

S1 23 180

ARRÊT DU 11 NOVEMBRE 2024

**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 Procap Suisse, Maître Franziska Lüthy, avocate, Biel/Bienne

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(art. 17 et 28 LAI ; refus de prestations AI, valeur probante de l'avis du SMR)

Faits

A. X _____, née le xx.xx 1971, ressortissante syrienne, titulaire d'une autorisation de séjour avec le statut de réfugiée habilitée à travailler en Suisse (permis F), sans formation particulière, n'a pas exercé d'activité lucrative depuis son arrivée en Suisse en 2011 (pièce OAI 9).

Mère de deux enfants nés en 1998 et 2001, elle est mariée avec un ressortissant syrien qui a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI du Valais en 2019 (ci-après : OAI). En l'absence d'atteinte invalidante à la santé, cette demande a été rejetée par décision du 17 février 2020 (pièce OAI 7).

B. Le 23 novembre 2022, l'assurée a adressé une demande de prestations à l'OAI, sans indication particulière quant à l'atteinte dont elle souffrait (pièce OAI 3). Elle était accompagnée pour ses démarches administratives par le Centre médico-social de A _____ (CMS ; pièce OAI 12).

Au niveau médical, un traitement ambulatoire était en place depuis 2016 auprès de son médecin traitant, le Dr B _____. Dans un rapport du 2 mai 2023, ce généraliste FMH a rapporté que sa patiente avait été prise en charge par le passé pour différentes atteintes (asthme allergique, adénopathie cervicales antérieures gauches et sous-mandibulaires gauches, dermographisme sévère et urticaire factice) et que lors de son dernier contrôle du 21 janvier 2023, elle souffrait de lombo-sciatalgies gauches récidivantes, d'une fibromyalgie, d'une hernie discale avec syndrome radiculaire L5 (objectivée par une IRM du 23 février 2023), d'asthénie et d'une intolérance à l'effort, ainsi que d'un état anxio-dépressif qui était stable. Selon le généraliste, la capacité de travail était nulle dans toute activité (pièce OAI 15).

Concernant l'urticaire récidivante, l'assurée consultait aléatoirement le Dr C _____. Le 16 juin 2023, cet allergologue FMH a indiqué que cette atteinte n'entraînait aucune contre-indication à une activité professionnelle (pièce OAI 17). Un possible asthme bronchique avait en outre conduit à une consultation en mars 2018 auprès de la Dresse D _____, spécialiste FMH en maladie des poumons, qui avait introduit un traitement médicamenteux temporaire sur trois mois. Depuis cet examen, l'intéressée n'avait plus été revue par la Dresse D _____ (pièce OAI 18). Quant aux lombalgies chroniques, l'assurée a été examinée à une reprise par le Dr E _____ le 10 mars 2023, lequel estimait que ce trouble limitait la mobilité et le port de charges et contre-indiquait une activité en position statique debout prolongée. Dans une activité adaptée à ces

limitations, ce spécialiste FMH en neurochirurgie a évalué à 100% la capacité de travail (pièce OAI 20).

Ces éléments ont été soumis au Dr F _____, médecin auprès du Service médical régional du Rhône (ci-après : SMR). Le 21 juillet 2023, il a considéré que la hernie discale avec un syndrome radiculaire L5, traitée par physiothérapie, entraînait des limitations fonctionnelles (position de travail alternée, port de charges limité à 5 kilos, travaux lourds exclus, pas de mouvement en porte-à-faux du tronc ni d'activité en position statique prolongée) et que dans une activité adaptée, une pleine capacité de travail était attendue. Il a ajouté que l'état anxio-dépressif n'était pas étayé et ne justifiait pas de limitations supplémentaires (pièce OAI 21).

C. Par projets de décisions du 2 août 2023, l'OAI a informé son assurée qu'elle ne pouvait pas prétendre à des mesures d'ordre professionnel ni à une rente d'invalidité, dès lors qu'elle ne présentait aucune incapacité de gain dans une activité légère et adaptée (pièces OAI 23 et 24).

Le 8 septembre 2023, l'intéressée a contesté la pleine capacité de travail que lui reconnaissait l'OAI dans une activité adaptée (pièce OAI 25).

Par décisions du 27 septembre 2023, l'OAI a dénié à l'intéressée tout droit à des prestations AI (refus de rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel).

D. X _____ a recouru céans contre ces deux décisions le 30 octobre 2023, concluant, sous suite de frais et dépens, à leur annulation et à l'octroi de prestations AI, respectivement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Etant au bénéfice de l'aide sociale, elle a également requis l'assistance judiciaire limitée à la dispense de l'avance de frais, ce qui lui a été accordé par décision présidentielle du 27 novembre 2023 (S3 23 58). En substance, la recourante a soutenu que ses atteintes à la santé l'empêchaient d'exercer la moindre activité ou d'entreprendre une formation et qu'elle avait besoin d'être soutenue pour retrouver un travail. Le 22 novembre 2023, elle a ajouté que l'avis du SMR ne pouvait pas être suivi, dès lors qu'il ne tenait pas compte de ses importantes douleurs physiques ni de son état psychique. Sur ce dernier point, elle a précisé qu'aucun suivi psychiatrique n'avait à ce jour été mis en œuvre en raison de sa mauvaise compréhension du français.

Dans sa réponse du 19 décembre 2023, l'OAI a rejeté les critiques à l'égard de l'avis du SMR et a considéré qu'il était entièrement probant.

Le 22 janvier 2024, la recourante a répété que le SMR avait totalement écarté son atteinte psychique alors qu'une instruction complémentaire aurait dû être ordonnée.

Sans autre remarque, l'échange d'écritures a été clos le 31 janvier 2024.

Considérant en droit

1.

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

Posté le 30 octobre 2023, le présent recours à l'encontre des décisions du 27 septembre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

1.2. La modification du 19 juin 2020 de la LAI (Développement continu de l'AI, RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou à l'époque de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 146 V 364 consid. 7.1 et 144 V 210 consid. 4.3.1). En l'occurrence, dans la mesure où la recourante a déposé sa demande de prestations en novembre 2022, le nouveau droit est applicable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations AI (rente et mesures d'ordre professionnel). Cette dernière remet en cause la valeur probante de l'avis du SMR sur lequel s'est basé l'OAI pour lui refuser toute prestation.

2.1. L'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et, qu'au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). L'atteinte moyenne à la capacité de travail pendant une année et l'incapacité de gain existant à l'expiration du délai d'attente doivent être cumulatives (arrêts du Tribunal fédéral 8C_618/2021 du 14 décembre 2021 consid. 4.2, 8C_718/2018 du 1^{er} janvier 2018

consid. 2.2, 9C_942/2015 du 18 février 2016 consid. 3.1, 8C_174/2013 du 21 octobre 2013 consid. 3.2 et 9C_996/2010 du 5 mai 2011 consid. 7.1).

L'invalidité est une notion économique et non médicale. Les critères médico-théoriques ne sont pas déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain le sont (cf. par analogie, RAMA 1991 n° U 130 p. 272 consid. 3b ; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

2.2. 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 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 du Tribunal fédéral 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

En général, le médecin traitant prend position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur la capacité de travail. Il appartient ensuite au service médical régional (SMR) de procéder à l'évaluation médicale visant à déterminer s'il s'agit d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité (art. 59 al. 2bis aLAI ; cf. CIIAI, ch. 1001 ss). Selon l'article 59 alinéa 2bis aLAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'article 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Un rapport au sens de cette disposition (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Les rapports du SMR ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale

d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 et 122 V 157 consid. 1d ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2920).

Même si la jurisprudence a toujours reconnu une valeur probante aux rapports des médecins internes à une assurance, il convient cependant de relever qu'en pratique, ces appréciations ne revêtent pas la même force probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur dans le cadre de la procédure selon l'article 44 LPG. Le tribunal devrait accorder entière valeur probante à cette dernière catégorie d'expertise émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elle remplisse les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de sa fiabilité. Si un cas d'assurance doit être tranché sans recours à une expertise externe, des exigences sévères doivent alors être posées à l'appréciation des preuves. S'il subsiste ne serait-ce qu'un léger doute au sujet du caractère fiable et fondé des conclusions médicales internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_245/2011 du 25 août 2011 consid. 5.3). Quant aux médecins traitants qui se concentrent principalement sur la question du traitement médical, leurs rapports n'aboutissent pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante et ne remplissent donc que peu souvent les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125 V 351 consid. 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait que les médecins de famille, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, se prononcent en cas de doute plutôt en faveur de ceux-ci, la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.1.2).

2.3. 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 LPG), 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 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la réf. cit.).

En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou le fait que d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits – même émanant de spécialistes – ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale (arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 cité consid. 4.1.1 et U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

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 non plus ouverte à la personne assurée. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise résulte de la question 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 du Tribunal fédéral U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références).

2.4. 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 (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêts du Tribunal fédéral

8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 et 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

3. Dans le cas d'espèce, le SMR a considéré que la recourante avait toujours conservé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations physiques (épargnant le dos, évitant les travaux lourds et permettant d'alterner les positions). En l'absence d'incapacité de travail dans une telle activité et dans la mesure où l'intéressée n'avait jamais exercé d'activité lucrative depuis son arrivée en Suisse, l'OAI a considéré qu'elle ne subissait aucune perte de gain.

On relève que le statut de personne active à 100% (les deux enfants étant majeurs) est incontesté. La recourante s'en prend en revanche à l'avis du SMR, estimant qu'il n'avait pas tenu compte de ses différentes atteintes, notamment psychique. Pour ce faire, elle se prévaut de l'avis de son médecin traitant qui lui reconnaissait une incapacité totale de travailler.

3.1. Les critiques émises dans le recours ne convainquent cependant pas. Le rapport final du 21 juillet 2023 du SMR repose en effet sur les différentes pièces du dossier, tient compte de l'anamnèse de la recourante, de ses plaintes, et motive de manière étayée les raisons pour lesquelles un emploi à plein temps pouvait être repris dans une activité adaptée.

Sur le plan physique, le SMR a ainsi démontré que les différentes atteintes (ophtalmologiques, allergiques, ainsi que les nodules thyroïdiens) n'avaient aucune influence sur la capacité de travail. Cette appréciation n'est pas contestée par un autre avis et les différents spécialistes consultés ont d'ailleurs confirmé l'absence de caractère incapacitant de ces affections. Quant à la hernie discale, ce trouble a justifié les limitations fonctionnelles retenues par le SMR sur la base de l'avis du Dr E _____. Ce dernier a, au demeurant, confirmé que le pronostic était bon et qu'un travail adapté pouvait être repris à temps plein (pièce OAI 20, p. 65). Sur ce point, l'avis de ce spécialiste prévaut sur celui du Dr B _____, lequel n'a fourni aucune explication quant à l'incapacité totale de travail qu'il a retenu. L'avis du médecin traitant, laconique et très peu étayé, ne décrit en effet aucunement les troubles de sa patiente ni leurs répercussions sur sa vie de tous les jours. Le Dr B _____ ne démontre ainsi pas pour quelle raison sa patiente serait totalement incapable de reprendre une activité, même adaptée à ses lombalgies. On relève d'ailleurs que son dernier contrôle remontait à près de 4 mois (le 21 janvier 2023) et que le traitement instauré était uniquement conservateur sous la forme de médicaments antalgiques et de séances de

physiothérapie (cf. rapport du 2 mai 2023 ; pièce OAI 15). Par la suite et après avoir reçu les projets de décisions du 2 août 2023, la recourante n'a de plus pas produit de nouvelles pièces qui démontreraient que son état de santé s'était aggravé.

Au niveau psychique, l'intéressée soutient que son état anxio-dépressif était incapacitant et qu'aucun suivi spécialisé n'avait été instauré en raison de ses difficultés à trouver un thérapeute parlant sa langue. Cet argument n'est guère convaincant et démontre l'absence de réelle nécessité à suivre un traitement psychiatrique. Il existe en effet en Suisse des offres de traitement pour les personnes réfugiées et migrantes atteintes de troubles psychiques auprès de différentes institutions et services psychiatriques universitaires. Si une réelle et grave atteinte psychique affectait la recourante, son médecin traitant l'aurait redirigée vers une institution spécialisée avec, le cas échéant, l'assistance d'un interprète. Or, le Dr B _____ n'a instauré aucun traitement particulier pour l'état anxio-dépressif qu'il a d'ailleurs décrit comme stable. Dans la mesure où un diagnostic précis, émanant d'un spécialiste en psychiatrie et reposant notamment sur le système de classification CIM-10, n'a pas été émis, il ne revenait pas à l'OAI d'instruire plus en détail ce point. Du reste, le SMR n'a pas omis de se prononcer sur ce trouble psychique, mais a relevé qu'un tel diagnostic n'était pas incapacitant en soit, ce d'autant plus qu'aucun suivi psychiatrique spécialisé n'existait (pièce OAI 21).

3.2. Au vu de ces éléments, la situation médicale de la recourante n'a jamais entravé sa capacité à travailler dans une activité légère et adaptée permettant une alternance des positions, évitant les travaux lourds et épargnant son dos. De telles activités sont par ailleurs disponibles en suffisance sur le marché équilibré du travail qui, pour rappel, est une notion théorique et abstraite impliquant notamment un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre ainsi qu'un marché du travail structuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_597/2018 du 18 janvier 2019 consid. 5.2 avec les références). Elle ne revient en revanche pas à examiner si un invalide pourrait être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – ce qui incombe à l'assurance-chômage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

Dans ces conditions, l'OAI était en droit de refuser d'octroyer des prestations AI à la recourante, en l'absence d'incapacité de gain. Le taux d'invalidité de 0% n'est du reste pas remis en cause et doit être confirmé.

3.3. Le recours du 30 octobre 2023 est dès lors rejeté et les deux décisions du 27 septembre précédent confirmées.

4. Par décision présidentielle du 27 novembre 2023, X _____ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle limitée à la dispense de l'avance de frais et l'émolument de justice (S3 23 58).

Conformément à l'article 8 alinéa 1 lettre b LAJ (loi du 11 février 2009 sur l'assistance judiciaire ; RS/VS 177.7), lorsque l'assisté succombe, les frais de procédure sont à la charge de la collectivité.

Les frais de justice, par 800 francs, au regard des principes de la couverture des coûts et de l'équivalence, sont ainsi mis à la charge de la recourante mais sont provisoirement supportés par l'Etat du Valais au titre de l'assistance judiciaire (art. 8 al. 1 let. b LAJ). A cet égard, la recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'Etat du Valais si elle devient ultérieurement en mesure de le faire (art. 10 LAJ et RVJ 2000 p. 152).

5. Au vu du sort du litige, il n'est pas alloué de dépens à la recourante (art. 61 let. g a contrario LPGA), ni à l'OAI (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais, par 800 francs, sont mis à la charge de X _____, mais sont provisoirement supportés par l'État du Valais au titre de l'assistance judiciaire.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 11 novembre 2024.