

S1 22 134

ARRÊT DU 19 AOÛT 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 Maître Lionel Marguet, avocat, Sion

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(art. 16 LPGa, 17 LAI et 28 aLAI ; refus de prestations AI, capacité de travail dans une activité adaptée)

Faits

A. X _____, née le xx.xx 1965, titulaire d'une formation d'assistante de direction, a exercé différentes activités professionnelles dépendantes en qualité d'assistante administrative et de secrétaire, ainsi qu'une activité indépendante d'éducatrice canin (pièces OAI 12 et 22).

Le 16 octobre 2014, elle a été victime d'une chute de sa hauteur, après avoir glissé sur un liquide gras, avec réception sur la tête, lui occasionnant un léger traumatisme cranio-cérébral (TCC). Ce cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA). Les examens n'ayant révélé aucune anomalie, en particulier pas de lésion traumatique osseuse ni parenchymateuse, l'assurée a pu rapidement reprendre son travail (pièce OAI 283, pp. 959, 963 et 966).

Une rechute a été annoncée le 20 janvier 2016 par l'assurée qui ressentait des maux de tête, des fourmillements et des pertes d'équilibre (pièce OAI 283, p. 957). Une IRM du 22 janvier 2016 n'a cependant pas montré de particularités, notamment pas de séquelle post-traumatique (pièce OAI 283, p. 950). Un fonctionnement cognitif globalement dans la norme a ensuite été mis en évidence par un examen neuropsychologique du 18 février 2016, avec néanmoins des signes d'épuisement (avec un score significatif pour un état dépressif) susceptibles de provoquer les difficultés subjectives (pièce OAI 283, pp. 942 et 943). Cette rechute n'a pas été prise en charge par la CNA, en l'absence de lien de causalité avec l'accident du 16 octobre 2014 (pièce OAI 283, pp. 920 et 922).

B.

a) Le 21 novembre 2016, l'assurée a adressé une demande de prestations à l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI), en indiquant souffrir de différents troubles incapacitants (céphalées, vertiges, malaises, troubles de la concentration) depuis le TCC subi le 16 octobre 2014 (pièces OAI 4 et 6).

Dans un rapport du 28 décembre 2016, son médecin traitant, le Dr A _____, FMH en médecine générale, a indiqué que sa patiente était en arrêt de travail pour des céphalées récidivantes, des crises douloureuses temporales gauches et des troubles de la concentration (pièce OAI 17). Un syndrome myofacial de l'hémiface gauche s'était développé avec une chronicisation des douleurs (pièce OAI 17, p. 44).

Un suivi neurologique avait également été instauré depuis avril 2016 auprès du Dr B _____. Ce spécialiste FMH en neurologie a émis plusieurs hypothèses pouvant expliquer les troubles de l'assurée : une variante neurodéveloppementale, une sensibilité au gluten, puis une origine temporo-mandibulaire avec des conditions de stress (pièces OAI 18 [pp. 73 à 80] et 20). Au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire, aucune anomalie n'a cependant été détectée par une IRM du 9 août 2016 (pièce OAI 18, p. 55).

Le 17 juillet 2017, le Dr B _____ a indiqué que l'évolution n'était pas favorable, sa patiente se plaignant de douleurs musculaires, de céphalées, de vertiges, d'irradiations cervicales, orbitaires et mandibulaires (laissant suggérer des douleurs neuropathiques), d'une fatigue profonde, ainsi que de décharges se propageant dans la mâchoire et le cou. Le neurologue a relevé que d'innombrables thérapies avaient été tentées en vain et a estimé que d'autres approches devaient encore être essayées. Il a également émis de nouvelles hypothèses quant à l'origine des symptômes, à savoir un phénomène inflammatoire sous-jacent, la présence de vergers traités par des insecticides présents dans l'habitat de sa patiente et représentant une source de neurotoxiques, ainsi que le tabagisme de cette dernière (pièces OAI 46 et 47).

En juillet 2017, l'assurée a en outre été adressée à la Dresse C _____ du Centre de la douleur à l'Hôpital de Martigny, pour traiter des douleurs de type névralgique « pré-auriculaire gauche et temporo-occipitale » (pièce OAI 49).

Le 7 septembre 2017, le Dr A _____ a indiqué qu'il restait « perplexe » face à la symptomatologie de sa patiente et sa résistance aux traitements entrepris. Il a joint une IRM du 16 août précédent ayant mis en évidence une discopathie protrusive préforaminale gauche en C5-C6 sans évidence d'un conflit radiculaire ni de conflit disco-radiculaire (pièce OAI 51).

b) Ces éléments ont été soumis à la Dresse D _____, médecin auprès du Service médical régional du Rhône (ci-après : SMR), laquelle a relevé, le 26 septembre 2017, que malgré les nombreuses investigations effectuées aucun médecin n'avait trouvé l'origine de ses douleurs et que les symptômes étaient fonctionnels, sans substrat organique et sans rapport avec la chute d'octobre 2014, si bien qu'une incapacité de travail n'était pas justifiée (pièce OAI 55).

Sur cette base, l'OAI a retenu qu'il n'existait aucune invalidité et a ainsi informé son assurée qu'aucune prestation ne lui serait versée (pièce OAI 56). Cette dernière s'est opposée à cette appréciation qui ne reposait, selon elle, sur aucun renseignement

médical sérieux et qui avait de plus été rendue sans attendre les conclusions de l'expertise neurologique mise en œuvre par son assureur-maladie (pièces OAI 59 et 62). Le 13 décembre 2017, elle a produit un rapport du 6 décembre précédent de son médecin traitant, lequel relevait que sa patiente souffrait d'un état dépressif qui devait faire l'objet d'une investigation par l'OAI (pièce OAI 65).

Lors d'une nouvelle consultation du 18 janvier 2018, le Dr B _____ a observé que la situation n'évoluait pas favorablement et que les différents traitements proposés étaient inefficaces voire mal tolérés par l'intéressée. Il a encore préconisé un arrêt complet du tabac, ainsi qu'une approche psycho-physique sous la forme d'une association d'exercices d'hyperventilation contrôlée, d'apnées, de méditation, d'exercices d'étirement, d'exercices cardiotoniques et d'une exposition graduelle au froid (pièce OAI 75).

Le 13 mars 2018, le SMR a relevé que l'état dépressif évoqué par le Dr A _____ était réactionnel aux douleurs et ne justifiait pas d'incapacité de travail. Concernant l'expertise neurologique réalisée par l'assureur-maladie, la Dresse D _____ a estimé qu'elle n'était pas déterminante dès lors que l'examen neurologique du Dr B _____, qui n'émettait aucun diagnostic incapacitant, était dans les normes et indiquait que l'assurée pouvait marcher trois quarts d'heure par jour pour sortir son chien, ce qui démontrait qu'elle avait conservé des capacités physiques suffisantes pour reprendre un travail (pièce OAI 83).

Dans l'intervalle, l'intéressée a été examinée le 23 janvier 2018 par le Service de neurologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Cette consultation a fait ressortir un syndrome des traumatisés crâniens qui provoquait des troubles de l'équilibre, de la fatigue, des troubles de la mémoire et de la concentration, symptômes renforcés par des douleurs chroniques probablement liées à un déséquilibre de la charnière cranio-cervico-mandibulaire. Pour ces différentes atteintes, un traitement antinévralgique et antalgique ainsi que des séances de thérapie en médecine manuelle ont été suggérés (pièce OAI 85). Des séances de physiothérapie ont dès lors été prescrites (pièce OAI 124, p. 385).

Le 2 avril 2018, le Dr B _____ a répété qu'il n'existait pas d'amélioration malgré les très nombreuses approches essayées. Selon lui, une activité professionnelle ne pouvait pas être reprise (pièce OAI 94).

En octobre 2018, l'assurée a relevé qu'un examen du 23 août 2018 au CHUV avait démontré que son état de santé demeurait inchangé et non stabilisé, que son traitement

médicamenteux avait dû être interrompu en raison de son intolérance, qu'elle poursuivait les séances de physiothérapie et que ses troubles avaient un impact fonctionnel important dans ses activités quotidiennes et induisaient notamment un état dépressif (pièces OAI 138, 142 et 143).

Interpellé, le Dr E _____, du Service de neurologie du CHUV, a indiqué, le 30 octobre 2018, que l'intéressée avait développé des cranio-facialgies gauches depuis sa chute de 2014 irradiant jusque dans l'épaule, ainsi que des troubles de la concentration, des pertes d'équilibre, une fatigue chronique et des douleurs permanentes lancinantes de l'angle mandibulaire gauche. Le neurologue a précisé qu'un médicament efficace avait été introduit mais qu'il n'avait pas été toléré sur le plan dermatologique par l'assurée. A son avis, une amélioration était escomptée compte tenu des différentes stratégies thérapeutiques en phase d'essai (pièce OAI 148). Une consultation de médecine générale du 23 octobre 2018 auprès du Dr F _____ du CHUV a en outre abouti sur un pronostic réservé en présence d'une chronicité des douleurs (pièce OAI 149).

Lors d'un examen neurologique du 2 novembre 2018, le Dr B _____ a constaté que les traitements médicamenteux instaurés par le CHUV avaient provoqué des effets secondaires (éruption cutanée, palpitations et dyspnée) et qu'un soutien psychologique avait été proposé à sa patiente. A son avis, le suivi devait continuer par de la physiothérapie, ainsi que des séances de méditation, de sophrologie et d'hypnose (pièce OAI 158).

c) En raison de la complexité de la symptomatologie douloureuse, la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, neurologie et psychiatrie) a été confiée à l'unité d'expertises médicales de la Policlinique médicale universitaire (PMU ; pièces OAI 182, 185 et 186).

Le 15 janvier 2020, les experts ont rendu les conclusions de leur évaluation consensuelle, sous la supervision du Dr G _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie (pièce OAI 192). Au niveau neurologique, le Dr H _____, a observé un status normal sans déficit moteur et avec des anomalies atypiques suggérant une surcharge fonctionnelle avec une probable majoration des symptômes. Pour ce neurologue FMH, un TCC mineur tel que subi en 2014 guérissait en quelques semaines et l'hypothèse d'une douleur névralgique ou neuropathique était peu probable, de sorte qu'aucun diagnostic neurologique n'a été retenu (pièce OAI 194). Du point de vue psychiatrique, le Dr I _____, psychiatre FMH, a relevé que l'assurée n'avait pas

d'antécédents, qu'elle réalisait seule les activités de la vie quotidienne et qu'elle avait conservé des loisirs et un réseau social soutenant. En présence d'une diminution chronique de l'humeur sans signe de sévérité, l'expert a retenu une dysthymie (F34.1). En revanche, en l'absence d'explication organique satisfaisante et d'un conflit émotionnel objectivé, le Dr I _____ n'a pas diagnostiqué de trouble somatoforme ni de trouble dissociatif. Pour les experts, après avoir examiné la gravité du trouble psychiatrique, les limitations psychiatriques (légère diminution de la capacité de planification et structuration d'une tâche, de l'endurance, de la capacité d'affirmation et des activités spontanées) entraînaient une diminution sensible du rendement de l'ordre de 20 à 30% dans une activité adaptée d'employée de commerce. Dans une activité simple ne sollicitant pas fortement les ressources intellectuelles, ils ont estimé qu'une reprise à temps plein était exigible (pièces OAI 192 et 195).

Reprenant ces éléments dans son rapport final du 21 janvier 2020, le SMR a confirmé les constatations des experts, notamment celles relatives à la reprise à plein temps d'une activité adaptée ainsi que la baisse de rendement de 20 à 30% dans l'activité habituelle (pièce OAI 197). Sur cette base, le Service de réadaptation de l'OAI a listé à titre exemplatif des activités qui pouvaient être reprises par l'assurée sans mesure ni formation particulières (pièce OAI 233).

Le 26 février 2020, le Centre d'antalgie du CHUV a suggéré à l'intéressée de poursuivre les séances de physiothérapie et d'effectuer une infiltration sur une zone douloureuse afin de traiter ses cervico-brachialgies gauches et son syndrome myofacial gauche (pièce OAI 220). Par ailleurs, malgré l'hypersensibilité aux effets indésirables des médicaments présentée par l'assurée, il n'existait pas de contre-indication formelle à leur prescription (pièce OAI 221).

Interpellé par l'OAI, le Dr J _____ du Centre de psychiatrie et psychothérapie Les Toises a répondu, le 17 juillet 2020, suivre hebdomadairement l'assurée depuis le 31 décembre 2018 pour un trouble somatoforme indifférencié (F45.1) et une dysthymie (F34.1). Ce psychiatre FMH a relevé que sa patiente n'arrivait pas à rester concentrée plus de 30 à 40 minutes sans présenter des douleurs et des troubles de la concentration avec des paresthésies. A son avis, seule une activité adaptée à hauteur de 30% pouvait être reprise (pièce OAI 215).

En août 2020, l'assurée a subi un examen oto-rhino-laryngologique (ORL) pour une douleur à la déglutition (odynophagie), laissant suspecter une laryngite (pièce OAI 227).

Cette gêne à la déglutition n'influçait pas sa capacité de travail (pièces OAI 243 et 244).

Le 30 octobre 2020, le Dr B _____ a indiqué que les symptômes s'étaient aggravés (céphalées, trouble de la concentration, fatigue, douleur à l'épaule gauche, fourmillements aux mains) et qu'une IRM de l'épaule gauche avait montré la présence d'une tendinite et d'une bursite. Son pronostic était « très mauvais » et aucune activité ne pouvait être reprise selon lui (pièce OAI 230).

Après avoir examiné ces nouveaux éléments, le SMR a estimé, le 5 novembre 2020, qu'aucun nouvel élément médical n'avait été apporté et que les plaintes demeuraient les mêmes (pièce OAI 231).

d) Par projets de décision du 3 décembre 2020, l'OAI a fait savoir à son assurée qu'aucune mesure d'ordre professionnel ni rente d'invalidité ne lui seraient octroyées, au motif qu'elle avait récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (demandant peu de ressources intellectuelles ainsi que peu de concentration) et que son taux d'invalidité de 27% était insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente. Il a ajouté qu'une mesure de reclassement professionnel n'était pas susceptible de diminuer son taux d'invalidité (pièces OAI 236 et 237).

Le 18 janvier 2021, l'intéressée a contesté la pleine capacité de travail que lui reconnaissait l'OAI et a notamment remis différentes pièces médicales du Dr B _____ relevant une aggravation de la situation. Elle a également produit un rapport de l'Hôpital de Sion pour ses problèmes ORL, des IRM montrant des atteintes dans son épaule gauche et aux cervicales, un examen neuropsychologique du 20 août 2020 notant, selon elle, une péjoration de son état de santé, ainsi qu'un nouveau rapport du Centre Les Toises. L'assurée a ajouté qu'elle ne pouvait pas maintenir les traitements médicamenteux en raison des conséquences dermatologiques que cela entraînait, que tous ses médecins lui attestaient une incapacité de travail et qu'elle bénéficiait de l'aide du CMS pour la tenue de son ménage (pièce OAI 238).

Lors de sa consultation du 4 mai 2021, le Dr J _____ a observé une discrète amélioration avec néanmoins une persistance des symptômes psychiques incapacitants (pièce OAI 247).

Se prononçant le 12 août 2021 sur ces nouveaux éléments, la Dresse D _____ du SMR a répété qu'aucun nouvel élément médical n'avait été apporté, que les plaintes

étaient toujours les mêmes et que les symptômes étaient fonctionnels et sans lien avec l'accident d'octobre 2014 (pièce OAI 252).

Le 30 septembre 2021, l'assurée a encore produit différents rapports de ses médecins démontrant à son avis que son état se complexifiait avec l'apparition de nouvelles affections. Pour le Dr B _____, la situation demeurait non seulement figée et sans amélioration, mais de plus les lumières fortes déclenchaient des céphalées ainsi que des névralgies invalidantes (pièce OAI 255, pp. 761 et 766). Le nouveau traitement antidépresseur introduit par le Centre Les Toises n'apportait en outre aucun changement clinique important, en plus de n'avoir pas été toléré par l'assurée (p. 762). Une gastroscopie du 4 février 2021 a ensuite mis en évidence une œsophagite de reflux de grade B, une béance du cardia et une gastrite aspécifique (p. 771). Enfin, une échographie du cou et de la thyroïde du 30 octobre 2020 avait montré une stabilité globale du nodule thyroïdien gauche et droit (p. 773).

Dans le cadre de son suivi débuté le 26 février 2020 auprès de la Dresse K _____ du Centre d'antalgie du CHUV, l'intéressée avait subi des infiltrations des nerfs périphériques crâniens pour des douleurs chroniques évoluant depuis 2014 (pièce OAI 258). Cette médecin avait également observé une protrusion discale pluri-étagée au niveau cervical avec un conflit sur la racine C6 gauche, des douleurs lombaires avec une radiculopathie sur probable conflit radiculaire L4 gauche, ainsi qu'une parésie des releveurs du pied gauche (pièce OAI 267, pp. 831, 835 et 836).

Après avoir pris connaissance de ces différentes pièces, le SMR a confirmé, le 14 mars 2022, qu'il n'existait aucune nouvelle atteinte susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire qui retenait une pleine capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée (pièce OAI 261).

Le 5 avril 2022, l'assurée a relevé que la Dresse K _____ faisait état de douleurs invalidantes et ayant une incidence sur sa capacité de travail. Elle a ajouté que son suivi psychiatrique se maintenait et que son médecin traitant, le Dr A _____, continuait à attester des arrêts de travail (pièce OAI 264).

Dans un avis du 14 avril 2022, le Dr B _____ a indiqué que la situation n'évoluait pas bien pour sa patiente qui avait développé une ataxie. Une IRM cérébrale et une angio-IRM des artères intracrâniennes du 25 février 2022 n'avaient cependant pas mis en évidence de nouvelle lésion depuis 2016. Selon le neurologue, cet examen ne permettait pas d'exclure des céphalées ni d'autres maladies neurologiques ou psychologiques (pièce OAI 267).

Le 16 avril 2022, le Dr A _____ a relevé que sa patiente souffrait de fatigabilité, d'algies faciales et de troubles de la concentration qui l'empêchaient d'exercer toute activité professionnelle (pièce OAI 268). Au niveau psychique, le Dr J _____ n'a rapporté, le 17 mai 2022, aucun changement clinique majeur depuis son dernier examen du 4 mai 2021, sa patiente demeurant toujours en incapacité totale de travailler selon lui (pièce OAI 269).

Prenant une nouvelle fois connaissance des dernières pièces médicales, le SMR a maintenu ses précédentes conclusions, estimant que l'état de santé de l'assurée était resté le même depuis des années, qu'elle se plaignait toujours des mêmes symptômes sans qu'un diagnostic clair n'ait pu être posé et que la dernière consultation au Centre Les Toises remontait à plus d'une année (pièce OAI 272). Le 28 juin 2022, la Dresse D _____ a ajouté qu'une éventuelle neuro-réhabilitation prévue par le Dr B _____ à la Clinique de Crans-Montana ne changerait pas ses conclusions (pièce OAI 275).

Par décisions du 5 juillet 2022, l'OAI a nié tout droit de l'intéressée à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité, au motif qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (demandant peu de ressources intellectuelles et de concentration). Son taux d'invalidité, après déduction d'un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité pouvant être obtenu, s'élevait en outre à 27%.

C. X _____ a recouru céans contre ces décisions le 7 septembre 2022, concluant, sous suite de frais et dépens, à leur annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire. En substance, elle a contesté la pleine capacité de travail que lui reconnaissait le SMR dans une activité adaptée, en estimant que la Dresse D _____ n'avait pas tenu compte de l'ensemble de ses atteintes et n'avait pas jugé utile d'attendre les conclusions de son hospitalisation à la Clinique de Crans-Montana. Selon la recourante, tous ses médecins attestaient une incapacité de travail et son intolérance aux médicaments compliquait considérablement sa prise en charge médicale. Sur le plan psychiatrique, elle a contesté l'avis de l'expert, estimant qu'il n'avait pas pu avoir accès à toutes les informations utiles et qu'il se basait sur un état de fait erroné. Enfin, elle a contesté l'abattement de 10%, soutenant que seule la déduction maximale devait être appliquée au vu de son état de santé et ses limitations fonctionnelles.

A l'appui de son recours, l'intéressée a joint un rapport du 11 juillet 2022 de la Dresse K _____ retenant un rendement fortement limité (10%), une situation stagnante et

d'importantes limitations fonctionnelles. Elle a en outre requis l'assistance judiciaire totale avec la désignation de Me Lionel Marguet comme défenseur d'office, ce qu'elle a obtenu par décision présidentielle du 29 septembre 2022 (S3 22 54).

Dans sa réponse au recours du 18 octobre 2022, l'OAI a relevé que le SMR s'était prononcé sur l'ensemble des pièces qui avaient été produites et que le nouvel avis de la Dresse K _____ n'apportait pas d'élément objectif nouveau et se limitait à rapporter les dires et plaintes de sa patiente.

Le 14 novembre 2022, la recourante a estimé que l'instruction avait été lacunaire. Elle a également produit un rapport du 25 octobre 2022 du Prof. L _____, faisant état d'un syndrome fonctionnel neurologique, et a ajouté qu'elle continuait à bénéficier de l'aide au ménage ainsi que d'un suivi auprès du Centre d'antalgie du CHUV.

Dans sa duplique du 29 novembre 2022, l'intimé a indiqué, sur la base de l'avis du SMR, que le nouveau rapport produit confirmait que l'atteinte de la recourante était fonctionnelle et qu'elle présentait le même état de santé depuis des années.

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 7 septembre 2022, le présent recours à l'encontre des décisions du 5 juillet précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours prolongé des fêtes estivales (art. 38 al. 4 et 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, si la décision entreprise est postérieure au 1^{er} janvier 2022, le droit potentiel à la rente de la recourante est pour sa part antérieur à cette date. En outre, l'intéressée était âgée de plus de 55 ans au 1^{er} janvier 2022, si bien que son éventuel droit doit être examiné selon les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (Dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 de la LAI, let. c). Les dispositions citées ci-après seront donc mentionnées, sauf avis contraire, dans leur teneur au 31 décembre 2021.

2. Le litige porte sur le refus de l'OAI d'octroyer une rente d'invalidité et des mesures d'ordre professionnel à la recourante. Plus particulièrement, les considérations médicales des différents intervenants sont contestées.

2.1. 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-là est incapable de travailler. Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2, 125 V 256, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt 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 LAI ; cf. CIIAI, ch. 1001 ss). Selon l'article 59 alinéa 2bis LAI, 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 LPG, 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 LPG) 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).

2.2. 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 LPG 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 pas 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).

2.3. 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 LPG. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM-10 ou le DSM-

V (notamment : ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêts du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 et 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). En général, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418), y compris les syndromes de dépendance primaire (ATF 145 V 215) et les troubles dépressifs de degré léger à moyen (ATF 143 V 409 et 418).

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

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

3. En l'occurrence, la recourante remet essentiellement en cause la pleine capacité de travail qui lui a été reconnue dans une activité adaptée.

L'intimé s'est fondé sur l'avis du SMR, selon lequel les plaintes de la recourante étaient les mêmes depuis des années et ne justifiaient pas une diminution de sa capacité de travail dans une activité adaptée tel que retenu par l'expertise pluridisciplinaire du 15 janvier 2020 (médecine interne, neurologie, psychiatrie et psychothérapie).

3.1. Au niveau psychiatrique, la recourante n'avait pas d'antécédents avant son accident d'octobre 2014 ayant causé un TCC léger. Le 6 décembre 2017, son médecin traitant a fait état de troubles anxieux dans le cadre d'un état dépressif qui était selon lui consécutif aux douleurs chroniques (pièce OAI 65). Un état dépressif induit par les douleurs chroniques a également été retenu le 9 octobre 2018 par le Service de neurologie du CHUV (pièce OAI 143). En décembre 2018, la recourante a dès lors entamé un suivi psychiatrique auprès du Centre Les Toises pour un trouble somatoforme indifférencié (F45.1) et une dysthymie (F34.1).

Afin de préciser les diagnostics psychiques et leur impact, une expertise a été réalisée le 10 décembre 2019 auprès de la Policlinique médicale universitaire. Au terme de son

examen, l'expert a motivé d'une manière fondée et cohérente les raisons pour lesquelles il écartait un trouble somatoforme ou apparenté. En particulier, le Dr I _____ a expliqué que l'intéressée avait une excellente insertion sociale, professionnelle et affective lors de son accident en octobre 2014 et qu'elle était parvenue à structurer sa vie en présentant des facteurs de résilience importants, de sorte qu'elle ne souffrait pas de troubles émotionnels ou affectifs susceptibles d'expliquer la mauvaise évolution de la situation après son accident. L'expert a ainsi conclu qu'à défaut de socle émotionnel suffisant, ses plaintes physiques n'entraient pas dans le cadre d'un diagnostic psychique défini (pp. 5 et 6 de l'expertise ; pièce OAI 195, pp. 585 et 586). Il a en revanche retenu le diagnostic de dysthymie, prenant la forme d'une dépression chronique de l'humeur, dont il a examiné les critères de gravité conformément aux indicateurs jurisprudentiels. Cette analyse probante a démontré qu'il n'existait pas de pathologie psychiatrique qui limitait la recourante dans les activités de tous les jours (pp. 6 à 8 de l'expertise), mais qui justifiait néanmoins une baisse de rendement de l'ordre de 20 à 30% dans une activité demandant des ressources intellectuelles (p. 8 de l'expertise).

Cette expertise probante a analysé d'une manière circonstanciée la situation de la recourante, a tenu compte de son anamnèse et de ses différentes plaintes et repose sur un examen clinique complet. Sur cette base, l'expert a admis que les troubles physiques n'étaient pas expliqués par un motif psychique, au vu de l'absence d'explication organique, et qu'une éventuelle amplification des plaintes avec l'adoption d'un statut d'incapacité n'était pas à exclure (p. 7 de l'expertise).

L'avis contraire du Dr J _____, retenant un trouble somatoforme indifférencié (F45.1) incapacitant et selon lequel la recourante n'arriverait pas à rester concentrée plus de 30 à 40 minutes sans présenter des douleurs et des troubles de la concentration avec des paresthésies (cf. rapport du 17 juillet 2020 ; pièce OAI 215), est insuffisant pour remettre en cause l'expertise. On note en particulier qu'une évaluation neuropsychologique réalisée le 20 août 2020 a montré des performances dans les limites de la norme dans tous les domaines investigués sans faire ressortir un déficit quelconque au niveau des capacités de concentration de la recourante (pièce OAI 238, p. 703). On ajoutera que le SMR a admis une diminution du rendement de l'ordre de 20 à 30% afin de tenir compte des limitations psychiques de l'intéressée (ressources intellectuelles et capacité de concentration réduites), ce qui a également permis de définir l'activité (adaptée) pouvant encore être réalisée à plein temps. Lors de ses consultations ultérieures au Centre Les Toises, le Dr J _____ n'a pas effectué de nouvelles constatations et indiqué qu'aucun changement clinique majeur n'était survenu

dans une situation qui demeurerait stationnaire (cf. rapports des 4 mai 2021 et 17 mai 2022 ; pièces OAI 247 et 269). Ses observations sont ainsi insuffisantes pour remettre en doute celles de l'expert ; elles ne montrent notamment pas que des éléments essentiels auraient été ignorés par le Dr I _____ ou que ce dernier aurait pris ses conclusions sur la base d'un état de fait erroné ou incomplet. Au contraire, il ressort du dernier rapport du 17 mai 2022 du psychiatre traitant de la recourante qu'elle n'avait plus de suivi, le dernier contrôle du Dr J _____ remontant à plus d'une année (le 4 mai 2021). Dans cet avis, il ne retenait au demeurant plus le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ni un autre trouble comme étant incapacitant (cf. point 2.5 du rapport du 17 mai 2022 ; pièce OAI 269) et ses différentes observations ne reposaient non seulement sur aucun examen clinique objectif, mais reprenaient de plus littéralement ce qu'il avait déjà indiqué dans son rapport du 4 mai 2021. Dans ces circonstances, l'avis du Dr J _____, selon lequel sa patiente ne présentait qu'une capacité de travail réduite, n'est que peu convaincant et doit être écarté.

Les considérations du SMR quant à l'absence d'évolution de la situation au niveau psychiatrique depuis l'expertise du Dr I _____ sont par conséquent exemptes de critiques. Il s'ensuit que la recourante ne souffre d'aucune diminution de sa capacité de travail pour un motif psychiatrique, dans une activité adaptée nécessitant peu de ressources intellectuelles et peu de concentration.

3.2. Sur le plan neurologique, la recourante était suivie depuis 2016 pour des maux de tête, des fourmillements, des pertes d'équilibre, des troubles de la concentration et différentes douleurs irradiant dans ses membres. Un syndrome myofacial de l'hémiface gauche a ainsi été diagnostiqué.

Malgré les plaintes douloureuses, les nombreux examens mis en œuvre par le Dr B _____ n'ont pas trouvé d'explication objective sur le plan neurologique, rendant « perplexe(s) » les médecins de l'intéressée (cf. rapport du 7 septembre 2017 du Dr A _____ ; pièce OAI 51). Il n'existait en outre pas d'indice permettant de rattacher la symptomatologie au TCC subi en octobre 2014, dès lors que ce traumatisme n'avait été que léger et que les examens réalisés dans la foulée n'avaient pas révélé de séquelle post-traumatique ni de trouble cognitif particulier (cf. pièce OAI 283, pp. 942, 943 et 950). Par ailleurs, les différents traitements médicamenteux introduits ont rapidement été interrompus par l'intéressée qui se plaignait d'effets secondaires indésirables. Ces intolérances médicamenteuses ont fait l'objet d'une consultation le 18 décembre 2019, laquelle n'a pas pu apporter une explication objective aux affirmations de la recourante et a notamment relevé que les différents médicaments

avaient été testés à faible dose, que leurs molécules appartenait à des classes médicamenteuses diverses et que certaines molécules n'étaient pas métabolisées mais éliminées principalement dans l'urine sous forme inchangée. Cette supposée intolérance a ainsi été mise sur le compte d'une sensibilité réduite aux différents effets indésirables des médicaments. Il n'existait cependant aucune contre-indication à la prise d'un traitement médicamenteux à une posologie minimale efficace (pièce OAI 221), de sorte qu'il peut être attendu de l'intéressée, dans le cadre de son obligation de diminuer son dommage, qu'elle se soumette aux traitements prescrits. L'efficacité de certains traitements avait en effet été observée, notamment par le Dr E _____ du Service de neurologie du CHUV, lequel attendait une amélioration de la situation compte tenu des différentes stratégies thérapeutiques qui étaient en cours (cf. rapport du 30 octobre 2018 ; pièce OAI 148).

Aucune atteinte neurologique objective n'a par conséquent été mise en évidence par les nombreuses investigations cliniques et radiologiques. En particulier, l'expert H _____ a relevé, le 15 novembre 2019, un status normal, sans déficit moteur et une probable majoration des symptômes (notamment avec des anomalies constatées aux épreuves d'équilibre) dans un tableau purement subjectif (pièce OAI 194). Les nombreuses consultations ultérieures chez le Dr B _____ n'ont pas apporté d'explication objective, fondée sur une atteinte neurologique, à la symptomatologie algique de la recourante. En l'absence de nouvelle atteinte, l'incapacité totale de travail et le pronostic « très mauvais » qu'il retient ne justifie dès lors pas d'écarter les conclusions probantes de l'expert. A l'occasion de ses contrôles successifs, ce médecin traitant de la recourante se contentait ainsi de rapporter que la symptomatologie persistait, qu'elle restait figée ou s'aggravait, mais qu'il n'avait aucune solution thérapeutique à proposer (cf. rapports des 11 décembre 2020, 25 août 2021 et 14 avril 2022 ; pièces OAI 238, 255 et 267). Ses indications n'ont cependant pas été confirmées par une atteinte objectivement documentée, une IRM cérébrale et angio-IRM des artères intracrâniennes du 25 février 2022 ayant d'ailleurs démontré un statu quo et un encéphale dans les limites de la norme (pièce OAI 267, p. 828). Le Dr B _____ a en outre fait état de facteurs étrangers à la notion d'invalidité, à l'instar d'une précarité, d'une insécurité matérielle et de nombreuses questions juridiques et asséculo-logiques conflictuelles qui se posaient pour sa patiente et qui aggravaient sa situation (pièce OAI 238, p. 698). L'avis d'un neurologue spécialisé en neurologie fonctionnelle, que le Dr B _____ souhaitait obtenir, a au demeurant exclu une atteinte neuromusculaire, mais a en revanche retenu des éléments évocateurs d'un syndrome fonctionnel neurologique essentiellement en position debout (en raison d'épisodes fluctuants de

mouvements de déséquilibre lors de la marche du funambule et de l'épreuve de Romberg ; rapport du 25 octobre 2022 du Prof. L _____). On ne voit cependant pas dans quelle mesure ce syndrome empêcherait la recourante de reprendre un travail simple et répétitif pouvant être accompli en position assise.

Au niveau neurologique, le SMR était par conséquent fondé à retenir qu'aucun nouvel élément médical n'était apparu et que la recourante manifestait les mêmes plaintes depuis des années. Ses troubles n'étant pas incapacitants, aucune réduction de sa capacité de travail ne se justifie pour un motif neurologique dans une activité adaptée.

3.3. Enfin, sur le plan de la médecine générale, aucun diagnostic précis n'a pu être établi par les différents médecins consultés. Pour ses différentes douleurs, la recourante consultait depuis juillet 2017 le Centre de la douleur de l'Hôpital de Martigny, puis depuis janvier 2018 le Centre d'antalgie du CHUV. Dans ce cadre, elle a subi de nombreuses séances de physiothérapie et des infiltrations afin de réduire l'intensité de sa symptomatologie algique dans le cadre d'un syndrome myofacial gauche et de cervico-brachialgies gauches irradiantes.

Des atteintes dégénératives au niveau du rachis et de l'épaule gauche ont ensuite été mises en évidence par des IRM réalisées en août et septembre 2020 (pièce OAI 238, pp. 699, 700, 704 et 705). A cet égard, le SMR a relevé que ces troubles dégénératifs n'avaient aucune répercussion clinique et qu'aucune atteinte ostéo-articulaire n'avait été retenue par le passé (cf. avis du 12 août 2021 ; pièce OAI 252). En effet, l'expertise du 15 janvier 2020 du Dr G _____, lors de laquelle l'intéressée se plaignait déjà de douleurs cervico-faciales, n'a abouti sur aucun diagnostic rhumatologique ou ostéo-articulaire. De même, les différents contrôles réalisés en médecine générale auprès du CHUV n'ont pas abouti sur une atteinte constatée cliniquement en dehors d'un syndrome algique (cf. pièces OAI 149, 220, 258 et 267).

Une nouvelle IRM cervicale du 21 septembre 2021 a montré une protrusion distale pluri-étagée au niveau cervical, marquée en C5-C6 avec un conflit sur la racine C6 gauche. Une radiculopathie avec probable conflit radiculaire L4 gauche a également été observée par la Dresse K _____ qui a proposé des infiltrations (pièce OAI 267). Se prononçant sur ces atteintes, le SMR a relevé qu'elles n'étaient pas exceptionnelles à l'âge de la recourante et qu'aucun bilan clinique ne faisait état d'un déficit cervical, de sorte qu'elles n'influençaient pas sa capacité de travail (pièce OAI 272). Une hernie discale n'a pas été retenue par la Dresse K _____ et l'avis du Dr A _____ sur ce point ne justifie pas de reconnaître un caractère invalidant à ces troubles. En effet,

l'unique médication prescrite par le médecin traitant de la recourante consistait en du Paracétamol® et du Voltarène® en réserve. En outre, il n'a pas énuméré d'atteintes ostéo-articulaires dans le cadre d'un examen clinique ni précisé quelles limitations provoquaient ces troubles somatiques à sa patiente (cf. rapport du 16 avril 2022 ; pièce OAI 268).

Force est dès lors de constater que l'état de santé de la recourante n'a pas évolué depuis l'expertise du 25 janvier 2020 et que cette dernière se plaignait toujours des mêmes atteintes non incapacitantes d'un point de vue objectif.

3.4. Au vu des éléments qui précèdent, l'OAI pouvait valablement considérer que la recourante était en mesure de reprendre une activité professionnelle adaptée dès décembre 2018, soit depuis la date du début du suivi psychiatrique auprès du Centre Les Toises (ayant constaté la diminution de rendement en raison d'une dysthymie ; cf. avis du 21 janvier 2020 du SMR, pièce OAI 197).

4. Concernant la détermination du taux d'invalidité, fixé à 27% par l'intimé, la recourante conteste uniquement l'abattement de 10%, estimant que la déduction maximale aurait dû être opérée afin de tenir compte de son état de santé et de ses limitations fonctionnelles.

4.1. 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'article 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1).

Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il convient en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de se référer aux données salariales telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que

pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Seul l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation peut être revu par le Tribunal de céans (art. 47 al. 2 LPJA). Il y a notamment excès négatif de celui-ci lorsque l'autorité renonce à faire usage de son pouvoir d'appréciation (ATF 116 V 307 consid. 2).

4.2. Dans le cas d'espèce, la recourante estime que son état de santé et ses limitations fonctionnelles justifiaient la prise en compte de la déduction maximale.

Une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 4.3.1, 8C_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.1 et 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 consid. 6.3.1). Or, dans le cas d'espèce, seules des activités demandant beaucoup de ressources intellectuelles et de concentration ne sont plus adaptées à l'état de santé de la recourante. Ces limitations laissent par conséquent subsister bon nombre d'activités simples et répétitives du niveau de compétence 1. De tels emplois, qui ne requièrent ni formation ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_223/2007 du 20 novembre 2007 consid. 6.2.2 et les références), sont disponibles en quantité suffisante sur le marché du travail équilibré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3), lequel comprend en outre également des offres d'employeurs socialement engagés et tenant compte des limitations des personnes handicapées (arrêt du Tribunal fédéral 9C_312/2017 du 18 mai 2018 consid. 6.2 avec les références).

Par conséquent, l'abattement de 10% opéré sur le revenu d'invalidité de la recourante tient suffisamment compte de l'influence que ses handicaps, combinés à son âge, pourront avoir sur ses perspectives salariales. Son grief doit dès lors être rejeté.

4.3. S'agissant d'un droit à une mesure de reclassement professionnel, l'OAI a considéré qu'une telle mesure ne serait pas de nature à diminuer le taux d'invalidité, ce qui n'est pas remis en cause par l'intéressée. Cette dernière a en outre affirmé et maintenu qu'elle ne pouvait exercer aucune activité professionnelle, même adaptée, démontrant ainsi qu'elle n'était pas disposée à se soumettre à des mesures de réadaptation.

Par ailleurs, eu égard au large éventail d'activités simples et répétitives offert par le secteur de la production et des services ne nécessitant aucune formation autre qu'une mise au courant initiale, il n'est de loin pas irréaliste ou illusoire d'admettre que, compte tenu du fait que les limitations retenues autorisent l'exercice d'une activité légère, il existe un nombre significatif d'activités adaptées aux atteintes de la recourante qu'elle doit pouvoir exercer sans avoir besoin d'une mesure de reclassement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_457/2013 du 26 décembre 2013 consid. 11).

4.4. Dans ces circonstances, les décisions litigieuses du 5 juillet 2022 résistent aux critiques soulevées par la recourante et doivent par conséquent être confirmées. Le recours du 7 septembre 2022 est quant à lui rejeté.

5. Par décision présidentielle du 29 septembre 2022, X _____ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire totale dès le 7 septembre 2022 (S3 22 54). Celle-ci comprend la dispense des avances de frais et des sûretés, la dispense des frais de procédure et la désignation d'un conseil juridique commis d'office (art. 3 al. 1 LAJ).

5.1. 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).

5.2. Selon l'article 30 alinéa 1 de la loi fixant le tarif des frais et dépens devant les autorités judiciaires ou administratives (LTar) du 11 février 2009, le conseil juridique habilité à se faire indemniser en vertu des dispositions en matière d'assistance judiciaire perçoit, en sus du remboursement de ses débours justifiés, des honoraires correspondant au 70% des honoraires prévus aux articles 31 à 40, mais au moins à une rémunération équitable telle que définie par la jurisprudence du Tribunal fédéral. Le Tribunal fédéral a admis comme règle de base un tarif horaire de l'ordre de 180 fr. s'agissant des honoraires d'un avocat commis d'office (ATF 137 III 185 et 132 I 201, arrêt 9C_411/2016 du 21 novembre 2016 consid. 4.2 ; art. 30 al. 1 LTar). Selon l'article 40 alinéa 1 LTar, pour la procédure devant la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, les honoraires sont fixés entre 550 et 11'000 francs. Le montant des honoraires

du conseil juridique doit être évalué sur la base d'une pondération de critères que cite l'article 27 alinéa 1 LTar, parmi lesquels figure le temps utilement consacré par ledit conseil juridique à la défense de la cause ; la rémunération que prévoit la LTar est donc fixée sur la base d'un forfait et non en fonction d'un tarif horaire (RVJ 2012 p. 210 consid. 5.1).

En l'occurrence, le mandataire de la recourante a produit une écriture de 18 pages et une réplique de 2 pages. Au vu des critères précités, de la teneur des pièces de procédures déposées comprenant notamment des nouveaux rapports médicaux, de l'activité de travail utile déployée par son avocat, de l'ampleur du dossier, de l'absence de question juridique posée par le litige (portant uniquement sur l'appréciation d'avis médicaux divergents), et du tarif applicable en assistance judiciaire, la Cour fixe les honoraires de Me Marguet à un montant arrondi de 1400 francs, débours et TVA compris.

Ce montant sera supporté provisoirement par la caisse de l'Etat du Valais, mais la recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser cette caisse si elle devient ultérieurement en mesure de le faire (art. 17 OAJ ; RVJ 2000 p. 152).

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. L'État du Valais versera un montant de 1400 francs à Me Lionel Marguet dans le cadre de l'assistance judiciaire.

Sion, le 19 août 2024.