

S1 21 78

**JUGEMENT DU 13 FEVRIER 2023**

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

Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Anaïs Mottiez, greffière

**en la cause**

**X** \_\_\_\_\_, recourante, représentée par Maître Pierre Seidler, avocat, 2800 Delémont  
1

**contre**

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

(art. 17 LAI, reclassement professionnel ; notion d'équivalence approximative ; valeur probante d'une expertise pluridisciplinaire ; méthode mixte d'évaluation)

## Faits

**A.** X \_\_\_\_\_, née le xx.xx 1973, divorcée et mère de 3 enfants, a suivi une formation à l'Ecole normale de 1989 à 1994, et obtenu un certificat de maturité pédagogique. Après avoir effectué quelques remplacements, elle a été engagée comme enseignante par l'Etat du Valais pour le centre scolaire de A \_\_\_\_\_ dès la rentrée 1996, pour un total de 27h par semaine, correspondant à un taux d'occupation de 86% (pièces OAI 5, 6, 14 et 28).

Depuis 2011, l'assurée a présenté des troubles psychiques ainsi que de l'épilepsie, en raison desquels elle a été en incapacité de travail d'abord à 20% dès le 20 août 2011, puis à 100%. Dès la rentrée d'août 2012, elle a repris son activité d'enseignante à 50% de son taux usuel, soit à 43% (pièces OAI 2 et 28).

**B.** Le 20 février 2013, l'intéressée a déposé un formulaire de communication pour adultes (détection précoce). Elle a notamment indiqué à l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI) qu'elle bénéficiait d'un suivi psychologique et qu'elle souffrait d'épilepsie, d'un début de cancer de l'utérus ainsi que d'un kyste à la tête. Le 15 mars suivant, suite à un entretien au service de détection précoce de l'AI, lors duquel l'assurée a indiqué qu'elle avait bientôt épuisé son droit à l'indemnité journalière (perte de gain maladie) en raison de son incapacité partielle de travail depuis le 20 août 2011, elle a également déposé une demande de prestations AI pour adultes (pièces OAI 2, 6, 9 et 26).

Dans un rapport du 28 mars 2013, le Dr B \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'intéressée, a indiqué qu'il s'agissait d'une patiente souffrant d'un important état anxio-dépressif avec crises d'angoisse, chez qui une lésion cérébrale avait été mise en évidence deux ans auparavant, probablement à l'origine de petites crises comitiales sous forme de malaises inexplicables. Il a ajouté qu'elle était actuellement sous anti-épileptiques, si bien que, malgré une certaine fatigue, la situation semblait maîtrisée et qu'elle était suivie par Mme C \_\_\_\_\_, psychologue, pour son état dépressif. En raison de ce dernier, il a estimé que la capacité de travail de sa patiente était de 50%, voire un peu plus dans une activité adaptée (pièce OAI 18).

Dans un rapport du 10 avril 2013, la Dresse D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a notamment relevé que l'assurée était suivie dans son cabinet pour un soutien psychologique ainsi que pour un trouble d'adaptation léger à moyen, que dans le passé elle avait présenté un trouble dépressif post partum sévère et qu'une expertise psychiatrique lui paraissait nécessaire (pièce OAI 20). Dans un

rapport du 17 mai suivant, le Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a quant à lui indiqué qu'il suivait l'intéressée depuis le 21 mars 2012 et posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de comitialité partielle complexe évoluant depuis 2011, d'état anxio-dysthymique et de dysthyroïdie. Il a ajouté que sa patiente présentait des restrictions, à savoir, une fatigabilité, des troubles de la concentration et une recherche du mot, mais que ces restrictions pouvaient être réduites par des mesures médicales et qu'une réadaptation professionnelle était envisageable du point de vue médical (pièce OAI 25).

Les 1<sup>er</sup> et 29 juillet 2013, un examen neuropsychologique a été effectué par la Dresse F \_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, qui a conclu que l'investigation était rassurante d'un point de vue cognitif, que seuls de très discrets troubles attentionnels étaient objectivés aux tests, qu'une faiblesse des performances au rappel du matériel appris 4 semaines auparavant avait été constatée, ce qui suggérait une baisse des aptitudes mnésiques au niveau de la consolidation de l'information et qui a enfin relevé une importante fatigabilité, dont la nature semblait avant tout psychologique (pièce OAI 32).

Par communication du 1<sup>er</sup> octobre 2013, l'OAI a informé l'intéressée qu'il prenait en charge une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un coaching auprès de G \_\_\_\_\_, à H \_\_\_\_\_ (pièce OAI 37).

Le 11 juin 2014, le Dr I \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie auprès du SMR, a procédé à un examen clinique psychiatrique de l'assurée, au terme duquel il a posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail suivants : anxiété généralisée (F41.1), agoraphobie simple (F40), phobie sociale (F40.1) ou trouble panique au sens médical du terme (F41), obsessions idéatives ou de rituels, manifestations compulsives (F42.2) et état anxieux et dépressif mixte (F41.2). Il a retenu que son examen avait mis en évidence des troubles psychopathologiques, de même que des atteintes somatiques, et a préconisé une instruction dans ces différents secteurs (pièce OAI 74).

Dans un rapport du 6 novembre 2014, le Dr B \_\_\_\_\_ a rappelé que sa patiente souffrait d'une épilepsie ainsi que d'un état anxio-dépressif, pour lequel elle était désormais suivie par Mme J \_\_\_\_\_, psychologue FSP, et la Dresse K \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il a précisé que la capacité de travail dans l'activité d'enseignante était désormais nulle et que dans une activité adaptée, elle lui semblait limitée à 50% (pièce OAI 95).

Le 10 décembre 2014, la Dresse K \_\_\_\_\_ et Mme J \_\_\_\_\_ ont indiqué qu'elles suivaient la patiente depuis 2014 pour un trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et humeur dépressive (F43.22) en réaction à un stress médical (épilepsie) engendrant un stress professionnel et qu'elles avaient instauré un suivi psychothérapeutique une à deux fois par semaine afin d'éviter une décompensation, voire une hospitalisation. Elles ont ajouté qu'elles déconseillaient toute reprise d'activité professionnelle et que la capacité de travail de l'intéressée était à ce jour nulle. Dans un rapport du 13 décembre suivant, la Dresse K \_\_\_\_\_ a toutefois indiqué que l'assurée se montrait motivée à travailler à 50% et que dans une activité adaptée, par exemple dans une activité d'enseignante spécialisée ou dans le social, la capacité de travail de sa patiente était de 50% (pièce OAI 98).

Dans un rapport du 15 décembre 2014, le Dr E \_\_\_\_\_ a relevé que depuis son précédent rapport du 17 mai 2013, les crises comitiales avaient disparu mais que l'état de santé de sa patiente ne s'était guère amélioré en raison d'une fatigabilité et de manifestations dysthymiques (pièce OAI 100).

Sur mandat du SMR, le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a procédé à une expertise psychiatrique de l'assurée en dates des 9 et 14 juillet 2015, à l'issue de laquelle il n'a retenu, au plan psychiatrique, aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Sur ce plan, il a ainsi considéré que la capacité de travail de l'intéressée était entière, y compris dans son activité habituelle d'enseignante, précisant que seules des limitations physiques liées à l'épilepsie partielle retenue par les neurologues seraient à prendre en compte quant à la capacité de travail de l'assurée. Il a enfin ajouté que le tableau présenté était fortement évocateur d'un trouble de conversion, et non de l'épilepsie incriminée, dans la mesure où les symptômes physiques dont se plaignait l'intéressée restaient sans base organique irréfutable (pièce OAI 111).

Le 13 novembre 2015, le Dr M \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en médecine générale auprès du SMR, a considéré que l'expertise du Dr L \_\_\_\_\_ présentait une pleine valeur probante et retenu que la capacité de l'assurée dans son activité habituelle d'enseignante était pleine et exigible dès le 14 juillet 2015. Fondé sur ce qui précède, l'OAI a informé l'intéressée, en date du 16 décembre 2015, qu'elle entendait lui reconnaître un droit à un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 31 octobre 2015 (pièces OAI 113 et 116). Par projet de décision du même jour, l'OAI a informé l'assurée qu'il lui refusait tout droit à des mesures d'ordre professionnel (pièce OAI 114).

Le 14 janvier 2016, le Dr E \_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'évolution médicale de l'assurée s'était avérée défavorable au cours de l'année 2015, en ce sens que des malaises étaient réapparus, polymorphes, avec ou sans rupture de contact, avec ou sans prodrome, parfois liés à des chutes et qu'il pouvait s'agir d'authentiques crises comitiales partielles favorisées par une compliance imparfaite en raison d'une tolérance médiocre à la Lamotrigine, sans que des malaises d'autre nature ne puissent toutefois être écartés. Il a ajouté qu'un bilan était nécessaire, qu'une électroencéphalographie (EEG) était prévue et qu'à l'époque de cet avis la capacité de travail était de l'ordre de 50% au plus (pièce OAI 122).

Dans un rapport du 12 février 2016, la Dresse N \_\_\_\_\_, médecin épileptologue, a posé les diagnostics de crises non épileptiques psychogènes, de malaises d'origine indéterminée avec pertes de contact isolées et perte de connaissance ainsi que les comorbidités d'hypothyroïdie substituée et d'état anxio-dépressif. Elle a précisé que le diagnostic de crise non épileptique psychogène ne faisait cliniquement pas de doute, dans la mesure où l'intéressée avait présenté en fin de consultation un malaise devant elle. Concernant l'EEG du 5 février précédent, elle a relevé que cet examen avait mis en évidence une absence d'anomalie épileptique. Elle a en outre proposé de réaliser une EEG de nuit afin de démasquer de telles anomalies. Il a été procédé à celle-ci du 3 au 4 mars 2016, sans qu'aucun argument pour des anomalies épileptiformes sous-jacentes ait été observé (pièce OAI 134).

Le 21 mars suivant, le Dr E \_\_\_\_\_ indiqué que le bilan effectué par la Dresse N \_\_\_\_\_ avait permis d'attester la présence probablement prépondérante, mais à son avis non exclusive, de crises de nature non épileptique. Il a ajouté qu'un nouvel examen neuropsychologique était prévu à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), de sorte qu'il fallait retenir une incapacité de travail de 100%, à réévaluer en fonction de l'évolution (pièce OAI 136).

Dans un rapport du 23 mars 2016, O \_\_\_\_\_, logopédiste et psychologue spécialisée en neuropsychologie FSP à la CRR, a relevé que le bilan neuropsychologique effectué s'était montré rassurant dans son ensemble, que seuls de discrets troubles attentionnels avaient été mis en évidence et que d'un point de vue strictement neuropsychologique, il n'y avait pas de répercussion significative sur le plan fonctionnel (pièce OAI 138).

Sur mandat de l'OAI, le Dr P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie, a procédé à une évaluation cardiologique de l'intéressée, qui a permis d'éliminer une origine cardiaque aux malaises présentés par cette dernière. La réalisation d'un Tilt test lui a

notamment permis de poser, dans un rapport du 14 novembre 2016, les diagnostics suivants : malaises et syncopes sur réponse psychogénique de type conversion hystérique et crises psychogènes non épileptiques, en sus des diagnostics déjà émis d'hypothyroïdie substituée et d'état anxio-dépressif (pièce OAI 160).

Toujours sur mandat de l'OAI, une expertise neurologique a été réalisée le 1<sup>er</sup> février 2017 par le Dr Q \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie. Dite expertise a permis de retenir que l'origine la plus probable des troubles était une pseudo-épilepsie d'origine psychologique, sans qu'il soit possible d'écarter totalement une manifestation comitiale conjointe intercurrente. Il a toutefois précisé que ce dernier cas de figure paraissait peu probable chez l'assurée, au vu de la description des troubles et de la normalité de l'EEG. Concernant la capacité de travail, l'expert a précisé que quelle que soit l'origine des malaises, la fréquence relativement faible des phénomènes ne représentait pas une cause d'incapacité de travail dans une activité adaptée (pas de risque de blessure en cas de perte de connaissance soudaine et pas de conduite professionnelle d'un véhicule automobile), l'intéressée présentant une capacité de travail de 100% dans une telle activité. En revanche, s'agissant de l'activité d'enseignante, il a estimé qu'il serait préférable que l'assurée ne reprenne pas cette activité, la crainte d'une perte de connaissance dans une telle situation pouvant représenter un facteur de stress pour elle (pièce OAI 174).

Dans un avis final du 6 avril 2017, le Dr M \_\_\_\_\_ a admis que l'activité d'enseignante n'était plus exigible depuis le mois de mai 2014, mais qu'en revanche, dans une activité adaptée respectant certaines limitations fonctionnelles (pas d'activité à risque de blessure si perte de connaissance soudaine [pas d'activité en hauteur, pas d'utilisation de machines dangereuses, etc.], pas d'utilisation d'un véhicule à titre professionnel, pas d'activité d'enseignement), la capacité de travail de l'intéressée était entière (pièce OAI 177).

Le 24 avril 2017, l'OAI a ainsi communiqué à l'assurée que les projets de décision du 16 décembre 2015 (octroi d'une rente d'invalidité limitée et refus de mesures d'ordre professionnel) étaient annulés et qu'au vu de l'instruction complémentaire entreprise, un droit à des mesures d'ordre professionnel lui était reconnu (pièce OAI 179).

**C.** Le 20 octobre 2017, l'intéressée a transmis à l'OAI son dossier d'inscription pour un diplôme (DAS) en médiation générale à l'Université de Fribourg, cette formation se composant du CAS en médiation (15 ECTS), puis de 8 modules de cours supplémentaires (9 ECTS), d'un stage et d'un rapport de stage (5 ECTS) ainsi que d'un

travail final (4 ECTS). Le 10 novembre suivant, l'assurée a envoyé des informations complémentaires concernant le CAS, qui devait avoir lieu de mars 2018 à janvier 2019 (pièces OAI 189 et 190). Son dossier n'ayant toutefois pas été retenu pour cette session, l'intéressée s'est inscrite pour la même formation (CAS) à la Haute Ecole de travail social (HETS) à Genève, où elle a été acceptée pour la rentrée 2018 (pièces 194, 198 et 199).

Le 3 janvier 2018, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'il prenait en charge les coûts d'un reclassement auprès de la HETS à Genève du 23 janvier 2018 au 31 mars 2019, pour un montant de 5400 fr., correspondant aux frais du CAS. Par contrat d'objectifs du même jour, signé par l'intéressée et l'OAI, il a été établi que l'objectif principal de l'assurée était d'entreprendre une formation de médiation en conflits en vue d'une activité adaptée sur le premier marché de l'emploi. Plus précisément, le premier objectif consistait à obtenir un CAS de médiation de conflits, le deuxième objectif était d'effectuer les travaux personnels nécessaires au CAS et le dernier objectif était de prendre part à la formation pratique sur le terrain (pièces OAI 219 et 221).

Le 20 août 2018, à l'occasion d'un entretien pour faire le point sur sa situation, l'intéressée a informé l'OAI que la formation qu'elle suivait avait subi des changements, que les modules du CAS se termineraient en décembre 2018, mais que seul un titre de « facilitateur » serait discerné et que pour obtenir le titre de « médiatrice généralisée » il faudrait faire des modules supplémentaires durant l'année 2019, puis pour le titre de « médiatrice spécialisée », il faudrait poursuivre par un DAS dès 2020 (pièce OAI 257).

Interpellée par l'OAI, la HETS a précisé en date du 2 octobre 2018 que la formation n'avait pas changé. En revanche, elle a ajouté, élément connu depuis le début, que le CAS de la HETS n'était pas reconnu par la Fédération Suisse des médiateurs (FSM) et que pour qu'il le soit, les candidats devaient compléter le CAS par 8 jours de formation complémentaire. Quant aux candidats qui faisaient ensuite un DAS, ils obtenaient un diplôme reconnu par la FSM (pièce OAI 261). Le 4 octobre suivant, Mme R \_\_\_\_\_, responsable de la formation de médiatrice à la HETS de Genève, a confirmé que la structure de la formation n'avait pas changé ces dernières années et n'était pas sur le point de changer, mais que le CAS de la HETS aboutissait uniquement au titre de « facilitateur » et qu'il fallait suivre une formation complémentaire dispensée par une association privée genevoise pour atteindre le titre de « médiateur généraliste » reconnu par la FSM, ce titre étant toutefois appelé à disparaître prochainement, de sorte qu'elle préconisait plutôt de compléter la formation par un DAS (formation uniquement en emploi ; pièce OAI 265).

Le 12 octobre 2018, Mme S \_\_\_\_\_, présidente de l'AVM (Association Valaisanne de Médiation) a indiqué à l'OAI qu'il y avait de plus en plus de travail en Valais pour les personnes qui bénéficiaient d'une formation reconnue et qu'à ce titre, un CAS de l'Université de Fribourg ou de Genève était suffisant, insistant sur le fait qu'un DAS n'était pas nécessaire pour travailler en Valais (pièce OAI 266). Le 22 octobre suivant, Mme T \_\_\_\_\_, de la Fédération Suisse des Associations de Médiation, a expliqué que pour que la FSM délivre le titre de médiatrice FSM, il fallait faire partie d'une association reconnue, par exemple l'Association Valaisanne de Médiation, que les conditions pour cela étaient au minimum un CAS avec 200 heures de formation, que le CAS de la HETS n'avait pas ces 200 heures, mais que la HETS avait un partenariat avec le Groupement Pro Médiation (GPM), qui proposait des journées de cours supplémentaires et un travail sur un cas sous supervision avec un travail personnel à rendre à la fin, et que le DAS n'était pas obligatoire (pièce OAI 271).

Le 20 novembre 2018, l'assurée s'est inscrite au complément du CAS en médiation dispensé par le GPM (pièce OAI 279). Par communications du 4 décembre suivant, l'OAI a d'une part accepté la prise en charge des coûts d'un reclassement auprès du Groupement Pro Médiation à Genève du 31 janvier 2019 au 13 septembre 2019, et d'autre part limité la communication du 3 janvier 2018 avec effet au 31 décembre 2018, dans la mesure où le CAS se terminait en fin d'année 2018 (pièces OAI 284 et 285).

Par courrier du 23 janvier 2019, l'intéressée, sous la plume de son mandataire Me Pierre Seidler, a accusé réception des deux communications du 4 décembre précédent et requis des décisions sujettes à recours, faisant valoir un droit à l'indemnité journalière, dans la mesure où les travaux exigés par le complément au CAS allaient l'occuper au point qu'elle ne pourrait réaliser un quelconque revenu. Elle a en outre joint à son envoi un rapport du Dr E \_\_\_\_\_ du 17 décembre 2018, rappelant les crises dont elle souffrait, indiquant qu'elle présentait désormais aussi des douleurs lombaires sur troubles dégénératifs et attestant une incapacité totale de travailler, ainsi qu'une IRM cérébrale fonctionnelle du 10 mars 2018 du Centre hospitalier universitaire de Bicêtre (Paris, France), concluant à une atrophie avec défauts focaux non évolutifs des fibres du système limbique et de faisceaux associatifs en tractographie, sur laquelle le Dr E \_\_\_\_\_ n'était pas en mesure de se prononcer (pièce OAI 310).

Le 28 janvier 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rendre une décision limitant les mesures professionnelles octroyées par communications des 3 janvier et 27 avril 2018 avec effet au 31 décembre 2018, l'indemnité journalière étant payée jusqu'au dernier jour de réadaptation, dans la mesure où la formation à la HETS se terminait en

fin d'année 2018 et non en mars 2019. L'OAI a ajouté que le complément de formation organisé par le GPM était pris en charge par ses soins, selon communication du 5 décembre 2018 (*recte* : 4 décembre 2018), et que le DAS n'était pas nécessaire pour travailler dans la médiation, de sorte qu'il ne serait pas pris en charge, l'OAI n'intervenant que pour une formation simple et adéquate sans se conformer aux désirs d'un assuré s'ils induisaient des frais supplémentaires. L'OAI a encore précisé que pendant la période de formation complémentaire, comprenant 8 jours, un travail personnel sous la forme d'un stage de co-médiation de 6 séances d'une heure et demie dans le cadre d'un stage de 24h et la rédaction d'un rapport de stage approfondi, le droit à l'indemnité journalière ne pouvait être reconnu, les conditions d'une telle prestation n'étant pas remplies (pièce OAI 313).

Le 8 avril 2019, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, considérant d'une part que le CAS et la formation complémentaire y relative ne constituaient pas une réinsertion professionnelle adéquate, au contraire d'un DAS, et d'autre part qu'elle présentait sur le plan médical des troubles qui l'affectaient profondément et occasionnaient une incapacité de travail complète selon le Dr E \_\_\_\_\_ et les résultats de l'IRM du 10 mars 2018 (pièce OAI 317).

Le 24 avril suivant, le Dr M \_\_\_\_\_ a relevé que le Dr E \_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément clinique nouveau, que l'IRM fonctionnelle ne montrait aucune anomalie morphologique, que l'aspect fonctionnel ne pouvait être interprété en l'état et que l'imagerie n'avait d'intérêt que lorsqu'elle était confrontée à la clinique, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Il a dès lors confirmé les conclusions du SMR du 6 avril 2017, à savoir que l'intéressée présentait une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée. En conséquence, l'OAI a confirmé son projet par décision du 29 avril 2019 (pièces OAI 319 et 320). Non contestée, cette décision est entrée en force.

**D.** Le 12 juin 2019, lors d'un entretien téléphonique avec l'assurée, l'OAI a découvert que cette dernière ne suivait pas la formation octroyée par la communication du 4 décembre 2018. L'intéressée a expliqué qu'elle avait été convoquée en janvier par les responsables de cette formation qui lui avaient dit qu'au vu des difficultés rencontrées durant le CAS, il ne fallait pas qu'elle se lance dans le complément, mais que le DAS serait bien plus adapté pour elle. Elle a ajouté attendre au plus vite une décision relative à son droit à une rente (pièce OAI 321).

Interpellé par l'OAI, M. U \_\_\_\_\_, coordinateur de la formation GPM, a indiqué en date du 14 juin 2019, que lors de l'entretien avec l'assurée en janvier, il lui avait été

expliqué les tenants et aboutissants du complément au CAS, mais qu'en aucun cas les responsables de la formation avaient découragé l'intéressée, qui remplissait les conditions pour avoir accès à ce complément. L'assurée les avait rappelés le lendemain pour les informer qu'elle avait réfléchi et qu'elle ne souhaitait pas faire cette formation complémentaire, de sorte qu'il s'agissait de son choix et non d'un conseil donné par les responsables (pièce OAI 322).

Le 27 juin 2019, l'OAI a adressé une mise en garde à l'intéressée, la rendant attentive au fait que ses prestations pourraient être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si elle persévérait à ne pas collaborer activement aux mesures de réadaptation qui avaient été mises en place et lui accordant un délai au 5 août suivant pour confirmer par écrit qu'elle était prête à participer activement et sans réserve à sa réadaptation (pièce OAI 324).

Le 4 juillet 2019, l'assurée a répondu à l'OAI qu'elle considérait sa mise en garde abusive et déplacée, rappelant à cet égard l'existence et le contenu des précédents courriers de son mandataire et ajoutant que pour des raisons de santé, elle n'était de toute façon pas en mesure de poursuivre une quelconque formation complémentaire au CAS. Elle a ainsi indiqué renoncer à toute autre mesure de la part de l'OAI et a prié ce dernier de statuer en l'état, notamment quant aux rentes auxquelles elle estimait avoir droit pour les périodes antérieures à la mise en œuvre des mesures d'ordre professionnel (pièce OAI 325).

Par communication du 9 août 2019, l'OAI a annulé la communication du 4 décembre 2018, motif pris que l'intéressée ne s'était jamais rendue aux cours prévus dans le cadre du reclassement octroyé par dite communication (pièce OAI 329).

Le 2 septembre 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rendre une décision lui refusant tout droit à une rente d'invalidité, considérant en substance qu'elle aurait pu terminer avec succès un CAS en médiation, que dès lors son revenu d'invalidité calculé en fonction de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) se montait à 76'724 fr. 50, que son revenu hypothétique, calculé sur la base de son ancienne activité d'enseignante à un taux de 86% s'élevait à 105'218 fr. 30 en équivalent plein temps, que le solde de 14% était dévolu à l'exécution des tâches ménagères, pour lesquelles elle ne présentait aucun empêchement, de sorte qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2019, son degré d'invalidité global était de 23%, soit un taux inférieur à 40% et ne donnant pas droit à une rente (pièce OAI 331).

Le 2 octobre 2019, l'intéressée, dûment représentée par son mandataire, a contesté la capacité de travail complète ainsi que le salaire retenus dans le projet de décision. Se basant sur l'avis du Dr E \_\_\_\_\_ du 17 décembre 2018, elle a considéré que son état de santé s'était aggravé et que sa capacité de travail était actuellement nulle, en raison des troubles cognitifs et des crises de nature épileptique et non épileptique assimilés, auxquels s'ajoutaient un état anxio-dysthymique et l'apparition récente de douleurs lombaires sur troubles dégénératifs. Elle a également relevé qu'il y avait lieu de tenir compte de son droit à une rente pour la période antérieure au 6 décembre 2017, dans la mesure où à cette époque elle disposait d'une capacité totale de travail mais dans une activité adaptée, précisant qu'il serait abusif d'utiliser la mise en garde postérieure pour nier son droit à une rente (pièces OAI 333 et 335).

Le 14 novembre 2019, au vu de l'aggravation de l'état de santé alléguée et compte tenu du fait que les expertises psychiatriques et neurologiques au dossier dataient de 2015, respectivement de 2017, le Dr M \_\_\_\_\_ a préconisé la réalisation d'une expertise bidisciplinaire neurologique et psychiatrique afin de refaire le point de la situation (pièce OAI 336). Cette expertise a été confiée au Centre d'expertises médicales (CEMed) et plus précisément aux Drs V \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, W \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et Y \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (pièce OAI 345).

A l'issue de son examen du 6 mars 2020, le Dr V \_\_\_\_\_ a indiqué qu'aucun diagnostic incapacitant ne pouvait être mis en évidence, dans la mesure où les douleurs lombaires d'allure dégénérative existaient depuis quelques années, que l'assurée arrivait à les gérer en faisant attention lors des différents mouvements, que l'examen clinique réalisé au niveau du rachis dorso-lombaire ne montrait aucune limitation dans la mobilité, qu'à cet égard seules pouvaient être retenues les limitations fonctionnelles liées à la nécessité d'éviter les positions prolongées penchées en avant ainsi que les ports de charges lourdes au-delà de 20kg, qu'aucun trouble de la colonne cervicale n'était mentionné au jour de l'expertise en dehors d'une douleur à la palpation des deux trapèzes supérieurs de chaque côté, mais sans contracture, et que selon les tests réalisés le diagnostic de fatigue n'était pas incapacitant et semblait plutôt correspondre à l'existence d'une pathologie psychique sous-jacente. Il a en outre considéré que l'activité d'enseignante était adaptée et que la capacité de travail de l'assurée dans cette activité était entière (pièce OAI 355, p. 919 ss).

Le 19 juin 2020, l'intéressée a été examinée par la Dresse W \_\_\_\_\_, qui a retenu le diagnostic de malaises d'origine indéterminée, dont des crises non épileptiques

psychogènes et une possible crise épileptique tonico-clonique généralisée en 2011, entraînant une incapacité de travail théorique dans l'activité d'enseignante pour enfants, les limitations fonctionnelles découlant de ce diagnostic étant d'éviter des contextes de travail pouvant entraîner des chutes et blessures en cas de malaise, l'incapacité à conduire un véhicule à but professionnel et des horaires irréguliers ou nocturnes favorisant un manque de sommeil. Elle a ainsi considéré que l'activité habituelle d'enseignante à l'école primaire n'était en principe pas exigible, mais que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées, la capacité de travail de l'intéressée était entière depuis toujours (pièce OAI 355, p. 900 ss).

Quant au Dr Y \_\_\_\_\_, il a examiné l'assurée en date du 23 juin 2020 et retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique (F33.01) et de troubles dissociatifs de la motricité et des sens (F44.7-44.9). Il n'a en revanche retenu aucun trouble de la personnalité. Il a considéré que l'activité habituelle d'enseignante à l'école primaire était discutable et n'était probablement plus exigible, car elle pouvait exposer des élèves à la survenue des crises dissociatives, mais que dans une activité adaptée, comme par exemple enseignante pour adultes, la capacité de travail était entière depuis toujours (pièce OAI 355, p. 877 ss).

Dans le rapport consensuel du 29 septembre 2020, les Drs V \_\_\_\_\_, W \_\_\_\_\_ et Y \_\_\_\_\_ ont encore mis en évidence plusieurs incohérences chez l'intéressée, notamment quant à la fatigue, annoncée comme très invalidante par l'expertisée, mais dont aucun caractère objectif n'avait été observé le jour de l'expertise et qui ne correspondait non plus pas au déroulement d'une journée type telle que relatée aux experts. De même, il existait des incohérences entre l'ampleur des plaintes cognitives décrites à l'anamnèse et les constatations objectives cohérentes tout au long du dossier, l'assurée se montrant souvent incapable de retenir certains faits, noms ou dates dans l'anamnèse, mais se révélant particulièrement précise dans les descriptifs obtenus. Enfin, les trois experts ont considéré que la fin de la formation de médiatrice était médicalement à la portée de l'intéressée, que sa capacité de travail en tant que médiatrice, si la formation avait pu être achevée, était entière et que la capacité de travail dans toute autre activité adaptée était entière (pièce OAI 355).

Dans un rapport final du 9 octobre 2020, le Dr M \_\_\_\_\_ a indiqué que l'expertise pluridisciplinaire des Drs V \_\_\_\_\_, W \_\_\_\_\_ et Y \_\_\_\_\_ présentait une pleine valeur probante et retenu que l'assurée souffrait, de manière invariable depuis les expertises précédentes, de malaises inexpliqués sur le plan organique, à rattacher à un trouble dissociatif (de conversion) et que dite expertise n'avait pas permis de mettre en

évidence une quelconque aggravation, anamnétique ou clinique. Il a de plus analysé de manière très détaillée la situation via le prisme des indicateurs jurisprudentiels, et a conclu que les indicateurs de gravité n'étaient manifestement pas remplis. Il a ainsi admis que l'activité d'enseignante n'était plus exigible, mais qu'une activité adaptée était exigible à 100% pour autant qu'elle respecte les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activité avec risque de blessures en cas de perte de connaissance soudaine, pas d'activité en hauteur, pas d'utilisation de machines dangereuses, pas d'utilisation d'un véhicule à titre professionnel, pas d'activité d'enseignement, pas d'horaires irréguliers ou de nuit et pas de position penchée en avant (pièce OAI 356).

Le 13 octobre 2020, l'OAI a transmis à l'assurée un projet d'acceptation de rente annulant et remplaçant ceux du 16 décembre 2015 et du 2 septembre 2019, dans lequel elle entendait lui accorder dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013 un quart de rente d'invalidité basé sur un degré d'invalidité de 40% (46% dès le 1<sup>er</sup> mai 2014, puis dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018, suite au changement de l'art. 27bis RAI), ce droit étant suspendu du 31 mars 2018 au 1<sup>er</sup> décembre 2018, vu l'octroi d'indemnités journalières du 6 décembre 2017 au 31 décembre 2018. Ce projet prévoyait aussi que le droit à un quart de rente était limité au 31 mars 2019, soit 3 mois après la date depuis laquelle l'invalidité globale de l'intéressée n'atteignait plus que 23%. En substance, l'OAI a considéré que, sans ses problèmes de santé, l'assurée aurait partagé son temps de travail à 86% comme enseignante et 14% dévolu à l'exécution des tâches ménagères, que dès lors qu'elle ne pouvait plus exercer son activité habituelle d'enseignante, elle avait pu bénéficier d'un reclassement professionnel comme médiatrice, que compte tenu du fait que le comportement de l'intéressée n'avait pas changé malgré la mise en garde du 27 juin 2019, il considérait qu'elle aurait pu terminer avec succès un CAS en médiation, calculant ainsi son revenu d'invalidé en fonction de l'ESS (niveau de compétence 2, activité spécialisée de médiatrice) à 76 724 fr. 50 et son revenu hypothétique à 105 218 fr. 30, et qu'elle était à même de réaliser ses tâches ménagères, de sorte qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2019, son degré d'invalidité tenant compte des deux domaines d'activité s'élevait à 23% selon la méthode mixte (pièce OAI 359).

Le 14 décembre 2020, l'assurée a formellement contesté ce projet de décision, alléguant d'une part que l'expertise pluridisciplinaire du CEMed contenait de nombreuses contradictions. A cet égard, elle a soutenu que les experts retenaient plusieurs diagnostics pertinents relatifs à des troubles psychiques et organiques, mais qu'ils limitaient arbitrairement les capacités fonctionnelles à des travaux physiques, à l'exception des activités d'encadrement de mineurs. Elle a ajouté qu'ils avaient balayé

toute incapacité liée aux crises dissociatives, malgré de nombreux rapports médicaux figurant au dossier, et que l'appréciation de la capacité de travail par l'expert psychiatre était en inadéquation avec ses constats relatifs aux diagnostics ainsi qu'à l'évolution de sa situation. Quant à l'expert en neurologie, elle a relevé que le fait qu'il avait retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée était en totale contradiction avec l'aggravation de sa situation attestée par son neurologue traitant. D'autre part, elle a critiqué l'utilisation de la méthode mixte d'évaluation, indiquant que sans ses ennuis de santé, elle aurait aimé travailler plus pour des raisons financières (pièce OAI 365).

Par décision du 15 février 2021, l'OAI a confirmé son projet de décision, relevant que l'intéressée n'avait aucun argument médical pertinent et objectivement vérifiable susceptible de semer le doute sur le bien-fondé de la pleine capacité de travail dans toute activité légère et adaptée reconnue par le CEMed dans son rapport d'expertise du 29 septembre 2020 et que ce rapport remplissait tous les requis juridiques, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'éloigner des conclusions des experts. Quant au choix de la méthode mixte, il a rappelé que lors des entretiens avec le service de réadaptation qui ont suivi la demande de prestations en mars 2013, l'assurée avait déclaré qu'en bonne santé elle exercerait à 86% en tant qu'enseignante et serait occupée au ménage pour les 14% restants, mais que même s'il fallait retenir un taux de 100% à la place de celui de 86%, le degré d'invalidité globale ne serait que de 27% au lieu de 23%, ce qui n'ouvrirait pas le droit à une rente (pièce OAI 368).

**E.** X \_\_\_\_\_ a recouru devant le Tribunal fédéral le 18 mars 2021, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 15 février 2021 et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour complément d'instruction et octroi de nouvelles mesures de réadaptation au sens des considérants. Elle a en substance allégué qu'il n'était pas possible de considérer qu'elle avait bénéficié avec succès d'un reclassement professionnel, dans la mesure où le revenu d'invalidité était inférieur de près de 30'000 fr. au salaire hypothétique, de sorte que l'équivalence approximative en termes de capacité de gain n'était pas remplie et qu'elle ne disposerait que d'un CAS, lui octroyant uniquement le titre de facilitateur, et non d'un DAS auquel elle avait droit, si bien qu'il y avait également un défaut d'équivalence en termes de qualification professionnelle. Elle a au surplus réitéré ses critiques quant aux contradictions dans l'expertise du CEMed et au mauvais usage de la méthode mixte d'évaluation.

Dans sa réponse du 27 avril 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours, rappelant qu'un reclassement comme médiatrice (CAS) avait été octroyé à l'assurée dès décembre 2017, que suite à sa demande de prise en charge d'un DAS en août 2018, il lui avait été

indiqué qu'une telle formation ne serait pas octroyée, au contraire d'un module complémentaire au CAS. L'intéressée ne s'étant pas présentée à cette formation complémentaire, sans en informer l'intimé, ce dernier lui avait offert une ultime possibilité de terminer cette formation dans sa mise en garde du 27 juin 2019, ce que l'intéressée avait toutefois renoncé à faire. L'OAI a pour le reste maintenu ses conclusions.

Le 29 juin 2021, l'assurée a contesté intégralement la réponse de l'intimé et confirmé les conclusions de son recours. L'intimé n'ayant pas fait valoir d'observations complémentaires, l'échange d'écritures a été clos le 14 juillet 2021.

### **Considérant en droit**

**1.** Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Remis à la poste le 18 mars 2021, le recours dirigé contre la décision du 15 février précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et 69 LAI ; art. 81a al. 1 de la loi du 6 octobre 1976 sur la procédure et la juridiction administratives – LPJA ; RS/VS 172.6). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

**1.2** Au 1<sup>er</sup> janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux règles de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; arrêt 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'intimé, plus particulièrement à de nouvelles mesures de réadaptation professionnelle.

**3.** Dans un premier grief, la recourante conteste le fait d'avoir bénéficié avec succès d'un reclassement professionnel, considérant que ni la condition de l'équivalence de la capacité de gain ni celle de l'équivalence de qualification professionnelle n'étaient remplies.

**3.1** L'article 8 alinéa 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la maintenir ; les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des articles 15 à 18c LAI (art. 8 al. 2 let. b LAI).

Selon l'article 17 alinéa 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à une mesure de reclassement professionnel au sens de l'article 17 LAI est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 et 124 V 108 consid. 2b, arrêt 9C\_645/2016 du xx.xx 2017 consid. 5.2). Dans certains cas exceptionnels, il peut toutefois se justifier de s'écarter du seuil de gravité de 20% (arrêt de l'ancien Tribunal fédéral des assurances I 761/02 du 5 mars 2003, consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal administratif bernois 200 19 405 IV du 8 octobre 2019, consid. 5.3).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à la personne assurée une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'intéressé n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, il ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 139 V 399 consid. 5.4, 130 V 488 consid. 4.2 et les références).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, dès lors

qu'elles présupposent un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules entrent en ligne de compte, en vue de l'acquisition d'une formation professionnelle, celles qui peuvent s'articuler sur ce minimum de connaissances. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. La personne qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 139 V 399 consid. 5.5, 124 V 108 consid. 2a p. 110). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Des mesures d'ordre professionnel ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt I 95/07 du 15 février 2008 consid. 4.3).

Comme toute mesure de réadaptation, les mesures de reclassement doivent par ailleurs être adéquates. Il doit exister une proportion raisonnable entre les frais qu'elles entraînent, leur durée et le résultat que l'on peut en attendre (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2, 103 V 16 consid. 1b et références citées, arrêt 9C\_534/2010 du 10 février 2011 consid. 3.1).

**3.2** L'exigence d'une équivalence approximative entre l'activité exercée avant la survenance de l'invalidité et celle accomplie après une mesure de reclassement porte avant tout sur les perspectives de gain. Mais pour être certain que le revenu réalisé dans la nouvelle profession soit plus ou moins du même ordre, à terme (carrière), que celui que procurait l'activité initiale, il faut que les deux formations considérées présentent une valeur intrinsèque qui puisse soutenir la comparaison (OFAS, CMRP, chiffre 4002 ; RCC 1988, p. 494 et VSI 1997, p. 84). L'équivalence approximative des possibilités de gain offertes par l'ancienne activité et par la nouvelle ne saurait être réalisée à long terme que si les deux formations ont, elles aussi, une valeur approximativement comparable (ATF 124 V 108 consid. 3b p. 111; arrêt 9C\_704/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.1 et les références; voir également Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, IVG, 3<sup>e</sup> éd. 2014, n. 16 ad art. 17 LAI).

L'exigence d'équivalence limite ainsi le droit au reclassement « vers le haut ». L'AI n'a pas pour tâche de placer un assuré dans une position économique et professionnelle meilleure que celle qu'il occupait auparavant. Si l'assuré choisit une mesure de plus grande portée, il faut procéder conformément au ch. 4025 ou au ch. 4026 de la CMRP (Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel). La jurisprudence a rappelé à cet effet l'exigence d'une équivalence approximative des activités ou des gains

(ATF 124 V 110 consid. 2a et les références, 122 V 79 consid. 3b/bb; VSI 2002, p.110 s. consid. 4; VSI 2000, p. 25; VSI 1997, p. 85 consid. 1).

Sont en principe pris en charge tous les frais en rapport direct avec la mesure de reclassement qui répondent aux critères de simplicité, d'utilité et d'équivalence.

**3.3** L'article 7 LAI dispose que l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGGA). Il doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels). Il s'agit en particulier :

- a. de mesures d'intervention précoce (art. 7d) ;
- b. de mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (art. 14a) ;
- c. de mesures d'ordre professionnel (art. 15 à 18 et 18b) ;
- d. de traitements médicaux au sens de l'article 25 LAMal.

Aux termes de l'article 7b alinéa 1 LAI, les prestations peuvent être réduites ou refusées conformément à l'article 21 alinéa 4 LPGGA si l'assuré a manqué aux obligations prévues à l'article 7 de la présente loi ou à l'article 43 alinéa 2 LPGGA, qui impose à l'assuré de se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés.

Selon l'article 21 alinéa 4 LPGGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée (cf. ATF 139 V 399 ; 122 V 218 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_961/2008 du 30 novembre 2009 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 309/01 du 4 juin 2002 consid. 5).

**3.4** En l'occurrence, la recourante est au bénéfice d'un certificat de maturité pédagogique, c'est-à-dire d'un diplôme d'une haute école, ainsi que d'un brevet pédagogique, valable pour l'enseignement dans les classes primaires. L'instruction menée par l'intimé ayant établi que l'intéressée n'était plus capable d'exercer dans son

activité habituelle d'enseignante, l'OAI a accepté, par communication du 3 janvier 2018, de prendre en charge les coûts d'un reclassement auprès de la HETS à Genève du 23 janvier 2018 au 31 mars 2019, pour un montant de 5400 fr., correspondant aux frais du CAS en médiation. Par contrat d'objectifs du même jour, dûment signé par l'assurée, il a été établi que l'objectif principal de l'intéressée était d'entreprendre une formation de médiation en conflits en vue d'une activité adaptée sur le premier marché de l'emploi. Ni la communication, ni le contrat d'objectifs ne font état de la formation complémentaire qu'est le DAS.

Si l'assurée a bien pris part à la formation à l'HETS, il s'est révélé que ce CAS devait être complété par une formation donnée par le du Groupement Pro Médiation (GPM) afin de pouvoir obtenir le titre de « médiateur généraliste » reconnu par la FSM. Ainsi, par communication du 4 décembre 2018, l'OAI a accepté la prise en charge des coûts d'un reclassement auprès du GPM à Genève du 31 janvier 2019 au 13 septembre 2019. La recourante, après s'être pourtant inscrite à ces cours, ne s'y est jamais présentée et n'en a pas informé l'intimé, qui l'a découvert seulement au mois de juin 2019. L'OAI a alors mis en garde l'assurée que si elle persistait à refuser de suivre cette formation complémentaire, en violation de son obligation de collaborer, ses prestations pouvaient être réduites ou refusées temporairement ou définitivement, et l'a priée de lui confirmer par écrit qu'elle était prête à participer activement à sa réadaptation. L'intéressée n'ayant pas donné confirmation, l'intimé a mis fin à sa communication du 4 décembre 2018 et considéré, en application des sanctions évoquées dans sa mise en garde, que la recourante avait été réadaptée avec succès. Ainsi, se basant sur l'ESS, il a estimé son revenu annuel d'invalidé à 76 724 fr. 50 dans une activité de médiatrice avec un niveau de compétences 2, et son revenu hypothétique dans l'activité d'enseignante à 105 218 fr. 30, ce qui représentait un degré d'invalidité de 27% et, selon la méthode mixte, de 23%.

En ce qui concerne l'équivalence de qualification professionnelle, la Cour de céans relève qu'une des conditions d'admission à la formation (CAS en médiation) est d'être titulaire d'un diplôme d'une haute école. Le certificat de maturité pédagogique que possède l'assurée constituant un tel diplôme, il apparaît d'emblée que la formation de médiatrice généralisée accordée par l'intimé est supérieure à la formation de base de l'assurée. De plus, le CAS en médiation ainsi que la formation complémentaire dispensée par le GPM conduisent à l'obtention du titre de « médiateur généraliste », qui permet d'exercer en Valais. En effet, tant Mme S \_\_\_\_\_, présidente de l'AVM (Association Valaisanne de Médiation), que Mme T \_\_\_\_\_, de la Fédération Suisse

des Associations de Médiation, ont clairement indiqué que le DAS n'était pas obligatoire pour exercer en tant que médiateur, à tout le moins en Valais, où l'assurée entendait travailler. Ainsi, la formation octroyée par l'OAI doit être qualifiée de complète et d'équivalente à la formation de base de la recourante. Le simple fait que l'intimé ait refusé la prise en charge d'une formation complémentaire sous la forme d'un DAS n'est pas de nature à remettre cela en question, ce d'autant plus qu'il est rappelé que, conformément à la jurisprudence susmentionnée, le droit au reclassement est limité vers le haut et qu'en règle générale, l'intéressée n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas.

Quant à l'équivalence de gains, s'il est vrai qu'une activité de médiatrice permettrait à l'assurée de réaliser un revenu annuel de 76 724 fr. 50, au lieu de 105 218 fr. 30 dans son ancienne activité d'enseignante, il sied de rappeler que l'exigence d'équivalence doit être appréciée à terme. En effet, il ne s'agit pas, lors de l'évaluation de la condition de l'équivalence, de faire dépendre le droit à des mesures de reclassement exclusivement du résultat d'une comparaison de revenus limitée à la période actuelle, sans tenir compte du niveau de formation qualitatif d'une part et de l'évolution future des possibilités de gain qui y est liée d'autre part (arrêt du Tribunal administratif bernois 200 19 405 IV, consid. 2.4.3). Ainsi, en l'espèce, le revenu d'invalidé de 76'724 fr. 50 représente un revenu médian de début de carrière et est amené à augmenter au fil de la carrière de l'assurée, de sorte que la différence de salaire est amenée à diminuer. Cela vaut d'autant plus que l'intéressée était âgée de 48 ans au moment de la décision entreprise, si bien qu'il lui restait une durée d'activité de 17 ans, soit une période suffisamment longue pour que son salaire de base puisse augmenter. A cela s'ajoute que la formation octroyée par l'AI doit être qualifiée de complète et d'équivalente à la formation de base de l'assurée, comme cela a été développé ci-dessus (cf. paragraphe précédent), ce qui n'est pas sans incidence sur les prétentions salariales de cette dernière. Il est ainsi possible de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'à terme, les gains seraient à peu près équivalents. Par ailleurs, l'intéressée ne démontre pas en quoi une formation complémentaire sous la forme d'un DAS aurait une influence sur ces gains, ce d'autant plus qu'il a déjà été indiqué que ce diplôme n'est pas nécessaire pour exercer en tant que médiateur en Valais.

Partant, la Cour retient que l'assurée a été mise au bénéfice d'un cursus qui lui aurait permis d'obtenir un titre équivalent, voire supérieur, et à terme, d'un revenu plus ou moins équivalent à celui de son ancienne activité. De plus, la recourante ayant décidé

de ne pas se présenter à la formation complémentaire dispensée par le GPM, à laquelle elle s'était pourtant inscrite et que l'intimé avait accepté de prendre en charge, et ayant refusé de la suivre malgré la mise en garde de l'OAI, c'est à juste titre que ce dernier a considéré, en application de l'article 21 LPGA, qu'elle était réadaptée avec succès, de sorte que de nouvelles mesures de réadaptation n'ont pas à être octroyées.

**4.** Dans un deuxième grief, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire des Drs V \_\_\_\_\_, W \_\_\_\_\_ et Y \_\_\_\_\_, au motif que le rapport d'évaluation consensuelle du 29 septembre 2020 contiendrait de nombreuses contradictions, de sorte que l'intimé ne pouvait pas conclure à une capacité entière de travail de la recourante dans une activité adaptée.

**4.1** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir un droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2).

En vertu de l'article 7 alinéa 1 LPGA, l'incapacité de gain est définie comme 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. Quant à l'incapacité de travail, elle correspond à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (a.), qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (b.) et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40% minimum (c.) (art. 28 al. 1 aLAI). Selon l'article 28 alinéa 2 aLAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins

donne droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

**4.2** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'article 4 alinéa 1 LAI en lien avec l'article 8 LPGA. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM-10 ou le DSM-V (notamment : ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêts 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 et 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). En général, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418), y compris les syndromes de dépendance primaire (ATF 145 V 215) et les troubles dépressifs de degré léger à moyen (ATF 143 V 409 et 418).

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

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

**4.3** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités celle-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 125 V 256 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

En général, le médecin traitant prend position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur la capacité de travail. Il appartient ensuite au service médical régional (SMR) de procéder à l'évaluation médicale visant à déterminer s'il s'agit d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité (art. 59 al. 2bis aLAI ; cf. CIIAI, ch. 1001 ss). Selon l'article 59 alinéa 2bis aLAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'article 6 LPGGA, 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 LPGGA) 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). 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 sur 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 ; 122 V 157 consid. 1d ; arrêts 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_25/2015 du 1<sup>er</sup> mai 2015 consid. 4.1 ; Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2920).

**4.4** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGGA), 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 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 9C\_748/2013 cité consid. 4.1.1, U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant d'après la jurisprudence que ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par l'assuré en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées, voir également arrêt 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, Plädoyer 2009 p. 72 ss).

**4.5** Dans le cas d'espèce, la recourante reproche principalement à l'intimé d'avoir retenu qu'une pleine capacité de travail était exigible de sa part dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019 et que la fin de la formation de médiatrice était médicalement à sa portée, conformément aux conclusions de l'expertise pluridisciplinaire des Drs V \_\_\_\_\_, W \_\_\_\_\_ et Y \_\_\_\_\_. Elle estime quant à elle que cette expertise contient de nombreuses contradictions en elle-même, mais aussi par rapport à l'avis de son neurologue traitant, le Dr E \_\_\_\_\_, qui considérait que sa capacité de travail était nulle.

**4.5.1** A l'examen du rapport d'évaluation consensuelle du 29 septembre 2020, et plus particulièrement des 3 expertises des 6 mars 2020 (Dr V \_\_\_\_\_), 19 juin 2020

(Dresse W \_\_\_\_\_) et 23 juin 2020 (Dr Y \_\_\_\_\_), force est de constater que celles-ci répondent entièrement aux conditions jurisprudentielles pour leur reconnaître une pleine valeur probante. En particulier, les experts ont chacun repris les différents avis médicaux figurant au dossier, puis ont établi une anamnèse complète, avant de décrire de manière détaillée les plaintes de la recourante et sa journée type. Ils ont ensuite chacun procédé à un examen clinique complet, permettant d'arrêter un diagnostic sur la base de constatations objectives. Les experts ont de plus énoncé des conclusions claires et motivées et répondu à toutes les questions posées dans le mandat d'expertise, de façon précise et détaillée (cf. pièce OAI 355).

En ce qui concerne plus particulièrement l'expertise du Dr Y \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à l'examen des indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel », formant le socle de base (ATF 141 V 281 consid. 4.3), l'on observe que l'expert psychiatre a analysé les critères de gravité conformément aux réquisits jurisprudentiels. Il a d'abord dûment motivé les diagnostics incapacitants qu'il a retenu (syndrome pseudo neurologique qui survient dans un contexte de facteurs de stress [vécu de maltraitements/violences de couple et séparation], tremblements, épisodes de perte de la vision et de l'audition, perte de conscience totale, dissociation, dépersonnalisation, pas particulièrement de ruminations négatives et pessimistes, inhibition avec une asthénie/fatigabilité, perte de motivation partielle, mais plaisirs conservés et pas de ralentissement psychomoteur), puis a relevé que l'activité d'enseignante à l'école primaire était discutable et n'était probablement plus exigible mais que dans une activité adaptée, par exemple enseignante pour adultes, une capacité entière était exigible sans diminution de rendement, depuis toujours. L'expert a ensuite indiqué que de nombreuses ressources avaient été conservées par la recourante (capacité de fonctionner de manière autonome au quotidien, aptitude à communiquer avec autrui, pas d'atteinte touchant le fonctionnement cognitif, ni de fatigabilité mentale, capacité à prendre des décisions que légèrement perturbée en lien avec son manque de confiance, motivation conservée, pas de peine à se mobiliser, capacité à respecter un cadre et à s'organiser), ce qui n'a d'ailleurs aucunement été remis en cause par l'intéressée.

Sous l'angle de l'examen de la catégorie « cohérence » (ATF 141 V 281 consid. 4.4), l'on note que l'expert a estimé qu'il n'existait aucune limitation fonctionnelle dans une activité adaptée, du moment que l'activité d'enseignante à des mineurs était évitée. Il est relevé à cet égard les ressources importantes ayant été conservées, relevées ci-dessus, et permettant à la recourante de maintenir différentes activités telles que décrites dans

le déroulement de sa journée type (capacité à donner des cours de français pour adultes plusieurs heures par semaine, capacité à effectuer des courses ainsi que son ménage, déplacement en voiture et transports publics, vacances en février 2020). L'expert retient enfin qu'il y a des incohérences entre les plaintes cognitives alléguées par l'expertisée (se montre incapable dans l'anamnèse de retenir certains faits, noms ou dates, alors que dans d'autres domaines elle est particulièrement précise dans les descriptifs obtenus) ainsi qu'entre la fatigue citée comme très importante par l'assurée et son niveau d'activité au quotidien où elle fonctionne quasi normalement.

S'agissant du Dr M \_\_\_\_\_, il ressort du rapport final SMR du 9 octobre 2020 qu'il a repris de manière minutieuse les différents avis médicaux figurant au dossier, renvoyant au besoin à ses précédents avis, puis a expliqué de manière détaillée, notamment via le prisme des indicateurs, pour quelles raisons les expertises des Drs Y \_\_\_\_\_, W \_\_\_\_\_ et V \_\_\_\_\_ respectaient l'ensemble des réquisits jurisprudentiels, de sorte que leurs conclusions devaient être reprises sans qu'il ne soit nécessaire que le SMR ne procède lui-même à un examen clinique de l'intéressée. Il s'est ainsi, à juste titre, fondé sur dites expertises pour retenir les diagnostics de malaises d'origine indéterminée (R55) et de trouble dissociatif [de conversion] mixte (F44.7) ainsi que les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activité à risque de blessure si perte de connaissance soudaine (pas d'activité en hauteur, pas d'utilisation de machines dangereuses), pas d'utilisation d'un véhicule à titre professionnel, pas d'activité d'enseignement, pas d'horaires irréguliers ou de nuit et pas de position penchée en avant.

**4.5.2** La recourante ne saurait être suivie lorsqu'elle se prévaut de contradictions qui ressortiraient du rapport consensuel du 29 septembre 2020, respectivement des 3 expertises des Drs V \_\_\_\_\_, W \_\_\_\_\_ et Y \_\_\_\_\_. En effet, elle relève premièrement que les experts auraient nié toute incapacité liée aux crises dissociatives en faisant fi de tous les rapports médicaux figurant au dossier. Or, le rapport consensuel retient non seulement expressément le diagnostic incapacitant de malaises d'origine indéterminée avec possible crise épileptique tonico-clonique généralisée en 2011 et crises non épileptiques psychogènes, mais il indique aussi, à titre de limitation fonctionnelle, la nécessité d'éviter les activités d'encadrement de mineurs. Ce point est d'ailleurs développé dans le rapport d'expertise du Dr Y \_\_\_\_\_, qui a retenu que l'activité d'enseignante à l'école primaire était discutable et n'était probablement plus exigible, car elle pouvait exposer des élèves à la survenue des crises dissociatives

(pièce OAI 355, p. 896). Ainsi, contrairement aux dires de l'assurée, l'incapacité liée aux crises dissociatives a bel et bien été prise en compte par les experts.

La recourante critique ensuite l'appréciation de la capacité de travail émise par le Dr Y \_\_\_\_\_, qu'elle juge en inadéquation avec ses constats relatifs aux diagnostics ainsi qu'à l'évolution de sa situation. Il est en effet contradictoire selon elle d'admettre que les crises dissociatives conduisent à une incapacité de totale dans l'activité d'enseignante primaire et qu'elles ouvrent le droit à des mesures de réinsertion professionnelle, mais qu'elles n'auraient aucune incidence sur les autres tâches professionnelles exigibles, sans diminution de rendement. Or, une lecture attentive de l'expertise psychiatrique du 23 juin 2020 permet de comprendre que l'expert a retenu une incapacité de travail dans l'activité habituelle, car elle pouvait exposer des élèves aux crises dissociatives, ce qui pouvait constituer un facteur de stress pour l'assurée et devait ainsi être évité. En revanche, comme cela a été mis en évidence ci-dessus (cf. consid. 4.5.1), il a relevé de très nombreuses ressources chez l'assurée, ressources au demeurant non contestées par cette dernière, à savoir notamment une capacité de fonctionner de manière autonome au quotidien, une aptitude à communiquer avec autrui, aucune atteinte touchant le fonctionnement cognitif, ni aucune fatigabilité mentale, une capacité de prendre des décisions que légèrement perturbée en lien avec un manque de confiance, une motivation conservée, aucune peine à se mobiliser ainsi qu'une capacité de respecter un cadre et à s'organiser. Ainsi, au vu de dites ressources, il n'apparaît aucunement contradictoire que l'expert ait estimé que la capacité de travail de l'intéressée était entière dans une activité adaptée.

Enfin, la recourante reproche à l'experte en neurologie d'avoir retenu, en contradiction avec l'avis de son neurologue traitant, qu'elle souffrait de malaises nécessitant un traitement médical régulier et l'empêchant d'exercer son activité d'enseignante, mais qu'elle pouvait par contre exercer une activité adaptée, sans autre précision, avec présence de 8h par jour et un rendement de 100%. Or, à la lecture de l'expertise neurologique du 19 juin 2020, il apparaît que l'experte a clairement indiqué quelles devaient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assurée, à savoir éviter un contexte à risque de blessure en cas de survenue de malaise, tel que le travail en hauteur ou sur terrain accidenté, pas de conduite d'un véhicule à but professionnel, pas de travail à horaires irréguliers ou de nuit et pas d'activité d'encadrement d'enfants mineurs. Par ailleurs, la Dresse W \_\_\_\_\_ a également retenu que l'intéressée présentait de nombreuses ressources, à l'instar de l'expert psychiatre. Dans son rapport du 17 décembre 2018, le Dr E \_\_\_\_\_ s'est

quant à lui contenté de rappeler que sa patiente souffrait de crises de nature épileptique et non épileptique associées à un état anxio-dysthémique, sans toutefois se prononcer sur la fréquence des ces crises, et que la situation de sa patiente était la même depuis 2016 (fatigue, peine à se concentrer, besoin de chercher ses mots). Or, il ressort de l'évaluation consensuelle du 29 septembre 2020 qu'aucun critère objectif de fatigue n'a été mis en évidence lors des expertises et que l'intéressée n'avait émis que quelques bâillements après une heure d'entretien, sans aucun signe d'hypovigilance. A cela s'ajoute que le Dr Y \_\_\_\_\_ a constaté qu'elle n'avait aucune peine à trouver ses mots, que son discours était cohérent et qu'elle ne présentait aucun problème d'attention ou de concentration, malgré quelques imprécisions lors de l'établissement de l'anamnèse. De même, la Dresse W \_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée se montrait très précise dans la description de son parcours de formation et que les troubles de la concentration qu'elle avançait n'étaient pas cohérent avec l'activité professionnelle d'enseignante pour adultes qu'elle avait réussi à maintenir. Ainsi, au vu de la jurisprudence relative aux avis émis par les médecins traitants, et compte tenu de la pleine valeur probante devant être attribuée au rapport consensuel du 29 septembre 2020 ainsi qu'aux 3 expertises des Drs V \_\_\_\_\_, W \_\_\_\_\_ et Y \_\_\_\_\_, il n'y a pas lieu de s'éloigner de l'appréciation de l'experte en neurologie.

**4.5.3** Cela étant, la Cour de céans retient qu'il n'existe aucun motif de mettre en doute la valeur probante du rapport consensuel du 29 septembre 2020 et des expertises des Drs V \_\_\_\_\_, W \_\_\_\_\_ et Y \_\_\_\_\_. Le dossier est en outre suffisamment complet pour qu'un jugement puisse être rendu sur la base de celui-ci, sans qu'il ne soit nécessaire d'ordonner l'administration d'un autre moyen de preuve, à l'instar d'une expertise indépendante (appréciation anticipée des moyens de preuve ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et 144 II 427 consid. 3.1.3). Dans ces circonstances, ce grief doit également être rejeté.

**5.** Dans un troisième et dernier grief, la recourante reproche à l'intimé d'avoir utilisé la méthode mixte d'évaluation pour calculer son degré d'invalidité, alléguant que sans ses problèmes de santé, elle aurait manifestement augmenté son temps de travail.

**5.1.1** Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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; c'est la méthode

générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a p. 313 et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus.

**5.1.2** Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (cf. art. 27 RAI).

**5.1.3** Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des articles 28a alinéa 2 LAI et 8 alinéa 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 p. 53).

**5.2** Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, étant précisé que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire

reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteint le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2)

**5.3** En l'occurrence, la recourante soutient avoir clairement manifesté son intention d'augmenter son taux d'activité professionnelle, si elle n'était pas tombée malade, afin de pouvoir mieux subvenir à ses besoins, de sorte que c'est à tort que l'autorité intimée a utilisé la méthode mixte d'évaluation. Or, il ressort bien plutôt du rapport d'entretien du 15 mars 2013, réalisé lors du premier entretien de l'assurée avec l'OAI, qu'elle souhaitait partager son temps à raison de 80% dans son activité d'enseignante et 20% pour les tâches ménagères. De même, dans le rapport d'assessment du 3 juillet 2013, elle a indiqué vouloir travailler à 86% comme enseignante et utiliser les 14% restant pour s'occuper de son ménage. S'il est vrai qu'elle y a également indiqué vouloir travailler plus pour des raisons financières, il apparaît que cette remarque s'appliquait à son taux réduit de 43%. En effet, en raison de ses problèmes de santé, l'assurée avait dû diminuer de moitié son taux habituel de 86% et n'exerçait plus qu'à 43%. Dans l'idéal, l'intéressée souhaitait ainsi reprendre son activité à 86%, pour des raisons financières, et utiliser le reste pour ses travaux ménagers. En revanche, aucune pièce au dossier ne mentionne une volonté de travailler à 100%. Cette question peut toutefois demeurer ouverte, dans la mesure où même s'il fallait admettre que, sans ses problèmes de santé, la recourante aurait travaillé à 100%, son degré d'invalidité s'élèverait à 27%, en lieu et place de 23%, ce qui ne lui ouvrirait de toute façon pas droit à une rente d'invalidité.

**6.1** En tous points mal fondés, le recours doit être rejeté et la décision du 15 février 2021 confirmée.

**6.2** Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. en fonction de la difficulté moyenne de la cause, sont mis à charge de la recourante et compensés avec son avance (art. 69 al. 1 bis LAI). Eu égard à l'issue de la cause, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGGA).

### **Prononce**

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

Sion, le 13 février 2023