

VS_GERICHTE S1 20 21 vom 25. September 2023

VS Kantonsgericht, 2023-09-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_20_21

FR: VS_GERICHTE S1 20 21 du 25 septembre 2023

IT: VS_GERICHTE S1 20 21 del 25 settembre 2023

Regeste

S1 20 21 ARRÊT DU 25 SEPTEMBRE 2023 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Pierre-André Moix, greffier en la cause X _____, recourante, représentée par le Centre médico-social subrégional de Martigny, 1920 Martigny contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé (rente d'invalidité et mesures d'ordre professionnel)

Erwägungen

E. 1.1

Selon l'article 1 alinéa 1 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.

- 9 - Daté du 12 décembre 2019 et reçu par l'OAI le 20 décembre 2019 (pièce OAI 47), le présent recours contre la décision du 11 décembre 2019 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), devant l'instance compétente (art. 56 et 57 ; art. 69 al. 1 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.

E. 1.2

Au 1er janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux règles de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue avant le 1er janvier 2022 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; arrêt 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

E. 2.1

Le présent litige porte sur le refus de l'OAI d'allouer à la recourante des mesures d'ordre professionnel, dans la mesure où la recourante n'a nullement réclamé l'octroi d'une rente mais un « soutien dans le cadre d'une réinsertion professionnelle » sous la forme d'un stage ou d'une formation (cf. réplique du 3 juillet 2020).

E. 3.1

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de

l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

- 10 - L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI). Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

E. 3.2

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 la part de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2, 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et les réf. cit.). Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 et 125 V 351 consid. 3a ainsi que les références ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a). En outre, lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3a et 3b/bb, ATF 122 V 161 consid. 1c). 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 LPGA. 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

- 11 - internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires (ATF 135 V 465 consid. 4.4). 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 très rarement 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 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.1.2). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts 9C_670/2020 du 28 juillet 2020 consid. 3.2 et 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2).

E. 3.3

Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références citées ; v. aussi, en matière d'expertise psychiatrique, arrêt 8C_280/2021 du 17 novembre 2021 consid. 6.2.1, destiné à publication).

- 12 - On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la différence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4, arrêt I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in : SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 124 I 170 consid. 4a et arrêt 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 3.4

Selon la jurisprudence (ATF 143 V 418), il y a lieu d'appliquer à toutes les maladies psychiques la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues, à savoir au moyen d'une grille d'indicateurs (ATF 141 V 281). La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, et donc désormais de tout trouble psychique, suppose en premier lieu un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6), en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et 2.1.2). L'analyse doit également prendre en considération d'éventuels facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit ensuite être analysé au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4.1.1 ; v. aussi, arrêt 8C_280/2021 précité consid. 6.2.1 et 6.2.2, destiné à publication). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un

- 13 - traitement conduit dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social - étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

E. 3.5

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1, 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les réf. cit.). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et arrêt 9C_298/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.2).

E. 3.6

De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été

rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et 131 V 242 consid. 2.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1 et les autres arrêts cités).

E. 4.1

En l'espèce, dans le cadre de son expertise du 24 octobre 2019, le Dr L _____ a exposé de manière complète l'anamnèse comportant le résumé des pièces -

- 14 - principalement médicales - topiques du dossier, l'anamnèse familiale, personnelle, professionnelle et sociale, affective et relationnelle, médicale et psychiatrique, systématique ainsi que le traitement actuel. Il a rapporté les plaintes subjectives et le déroulement d'une journée de l'assurée puis ses constatations objectives issues de son examen clinique, de tests psychologiques complémentaires (échelle psychopathologique AMDP, échelle de ralentissement EDR et échelle de dépression MADRS) et d'un examen sanguin pour déterminer le taux sérique des médicaments prescrits. Le premier indicateur de la catégorie du degré de gravité fonctionnelle concerne l'atteinte à la santé elle-même. Le Dr L _____ a indiqué que dans l'ensemble des descriptions et positionnements par rapport à sa biographie, l'assurée était tranchée, dramatique (« j'ai un lourd passé ») et dans une vision particulièrement négative. Avec les recherches récentes et le résultat, il convenait de retenir trois atteintes antérieures qui avaient probablement influencé son parcours et ses appréciations. Premièrement, elle avait souffert de longue date d'une hypertension intracrânienne idiopathique. Deuxièmement, elle avait rencontré des problèmes d'obésité importante voire morbide. Enfin, elle avait des déficits d'acquisitions scolaires en lien avec une dyslexie, une dysorthographe et une dyscalculie. Durant l'année 2018, deux des trois problèmes de santé susmentionnés s'étaient nettement améliorés voire résolus. L'assurée avait bénéficié d'un by-pass gastrique. Elle avait pu, d'une part, normaliser son poids et, d'autre part, sortir de l'hypertension intracrânienne idiopathique. Les rapports médicaux étaient très clairs. Le médicament (Diamox) qu'elle prenait auparavant avait été arrêté. Il restait les problèmes neurocognitifs, lesquels intervenaient clairement dans les capacités d'apprentissage et de travail. La recourante utilisait pour cette partie aussi des termes assez dramatiques (« je suis illettrée »), mais il n'était pas certain que le degré de la perturbation était si prononcé. L'expert avait noté que durant son examen elle lui avait montré à quelques reprises des éléments écrits dans des rapports. Dans le même ordre d'idées, des problèmes d'intelligence avaient été soupçonnés, mais les résultats effectués en 2019 montraient clairement qu'elle avait une intelligence très faible mais non pas déficiente (QI 74). Sur le plan psychique, elle se disait en permanence en dépression, terme cependant défini un peu à sa manière, là aussi très largement accentué et associé à des notions comme : « Je n'aime pas me mélanger aux gens..., j'ai ma tête ailleurs... ». Elle avait été hospitalisée à Malévoz où une constellation particulière expliquée pour le

- 15 - déclenchement de ladite hospitalisation n'avait pas pu être trouvée, mais seulement des notions d'idées suicidaires restées assez vagues comme par ailleurs lors de l'expertise (sans scénario). La description clinique (statut psychiatrique) des médecins avait conclu à la présence d'un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel moyen sans plus. Au cours

du dit séjour, une amélioration progressive de la thymie, la disparition des idées suicidaires et une évolution globale favorable avaient été constatées. L'assurée avait expliqué le jour de l'examen avoir « joué » l'adaptation. Elle se serait montrée avec un « masque » positif car elle ne voulait pas rester à l'hôpital. Si tel était le cas, passablement d'éléments manipulateurs pouvaient être soupçonnés. Après avoir fait leurs observations et constats, les médecins de Malévoz avaient proposé la poursuite de l'hospitalisation sous forme d'hôpital de jour, ce que l'assurée avait refusé, considérant qu'un suivi ambulatoire lui conviendrait mieux. A l'examen, le Dr L _____ avait vu une jeune femme dans une présentation normale, féminine, soignée, sans ralentissement significatif (cf. application échelle EDR), dans un contact facile, sans troubles cognitifs, sans trouble formel de la pensée, au fond, assez normale. Il y avait, comme mentionné, passablement d'accentuation. Sur le plan affectif, l'assurée était clairement euthymique en majeure partie, de temps en temps souriante, une fois proche des larmes en lien avec une thématique touchante. L'énergie était maintenue. Elle avait accès à un certain nombre de plaisirs et l'application de l'échelle de dépression MADRS avait montré une valeur très légèrement significative dans le registre de dépression légère. Il convenait de souligner qu'un item dudit test était particulièrement élevé, à savoir celui en lien avec des questions de sommeil. L'assurée disait (avec affirmation et répétition) qu'elle ne dormait pas plus qu'une heure et demie par nuit et ceci depuis très longtemps. Il n'y avait aucune objectivation, aucun monitoring du sommeil et aucun rapport spécifique. Tout reposait sur les déclarations subjectives de l'assurée. De plus, un certain nombre d'informations était douteuses, de sorte que la situation présentait finalement une dichotomie assez importante entre les allégations malades poussées et un tableau clinique objectivement rassurant. Le Dr L _____ avait ainsi posé les diagnostics de troubles dépressifs probablement récurrents, actuellement d'intensité légère (F33.0), de troubles spécifiques de la lecture, dyslexie (F81.0), de troubles spécifiques de l'orthographe, dysorthographe (F80.1) et de troubles spécifiques de l'arithmétique, dyscalculie (F81.2). En lien avec le premier diagnostic, l'expert a relevé que la documentation à disposition ne permettait pas de saisir avec précision s'il s'agissait d'un seul épisode dépressif ou de récurrence, ce qui ne changeait rien à l'appréciation. Quant aux difficultés spécifiques

- 16 - concernant les acquisitions scolaires mentionnées, elles avaient un impact dans le sens que toute formation paraissait compromise. Ceci semblait également exclure toute activité qui nécessitait de manière régulière la lecture, l'écriture ou le calcul. Il avait toutefois fait part de ses doutes sur l'intensité des troubles résumés dans les diagnostics de dyslexie, de dysorthographe et de dyscalculie et suggéré un examen spécifique, si cela s'imposait, le cas échéant. Il a ajouté qu'il existait des moyens de remédier au moins partiellement auxdits problèmes, avec par exemple l'association « Lire et écrire » et souligné que pour toute activité simple, pratique et concrète, l'assurée avait toutefois une pleine capacité de travail. Cette appréciation rejoignait celle du médecin généraliste traitant et les rapports du médecin du CCPP. En toute activité de ce type, la capacité de travail était entière. En outre, l'assurée elle-même avait demandé de l'aide pour trouver un travail adapté. Il existe donc une adéquation entre ses difficultés subjectives et objectives. Au sujet des traitements et des mesures de réadaptation, le Dr L _____ a mentionné qu'il y avait eu des fluctuations psycho-émotionnelles, ce qui avait été appelé une dépression récurrente, mais que les mesures mises en place avaient montré une nette amélioration. L'absence d'une observance thérapeutique avait été constatée et en parallèle, l'état clinique était satisfaisant, permettant une insertion professionnelle. Le deuxième indicateur de la catégorie du degré de gravité

fonctionnelle porte sur la personnalité de l'assuré. Le Dr L _____ a constaté au niveau de la personnalité, de son fonctionnement et de l'interaction, un côté très adolescent de l'assurée, un discours parfois assez plaqué, un côté oppositionnel, des disqualifications faciles et un côté défensif prononcé. Il a précisé qu'elle n'avait pas de troubles de personnalité et disposait de ressources pour les activités pratiques et simples. Les limitations fonctionnelles étaient liées à la dyslexie, la dysorthographe et la dyscalculie. Il existait des aspects extra-médicaux, notamment sous forme de fixation sur symptômes, position de victime et déconditionnement. Les ressources disponibles ou mobilisables chez l'assurée étaient les suivantes : aptitude à la communication (communication verbale normale, dysfonctionnelle en écriture), capacité à respecter un cadre (normale), capacité d'adaptation (normale), capacité d'organisation (existait), capacité d'endurance (existait), capacité de prise de décision (existait en principe), capacité relationnelle (couple, famille, groupe) [existait], existence d'un réseau social et autonomie dans les activités quotidiennes. Le troisième indicateur de la catégorie du degré de gravité fonctionnelle a trait au contexte social. A cet égard, le Dr L _____ a relevé que l'assurée vivait seule,

- 17 - qu'elle avait une relation très positive et intense avec sa mère, qu'elle avait une relation occasionnelle, plutôt positive et cordiale, avec son père, qu'elle n'avait plus aucun contact avec son frère et que, dans la famille élargie, elle avait des contacts réguliers avec la famille en Egypte et en Tunisie. Le degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte à la santé doit ensuite être vérifié au moyen d'indicateurs de cohérence liés au comportement de la personne assurée. Le premier de ces indicateurs vise à mettre en exergue une limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie. Le Dr L _____ a rappelé qu'il avait constaté passablement d'incohérences et d'exagérations, comme relevé notamment lors de la passation de l'échelle psychopathologique AMDP. L'assurée présentait en outre une tendance très prononcée à se considérer comme une victime. Le second indicateur de la catégorie de la cohérence a pour but d'évaluer le poids effectif des souffrances, en examinant la mise à contribution par la personne assurée d'options thérapeutiques ainsi que les efforts fournis par celle-ci dans le cadre de sa réadaptation. Cet indicateur intervient en complément à ceux du succès du traitement et de la réadaptation ou d'une résistance à cet égard. A ce sujet, le Dr L _____ a indiqué que l'assurée disait prendre régulièrement les médicaments prescrits (antidépresseur et neuroleptique). Le monitoring avait montré des taux sériques des substances et métabolites en-dessous du seuil de détection. L'assurée était « totalement non observante ». En dehors de la tendance à la contrevérité, ceci posait également la question de savoir si auparavant les traitements prescrits avaient déjà été suivis ou non. Les résultats invitaient les thérapeutes à contrôler dorénavant systématiquement toute prescription.

E. 4.2

Au vu de ce qui précède, le Dr L _____ a posé son diagnostic et l'a discuté de façon claire, cohérente et motivée. Il a procédé également à une analyse de la cohérence et de la plausibilité, de même qu'à une appréciation des capacités, des ressources et des difficultés. Il a ensuite retenu une pleine capacité de travail dès l'âge de 18 ans dans une activité simple, concrète et sans exigences d'écriture, de lecture et de calcul et a enfin répondu aux questions posées. Ladite expertise a été confirmée pour l'essentiel par la Dresse I _____ du SMR dans son rapport du 30 octobre 2019. Concernant les troubles de l'apprentissage (dyslexie, dysorthographe et dyscalculie), elle a précisé qu'ils n'avaient pas valeur de maladie incapacitante selon l'AI, la Dresse I _____ rappelant qu'ils n'avaient

pas

- 18 - empêché l'assurée de suivre une formation en coiffure et maquillage et qu'au surplus l'expert avait exprimé des doutes quant à leur intensité.

E. 4.3

La Cour de céans ne voit pas de raison de s'écarter des conclusions du SMR lesquelles se basent principalement sur l'expertise du Dr L _____ qui a été établie conformément aux réquisits jurisprudentiels. L'expert s'est en effet basé sur le dossier médical complet de la recourante et l'a examinée personnellement avant d'établir son rapport. L'assurée a pu s'exprimer à chaque moment. Les conclusions sont par ailleurs claires et bien motivées. Le rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, tient compte des plaintes exprimées par l'assurée et est le résultat d'exams complets. En outre, on relèvera que si l'expert a eu quelque doute au sujet de l'intensité des diagnostics de dyslexie, dyscalculie et dysorthographe pouvant justifier le cas échéant un examen spécifique, il a néanmoins conclu au terme de son rapport d'expertise que la recourante présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et ajouté qu'un cours « lire et écrire » pourrait faciliter une insertion professionnelle. En outre, aucun des médecins traitants n'a décrit précisément les limitations que pouvaient entraîner la dyslexie, la dyscalculie et la dysorthographe sur la capacité de travail de l'assurée ni demandé la mise en œuvre d'un quelconque examen concernant l'intensité de ces diagnostics et leur caractère invalidant ni suggéré un quelconque suivi en lien avec ces atteintes. On soulignera que l'expert a constaté que l'assurée était en mesure de lire certains passages, qu'elle pouvait s'aider également d'une calculatrice, approcher l'Association Lire et Ecrire, etc. Au vu de l'ensemble de ces éléments, la Cour rejoint l'avis de l'expert et retient que les diagnostics de dyslexie, de dysorthographe et de dyscalculie, ne sont pas invalidants et ne nécessitent pas de plus amples investigations puisqu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée a été admise et reconnue. Finalement, on rappellera qu'il est de jurisprudence constante qu'un marché du travail équilibré - notion, théorique et abstraite, servant de critère de distinction entre les cas relevant de l'assurance-chômage ou de l'assurance-invalidité ; elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre d'une part et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques) d'autre part (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276) - offre un large éventail d'activités simples et répétitives et qu'un nombre significatif d'entre elles ne nécessite aucune formation particulière. Partant, en l'absence de toute incapacité de travail démontrée, l'intimé était fondé à refuser toute prestation AI à la recourante, notamment des mesures d'ordre professionnel.

- 19 - 5.1 Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision entreprise du 11 décembre 2019 confirmée. 5.2 Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. en fonction de la difficulté de la présente cause, sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 3 al. 3 LAJ). Celle-ci ayant toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure de recours, par décision présidentielle du 6 mai 2020 (S3 20 12), et aucun indice ne permettant de retenir que sa situation économique aurait notablement changé depuis lors, la recourante doit être maintenue dans son droit à l'assistance judiciaire gratuite et être dispensée de verser les frais de la cause mis à sa charge, lesquels sont provisoirement supportés par la caisse de l'Etat du Valais. La recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser cette caisse si elle devient ultérieurement en mesure de le faire (art. 10 LAJ ; RVJ 2000 p. 152).

Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Les frais, par 500 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 25 septembre 2023

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.