I _____ (pièce 181), relève en effet des affections F20-F29 (schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants) dans la CIM-10. Les troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool, syndrome amnésique, sont englobés quant à eux dans le groupe F10-F19 (troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives). Il convient de relever au passage que c'est le code F10.6 qui correspond au diagnostic précité, le code F10.5 étant relatif aux troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, trouble psychotique. Compte tenu des motifs invoqués de manière détaillée et pertinente par le Dr L _____ dans son rapport final du 15 mars 2019 (pièce 191), il est au demeurant exclu de considérer lesdits troubles comme incapacitants. Tel semble avoir été le cas à l'époque de l'examen neuropsychologique et logopédique, qui a été pratiqué entre le 28 février et le 3 avril 2017 (pièce 124) et aux résultats duquel les experts du I _____ se sont expressément référés pour retenir le diagnostic correspondant (pièce 159). La raison de l'incapacité de l'assuré à exercer une activité professionnelle en milieu non protégé résidait, de l'avis de la personne non médecin ayant effectué cet examen, dans le fait que la symptomatologie alors mise en évidence s'inscrivait dans les suites d'une encéphalopathie hépatique puis d'un sevrage alcoolique (pièce 124). En date du 9 mars

2015, la Dresse C _____ a en effet rapporté qu'à cause des troubles du système nerveux central liés à l'encéphalopathie hépatique, l'activité exercée n'était plus exigible, qu'une réadaptation professionnelle n'était pas envisageable et que le patient souffrant d'une cirrhose décompensée, sa capacité de travail dans une activité standard se limitait à 30% au maximum (pièces 59 et 60). Le 10 janvier 2017, soit un peu plus d'un mois et demi seulement avant le début de l'examen neuropsychologique et logopédique précité, cette même gastro-entérologue a, en revanche, signalé l'absence de signe d'encéphalopathie hépatique à la consultation d'août 2016 et retenu qu'une cirrhose compensée pouvait entraîner, à cause d'une fatigabilité accrue en cours de journée, une incapacité de travail de 30% au plus (pièce 109, pages 359 et 360). A noter que dans son rapport final du 15 mars 2019, le Dr L _____ a classé les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, avec le code diagnostique F10.9, parmi les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail (pièce 191) et qu'une encéphalopathie hépatique de grade 2 a de nouveau été mise en évidence au cours de l'hospitalisation ayant précédé le décès de l'assuré en date du 18 janvier 2019 (pièce 185).

Les experts du I _____ ont conclu à une incapacité totale de travail dans toute activité depuis mai 2014, en raison de la dépression ainsi que des troubles mentaux et du comportement (pièce 159). Il ressort pourtant de ce qui précède qu'aucun des diagnostics psychiatriques retenus dans leur rapport du 27 août 2018 n'a d'influence sur la capacité de travail. De plus, comme relevé à juste titre par le Dr L _____ dans le rapport final du 15 mars 2019, la documentation médicale ne comportait aucun élément en faveur d'une affection psychique ou neuropsychologiques avant la fin de l'année 2016, si bien que de tels troubles n'ont pas pu être à l'origine d'une quelconque incapacité à partir de mai 2014 déjà (pièce 191). En ce qui concerne enfin la référence, mentionnée dans les informations complémentaires du I _____ datées du 21 janvier 2019 (pièce 181) et dans le recours du 3 octobre suivant, aux atteintes physiques afin de justifier cette incapacité totale de travail dans toute activité dès le mois de mai 2014, ces atteintes ont effectivement entraîné une incapacité totale de travail depuis le 23 mai 2014 dans les activités habituelles de menuisier et de cuisinier (pièces 3, 9, 33, 77, 159 et 191). Par contre, le spécialiste en médecine physique et réadaptation du SMR a estimé, le 17 décembre 2015, que les troubles somatiques permettaient l'exercice à plein temps d'une activité adaptée à compter du 29 juillet 2015 (pièce 77). Dans leur rapport du 27 août 2018, les experts du I _____ ont retenu pour leur part que ces troubles n'entraînaient qu'une baisse de rendement de 30% dans une activité adaptée, qu'ils ont décrite avec précision, à partir du 29 juillet 2015 également (pièce 159). Cette conclusion

a été reprise telle quelle dans le rapport final du 15 mars 2019 (pièce 191). Les affections purement somatiques n'ont donc jamais constitué la cause d'une pleine incapacité dans une activité adaptée depuis mai 2014, de sorte que la justification y relative donnée le 21 janvier 2019 par l'experte-psychiatre du I _____ (pièce 181) tombe à faux.

2.2.2.1 La recourante a argué, dans son mémoire du 3 octobre 2019, que l'absence d'évaluation de l'état psychiatrique à la lumière des critères jurisprudentiels topiques ne pouvait pas être utilisée pour nier la pertinence du diagnostic psychiatrique et qu'une telle évaluation aurait dû être sollicitée de la part de l'experte-psychiatre. Sur injonction du Dr L _____ en date du 2 novembre 2018 (pièce 172), l'intimé a bien demandé à celle-ci, par lettre du 22 novembre suivant, de procéder à l'analyse en question (pièce 177). La spécialiste concernée du I _____ s'est bornée à répondre à cet égard, le 21 janvier 2019, que l'état dépressif d'intensité moyenne figurait dans le rapport d'expertise en tant que diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation et que ledit trouble n'étant pas incapacitant, l'examen de cet aspect à la lumière des indicateurs de la jurisprudence devenait sans objet (pièce 181).

Conformément à l'ATF 143 V 418, toutes les affections psychiques sont désormais soumises à la procédure probatoire structurée. L'examen des indicateurs jurisprudentiels correspondants permet en l'espèce d'exclure toute influence de ces troubles sur la capacité de travail de l'assuré.

2.2.2.2 Dans la catégorie du degré de gravité fonctionnel, il a été relevé plus haut que l'état dépressif moyen n'a pas été diagnostiqué en référence au code correspondant de la CIM-10 et que les autres atteintes d'ordre psychiatrique, à savoir les troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool, le trouble délirant persistant et le trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, n'atteignaient pas un degré de gravité propre à influencer sur la capacité de travail. Certains motifs d'exclusion, sous forme d'incohérences entre les déclarations de l'assuré au sujet de ses capacités à la marche et de la quantité journalière d'alcool consommé, ont en outre été relevés par les experts du I _____ (pièce 159).

Pour ce qui a trait au succès du traitement ou à une résistance à cet égard, l'assuré a, de son propre gré, consulté un psychiatre au début de l'année 2017 (pièce 128). Il a de plus admis, lors de l'examen psychiatrique du 11 mai 2018 auprès du I _____, que le fait de parler serait bénéfique. Après trois consultations, il a toutefois interrompu lui-même ce suivi (pièces 128 et 159). Selon les experts du I _____, un traitement antidépresseur était contre-indiqué en raison d'une possible hépatotoxicité. Un suivi

psychologique visant à retrouver puis à maintenir une abstinence, à apporter un soutien en relation avec la dépression et à évaluer régulièrement les capacités cognitives était hautement souhaitable. Une telle thérapie, qui avait notamment pour but d'aider l'assuré à admettre que l'alcoolisme était à l'origine de l'hépatopathie et à se rendre compte des risques liés à sa reprise, modérée, de consommation d'alcool, était médicalement indiquée, et même jugée importante par les experts en vue de la reprise d'une activité professionnelle. Ce type de suivi n'a apparemment jamais été sollicité par l'assuré qui s'est borné à appliquer des méthodes de pleine conscience ou, en deuxième recours, à prendre un anxiolytique (Lexotanil®) à raison d'une à deux fois par mois, pour maîtriser ses accès de colère (pièce 159).

Le 29 octobre 2014 déjà, le médecin traitant avait jugé qu'une réadaptation professionnelle était envisageable dans une activité adaptée, à un taux d'occupation de 40% pour commencer (pièce 33). L'experte-psychiatre du I _____ a relevé, dans le rapport du 27 août 2018, que l'apprentissage de nouvelles tâches étant entravé et le patient disposant de peu de ressources à cet égard, des mesures de réadaptation ne pouvaient pas être mises en place à cette époque (pièce 159). Il est à supposer qu'aux yeux de cette experte, la restriction desdites capacités d'apprentissage résultait des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool. Cette spécialiste a cependant qualifié les troubles en question de légers à modérés (pièce 159) et leur influence sur la capacité de travail a été niée ci-dessus. Comme souligné par le Dr L _____ en date du 2 novembre 2018 (pièce 172), le manque de ressources évoqué dans la partie psychiatrique de l'expertise du I _____ a été contredit dans l'évaluation consensuelle de cette même expertise. D'après les informations y figurant, l'assuré avait fait montre de beaucoup de volonté pour récupérer la fonction de son membre supérieur droit, dont l'état s'était déjà bien amélioré. Ses ressources se manifestaient également par le fait que, tous les jours, il faisait des tableaux à la peinture à l'huile (pièce 159). Par décision du 12 décembre 2016, l'Office AI avait refusé l'octroi d'un reclassement professionnel, en raison d'un taux d'invalidité alors fixé à 8% seulement (pièce 101). Dans le cadre de l'obligation incombant à l'assuré de réduire autant que possible le préjudice subi, la reprise d'une activité professionnelle, adaptée à ses limitations physiques et tenant compte d'une baisse de rendement de 30%, pouvait néanmoins être exigée de sa part à titre de réadaptation par lui-même. Des recherches d'emplois en ce sens ne ressortent pourtant pas du dossier.

Il est au surplus établi et d'ailleurs non contesté que les comorbidités somatiques incapacitantes, retenues dans le rapport d'expertise du I _____ du 27 août 2018

(pièce 159) et rappelées dans l'appréciation finale du SMR du 15 mars 2019 (pièce 191), permettent l'exercice à plein temps d'une telle activité, avec une diminution de rendement de 30%.

Enfin, selon les indications figurant dans l'évaluation consensuelle des experts du I _____, l'assuré ne souffrait pas d'un trouble de la personnalité. Il possédait de bonnes ressources personnelles. Il vivait dans un environnement familial stable et était bien soutenu par ses proches (pièce 159). Les explications données par l'assuré au sujet du contexte social, au cours d'un entretien du 2 décembre 2014 auprès de l'Office AI, allaient dans le même sens. Il avait trois enfants adultes habitant près de chez lui et son épouse et entretenait de bons contacts avec eux qui le soutenaient. Il disposait en outre d'un réseau dans le domaine de la charpente et de la menuiserie (pièce 41). Lors de l'examen psychiatrique du 11 mai 2018 au I _____, il a été mentionné que l'élan vital de l'expertisé était encore présent pour envisager des activités avec ses proches. Celui-ci aimait voir sa famille et ses petits-enfants. Il formait un couple très lié avec son épouse qui travaillait à temps partiel. Il avait une vie sociale restreinte en dehors de sa famille mais était très bien intégré dans la société suisse. Il avait suffisamment de ressources et était suffisamment entouré par sa famille pour pouvoir gérer ses pertes sans sombrer dans une mélancolie (pièce 159).

2.2.2.3 Au chapitre de la cohérence du point de vue du comportement de l'assuré, le Dr L _____ a pertinemment fait remarquer, dans son rapport final du 15 mars 2019 (pièce 191) que la journée-type décrite pendant l'examen de médecine interne générale du 9 mai 2018 au I _____ avait révélé la capacité de l'assuré de s'adonner à des activités variées, dont certaines relativement physiques, telles que conduire l'épouse au travail, faire quotidiennement soixante minutes de vélo, par étapes, et quarante minutes de marche, préparer les repas de midi et du soir, laver la vaisselle, passer l'aspirateur, aller chercher les petits-enfants à la crèche, faire de la peinture à l'huile, lire des livres d'histoire et regarder un film le soir. Certes, l'expertisé a rapporté à la spécialiste en psychiatrie être fatigable et ralenti lorsqu'il effectuait les tâches quotidiennes. Ne saurait toutefois être suivie la conclusion des experts du I _____, selon laquelle les limitations fonctionnelles psychiatriques, soit une asthénie et une fatigabilité, des troubles cognitifs ainsi qu'une baisse de l'humeur, avaient un impact non seulement sur l'exercice du métier de menuisier et de toute activité adaptée, mais aussi sur l'accomplissement des travaux habituels, sur les déplacements et sur l'autonomie du patient. L'abandon de certaines activités antérieures aux atteintes à la santé, comme la pêche, la cueillette des champignons et l'ornithologie, semble plutôt dû aux limitations

fonctionnelles somatiques, ce d'autant plus que ces loisirs ont été cités dans le cadre de l'expertise orthopédique. La peinture à l'huile a par contre été maintenue comme par le passé (pièce 159). Dans ces circonstances, une restriction uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie ne peut être retenue en l'espèce. Tel que tranché précédemment, les troubles psychiques de l'assuré n'avaient pas de répercussion sur la capacité à exercer les activités professionnelles tant antérieures qu'adaptées. Ils n'en avaient *a fortiori* non plus pas sur l'accomplissement des tâches ménagères, des travaux habituels et d'autres activités quotidiennes ni sur les loisirs.

Le poids des souffrances doit finalement être relativisé, étant donné que l'assuré n'avait pas été demandeur du suivi thérapeutique pourtant jugé hautement souhaitable dans son cas. Il n'avait non plus pas procédé à des démarches en vue de trouver un emploi compatible avec son état de santé physique.

C'est ainsi à juste titre que l'Office AI a, dans la décision entreprise, écarté toute incapacité de travail pour des raisons psychiatriques et déterminé l'invalidité de l'assuré en retenant plus particulièrement, à compter du 29 juillet 2015, une baisse de rendement de 30% dans une activité adaptée aux seules limitations somatiques.

3.1 Dans un deuxième moyen, la recourante a contesté le revenu annuel d'invalidité de 44 368 fr. 10 fixé dans la décision du 2 septembre 2019, qu'elle a estimé correspondre à 39 932 fr. dans son mémoire du 3 octobre 2019, puis à 34 083 fr. dans sa détermination du 28 novembre suivant.

Aux termes de l'article 16 LPGa, 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. Quant à l'article 26^{bis} alinéa 3 RAI, dans sa nouvelle teneur depuis le 1^{er} janvier 2022, il prévoit que si, du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'article 49 alinéa 1^{bis} RAI ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50% ou moins, une déduction de 10% pour le travail à temps partiel est opérée sur la valeur statistique. Selon l'article 88a alinéa 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a

duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

La décision querellée ainsi que la réponse de l'intimé du 5 novembre 2019 exposent déjà les développements jurisprudentiels relatifs à la détermination du revenu d'invalidé prévu par l'article 16 LPGA, à savoir le recours au salaire topique de l'ESS lorsque depuis la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'exerce pas d'activité exigible (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et les références, 129 V 472 consid. 4.2.1, 126 V 75 consid. 3b/aa, 124 V 321 consid. 3b/aa et 117 V 8 consid. 2c/aa, arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 196/02 du 23 janvier 2003 consid. 4.3), la notion de marché équilibré du travail (ATF 110 V 273 consid. 4b, arrêt du Tribunal fédéral 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2), l'existence sur ce marché d'un large éventail d'activités simples, répétitives et accessibles sans formation particulière dans les secteurs de la production et des services (arrêts du Tribunal fédéral 9C_692/2015 du 23 février 2016 consid. 3.1, 9C_843/2012 du 1^{er} mars 2013 consid. 33, 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.2, 9C_361/2008 du 9 février 2009 consid. 6.1 et 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4) et de l'absence d'abattement en raison des limitations liées au handicap si celles-ci ont déjà été prises en compte lors de l'appréciation de la capacité résiduelle de travail (ATF 142 V 178 consid. 1.4 et 2.5.9, arrêts du Tribunal fédéral 9C_497/2020 du 25 juin 2021 consid. 5.2.2, 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 5.2 et 8C_521/2016 du 19 mai 2017 consid. 5.1 et les références, arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 493/05 du 22 décembre 2005 consid. 4.4.2, I 254/05 du 22 août 2005 consid. 4, U 21/03 du 25 août 2003 consid. 4.2.2 et I 724/02 du 10 janvier 2003 consid. 4.2.2).

Il convient de citer également les jurisprudences traitant des facteurs de réduction – non automatique et de 25% au maximum – du salaire statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et 4.2.3, 126 V 75 consid. 3 et 5 et 124 V 321 consid. 3b/aa, arrêt du Tribunal fédéral 9C_481/2017 du 1^{er} décembre 2017 consid. 5.2, arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 724/02 précité consid. 4.2.1), du caractère exceptionnel d'une déduction maximale de 25% (arrêt du Tribunal fédéral 9C_418/2008 du 17 septembre 2008 consid. 3.3.2), de la non-justification d'une déduction à cause de l'âge (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc, Pratique VSI 1999 246 consid. 4c, arrêts du Tribunal fédéral 9C_158/2016 du 5 avril 2016 consid. 4.2.2 et la référence, 8C_808/2013 du 14 février 2014 consid. 7.3 et les références, 8C_529/2007 du 23 mai 2008 consid. 4.1 et 8C_321/2007 du 6 mai 2008 consid. 8.2.2, arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 92/06 du 16 août 2006 consid. 6.3) et des années de service (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc, Pratique VSI 2000 314 consid. 5a/cc et 1999 246 consid. 4c, arrêt du Tribunal fédéral 8C_529/2007 du 23 mai

2008 consid. 4.2) en relation avec une activité simple, répétitive et ne nécessitant pas de formation et, enfin, de l'application d'un abattement de 5% tout au plus au seul motif d'une capacité de travail réduite d'un homme dans une activité adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2009 du 20 novembre 2009 consid. 4.2, arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 785/02 du 23 janvier 2004 consid. 4.5 et la référence et I 724/02 du 10 janvier 2003 consid. 4.2.2).

Concernant ce dernier point, le Tribunal fédéral a relevé par la suite qu'au contraire d'une capacité de travail partielle dans une activité adaptée exercée par un homme, une diminution de rendement dans une telle activité exigible à plein temps ne justifiait pas de retenir, en sus, une réduction du salaire statistique en raison du handicap (arrêts 9C_582/2011 du 3 novembre 2011 consid. 3.1, 9C_40/2011 du 1^{er} avril 2011 consid. 2.3.1, 8C_827/2009 du 26 avril 2010 consid. 4.2.1, 9C_980/2008 du 4 mars 2009 consid. 3.1.2, 8C_765/2007 du 11 juillet 2008 consid. 4.3.3, 9C_344/2008 du 5 juin 2008 consid. 4 et I 69/07 du 2 novembre 2007 consid. 5.1).

Enfin, lors de l'adaptation à l'évolution des salaires en vue de la fixation des revenus avec et sans invalidité, il convient de différencier en fonction du sexe (arrêt du Tribunal fédéral 8C_72/2019 du 11 juin 2019 consid. 4.1, paru *in* SVR 2019 IV Nr. 88).

3.2 Dans sa réponse du 5 novembre 2019, l'intimé a pertinemment contredit, en citant la jurisprudence en la matière, l'argument invoqué dans le recours du 3 octobre 2019, selon lequel les limitations physiques de l'assuré étaient si contraignantes qu'elles excluaient l'exigibilité réaliste d'une activité adaptée à sa situation. En date du 29 octobre 2014, le Dr A _____ a considéré qu'une réadaptation professionnelle était envisageable dans une activité adaptée comme celle de magasinier (pièce 33). Au cours de l'entretien du 2 décembre suivant, l'Office AI a également évoqué le poste de magasinier parmi d'autres emplois adaptés, tels que ceux de gestionnaire de stocks ou d'ouvrier d'usine (pièce 41). Concernant cette dernière occupation, des travaux fins dans l'industrie légère, notamment l'horlogerie, apparaissaient tout à fait conformes à l'état de santé physique de l'assuré qui, selon ses propres déclarations lors de l'examen de médecine interne générale au I _____, faisait tous les jours de la peinture à l'huile (pièce 159). De plus et contrairement à ce qui a été allégué dans la réplique du 28 novembre 2019, les activités de surveillance (de parkings souterrains, de centres commerciaux ou de grands magasins par exemple) et de contrôle (en particulier de chaînes de production), qui ont été mentionnées dans la réponse au recours, n'étaient pas abstraites et existaient en suffisance sur un marché du travail réputé équilibré au sens de l'article 16 LPGA.

Au vu de ce qui précède, le revenu annuel d'invalide se calcule comme suit : 5312 fr. + 0.3% (site internet de l'OFS ; onglets : « trouver des statistiques », « travail et rémunération », « salaires, revenu professionnel et coût du travail », tableau « évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels » : salaires nominaux, variation par rapport à l'année précédente, 2015, hommes) = (5327 fr. 94 : 40) x 41.7 (site internet de l'OFS ; onglets : « trouver des statistiques », « travail et rémunération », « 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 » : total, 2015) = 5554 fr. 38 x 12 = 66 652 fr. 56 x 70% = 46 656 fr. 80. Alors que la recourante a semblé en douter dans ses écritures des 3 octobre et 28 novembre 2019, la décision querellée comporte donc bien la diminution de rendement de 30%, par le biais de la capacité de travail résiduelle de 70%.

Contrairement à ce qui a été appliqué dans la décision entreprise et allégué dans le recours, la Cour estime qu'aucune déduction pour activité légère ne se justifie en l'espèce. Les limitations fonctionnelles physiques ont déjà été prises en compte par la baisse de rendement de 30% dans une activité adaptée auxdites limitations (pièces 159 et 191), de sorte qu'elles ne sauraient l'être une seconde fois au moyen d'une réduction correspondante du salaire statistique topique dans le cadre du calcul du revenu d'invalide. A la date de l'exigibilité d'une telle activité à un rendement diminué de 30%, soit le 29 juillet 2015 (pièces 159 et 191), l'assuré était âgé de cinquante-sept ans (pièces 9 et 23, page 42). Durant plus de cinq ans avant la survenance, le 23 mai 2014, de l'incapacité totale de travail, il a pratiquement toujours travaillé dans le cadre de missions temporaires auprès d'agences de placement de personnel (pièces 9 et 26). De toute manière, une déduction motivée par l'âge ou les années de service ne se justifie pas relativement à une activité simple, répétitive et ne nécessitant pas de formation. L'assuré, de nationalité portugaise, a vécu en Suisse de 1977 à 1991 puis dès 2007 (pièce 43) et était titulaire d'un permis d'établissement (pièce 23, page 42). Aucun abattement ne saurait donc être retenu au titre de la nationalité et de l'autorisation de séjour. Il ressort enfin de la jurisprudence exposée ci-dessus, d'ailleurs reprise dans le nouvel article 26^{bis} alinéa 3 RAI, que dans le cas d'un homme, seul un taux d'occupation réduit dans une activité adaptée, mais non un rendement diminué dans une telle activité exigible à plein temps, permet de procéder à un abattement du salaire statistique à retenir lors de la détermination du gain d'invalide. Tant les experts du I _____, dans leurs conclusions du 27 août 2018 (pièce 159), que le médecin du SMR, dans son rapport final du 15 mars 2019 (pièce 191), ont jugé que dans une activité adaptée, la capacité de travail était totale en temps, avec une diminution de rendement de 30%. En

conséquence, la déduction de 5% opérée par l'Office AI dans la décision entreprise n'est pas justifiée et le revenu d'invalidé déterminant de l'assuré se chiffre à 46 646 fr. 80 par an.

4.1 Le gain annuel sans invalidité de 64 920 fr. 90 figurant dans la décision attaquée a également été critiqué par la recourante qui, dans ses écritures des 3 octobre puis 28 novembre 2019, l'a évalué à 80 064 francs.

En ce qui concerne la détermination du revenu sans invalidité, est déterminant le salaire que la personne assurée aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, effectivement gagné en tant que valide au début du droit à la rente au plus tôt. Ce revenu doit être déterminé aussi concrètement que possible. C'est en principe le dernier revenu touché, au besoin adapté au renchérissement et à l'évolution réelle des salaires, qui doit être retenu car c'est un fait d'expérience que, sans atteinte à la santé, l'activité antérieure aurait été poursuivie. Les exceptions à ce principe sont à établir au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1, arrêt du Tribunal fédéral 9C_413/2017 du 19 septembre 2017 consid. 3.2.1 et les références). Si les circonstances concrètes ne permettent pas de chiffrer le gain réalisable sans atteinte à la santé de manière suffisamment précise, des valeurs statistiques telles que celles de l'ESS peuvent être utilisées, tant que les éléments personnels et professionnels déterminants pour la rémunération dans le cas d'espèce sont pris en considération. Le choix de la table applicable doit reproduire au mieux l'évolution hautement vraisemblable du revenu sans atteinte à la santé. A cet égard, le revenu de valide ne correspond pas à une dimension passée mais hypothétique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_572/2021 du 19 janvier 2022 consid. 3.1 et les références).

Selon l'exposé du Tribunal fédéral au considérant 3.3 de l'arrêt 9C_901/2017 du 28 mai 2018 et au considérant 4.1 de l'arrêt 9C_370/2019 du 10 juillet 2019, depuis la dixième édition de l'ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'OFS par profession, en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences), et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétences ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012 et ATF 142 V 178 consid. 2.5.3).

Au considérant 7.4.1 de son arrêt 8C_131/2021 du 2 août 2021, paru *in* SVR 2022 UV Nr. 3, le Tribunal fédéral a en outre apporté, exemples à l'appui, certains éclaircissements relatifs aux niveaux d'exigences selon l'ESS. Il a notamment indiqué que l'application du niveau de compétences 2 (tâches pratiques) ou, jusqu'à l'ESS 2010, du niveau des qualifications requises 3 (connaissances professionnelles spécialisées) ne se justifiait que si la personne assurée disposait d'aptitudes et de connaissances particulières. Faute de telles aptitudes et connaissances, il faut se baser sur la valeur centrale du niveau de compétences 1 (tâches physiques ou manuelles simples) ou, jusqu'à l'ESS 2010, du niveau des qualifications requises 4 (activités simples et répétitives).

4.2 L'argumentation développée dans le recours du 3 octobre 2019 et surtout dans la réplique du 28 novembre suivant au sujet de la référence, dans le cadre de la détermination du revenu de valide, au niveau de compétences 2 (tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement de données et les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité, la conduite de véhicules) plutôt que 1 (tâches physiques ou manuelles simples) de l'ESS 2014 se révèle fondée. Dans cette dernière écriture, la recourante a exprimé à juste titre son incompréhension face au fait que le salaire statistique mensuel de 5312 fr. ayant servi de base au gain d'invalide était plus élevé que celui de 5174 fr. à l'origine du revenu sans invalidité.

Comme l'Office AI l'a d'ailleurs lui-même indiqué dans sa réponse du 5 novembre 2019 en citant les arrêts susmentionnés 9C_901/2017 et 9C_370/2019, l'accent est mis, depuis l'ESS 2012, sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences), et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. L'intimé ne saurait toutefois être suivi dans ses allégations des 5 novembre et 17 décembre 2019. D'après celles-ci, l'assuré effectuait, dans son activité de menuisier sans formation certifiée, des tâches manuelles simples qui rejoignaient le descriptif des compétences du niveau 1 selon l'ESS. Il avait cessé toute activité dans le domaine de la menuiserie pendant de nombreuses années puis accompli des missions temporaires dans différentes entreprises. Son expérience professionnelle ne justifiait donc pas le recours au niveau de compétences 2.

Le parcours professionnel ressortant du *curriculum vitae* de l'assuré (pièce 43), ainsi que les activités que celui-ci effectuait en tant que menuisier-charpentier selon les informations recueillies lors de l'entretien du 2 décembre 2014 auprès de l'Office AI (pièce 41), ne correspondent toutefois pas au résumé que dit office en a fait dans sa duplique du 17 décembre 2019. Au contraire, l'assuré a toujours œuvré dans le domaine

de la construction, de 1977 à 1991 puis dès 2007 en Suisse et de 1992 à 2006 aux Etats-Unis. Il a alors occupé les postes de responsable de logistique à la tête d'une équipe de onze personnes, de contremaître et de chef de chantier. Il a aussi travaillé en tant qu'indépendant, avec une équipe de sept personnes (pièce 43). Les travaux de menuiserie et de charpenterie, d'isolation et de décoration, de même que des tâches telles que la commande de marchandises, la gestion des plannings et la lecture de plans, qui ont été énumérés au cours de l'entretien susmentionné, ne sauraient s'apparenter à des activités physiques ou manuelles simples du niveau de compétences 1. Il s'agit bien plutôt là d'activités pratiques incluant l'utilisation de machines et d'appareils électroniques ainsi que la conduite de véhicules et, en sus, de tâches administratives, lesquelles relèvent du niveau de compétences 2. Conformément aux motifs de l'arrêt précité 8C_131/2021, l'assuré disposait ainsi d'aptitudes et de connaissances particulières exigées pour recourir à ce dernier niveau de compétences, en lieu et place du niveau inférieur 1. Se référant à l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_599/2016 du 15 novembre 2016, l'intimé a argué que l'expérience professionnelle seule ne compensait pas un manque de formation professionnelle reconnue. Il convient toutefois de replacer cette affirmation dans le contexte factuel de l'arrêt en question, lequel diffère du présent état de fait. Dans le cas ayant donné lieu à cet arrêt, l'assurée, au bénéfice d'un apprentissage de laborantine en chimie terminé avec succès, concluait à la fixation du revenu de valide sur la base du niveau des qualifications requises 2 (travail indépendant et très qualifié) plutôt que 3 (connaissances professionnelles spécialisées) de l'ESS 2010. De plus, l'expérience professionnelle particulière qu'elle invoquait devait être relativisée, étant donné qu'après son retour à la vie active, elle avait accompli durant six ans du travail à domicile non qualifié sans rapport avec sa formation de laborantine en chimie, bien qu'elle aurait incontestablement pu exercer la profession apprise au cours de cette période (arrêt précité 8C_599/2016 consid. 3.3). Ces considérations ne s'appliquent toutefois en l'espèce, puisque l'assuré n'a jamais cessé d'être actif dans le secteur de la construction.

En conséquence, le revenu annuel d'invalidé se calcule comme suit : 5847 fr. (ESS 2014, table précitée « TA1_tirage_skill_level », secteur 16-18 « industries du bois et du papier, imprimerie », niveau de compétences 2, hommes) + 0.3% = (5864 fr. 54 : 40) x 41.7 (tableau précité « durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique (NOGA 2008), en heures par semaine » : secteur 16-18 « industries du bois et du papier, imprimerie », 2015) = 6113 fr. 78 x 12 = 73 365 fr. 35. Pour répondre à la remarque correspondante que l'intimé a formulée dans sa détermination du 17 décembre 2019, ce gain de valide de 73 365 fr. 35 n'est guère éloigné du salaire de

72 456 fr. que l'assuré a réalisé durant l'année 2008, en travaillant dans le domaine de la construction.

4.3 La comparaison entre les deux revenus de 46 656 fr. 80 et de 73 365 fr. 35 selon l'article 16 LPGa aboutit à un taux d'invalidité de 36.4% au 29 juillet 2015 (pièce 191). Au vu de l'article 28 alinéa 2 aLAI, ce taux est toutefois insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Il conduit ainsi à la suppression, au 31 octobre 2015, de la rente entière d'invalidité octroyée dès le 1^{er} mai 2015, conformément à l'article 88a alinéa 1 RAI.

Partant, le recours est rejeté et la décision de l'Office AI du 2 septembre 2019 confirmée.

5.1 Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. en fonction de l'importance de la procédure (art. 61 let. a LPGa, 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 9 octobre 2019.

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 l'hoirie de feu X _____.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 31 mars 2022