

S1 23 111

ARRÊT DU 18 MARS 2025

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

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

en la cause

X _____, recourante

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(art. 17 et 18 LAI ; refus de mesures d'ordre professionnel)

Faits

A. X _____, née en 1963, est mariée et mère d'un enfant majeur. Elle a suivi une formation universitaire en histoire et philosophie dans son pays d'origine, le Bangladesh, mais n'a jamais été employée dans ce domaine.

Elle est domiciliée en Suisse depuis 1998. En 2000, elle a travaillé comme ouvrière pour une entreprise de fabrication de planches à voile ; de février à novembre 2003, elle a effectué un remplacement comme aide de cuisine dans un home ; elle a travaillé durant 4 mois en 2008 pour une entreprise de vente par correspondance, où elle avait pour tâche de ranger des habits dans des cartons ; durant les étés 2016 et 2017, elle a fait les lits ainsi que le ménage dans une colonie de vacances à Choëx, à un taux de 40%. Sa dernière activité, en 2018, a été celle d'aide de cuisine et de ménage dans un hôtel, au sein duquel elle a fonctionné, durant quelques mois, à 80% ; le solde de son taux d'occupation, par 20%, était alors affecté à ses tâches ménagères (cf. p. 100, 103 et 116 du dossier AI ; cf. également l'extrait du compte individuel, CI, p. 27 dossier AI).

L'assurée s'est retrouvée en incapacité totale de travail dès le 17 décembre 2018.

B. En date du 4 mars 2020, elle a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI ou l'Office) (document 4 du dossier AI).

Dans un rapport du 16 décembre 2019, le Dr A _____, spécialiste en chirurgie de l'épaule et du coude, a indiqué que sa patiente avait des problèmes d'épaules, essentiellement à droite où elle souffrait d'une capsulopathie enraidissante (p. 29 du dossier AI). Elle a bénéficié d'infiltrations aux deux épaules (p 31 du dossier AI).

Dans un rapport du 15 avril 2020, le Dr B _____, FMH en médecine générale interne et alors médecin traitant, a mentionné avoir vu cette patiente en janvier 2019 dans le cadre de douleurs à l'épaule droite attribuées à une déchirure transfixiante de la partie antérieure du supra-épineux ; elle était en phase de capsulite rétractile avec une rotation externe passive bloquée à 0°. Il a posé les diagnostics de « rupture transfixiante partielle du segment antérieur du tendon du sus-épineux, avec rétraction du moignon tendineux sur 8 mm. Tendinopathie du sous-scapulaire, avec fissure millimétrique du versant profond et supérieur. Arthrose acromio-claviculaire pouvant être à l'origine d'un conflit antéro-supérieur. Diabète de type II non insulino-dépendant. Troubles d'adaptation (F43.2) ». La patiente était en premier lieu limitée par ses troubles de l'adaptation, étant notamment souligné que bien qu'habitant depuis plus de 15 ans en Suisse, elle ne parlait

quasiment pas le français et évitait tout contact visuel avec l'interlocuteur. Ses limitations étaient ensuite induites par son épaule gelée à droite avec une déchirure du sus-épineux. Néanmoins, selon le médecin traitant, la patiente pouvait tout de même travailler dans un métier n'impliquant pas de lever les bras au-dessus de l'horizontale, de soulever des charges et ne comprenant pas de travail nocturne à cause du diabète. Une reconversion professionnelle était néanmoins difficilement envisageable en raison de sa quasi méconnaissance du français. Le Dr B _____ a joint une série de rapports médicaux (p. 37 du dossier AI).

Dans un rapport du 20 août 2020, la Dresse C _____, FMH en médecine interne générale et nouveau médecin traitant, a précisé que sa patiente était en incapacité totale de travail depuis le 17 décembre 2018. Les infiltrations avaient induit une évolution favorable des omalgies ; elles avaient néanmoins décompensé le diabète, de sorte qu'elles n'avaient pas pu être réitérées. La physiothérapie avait également dû être suspendue durant le COVID-19 entraînant une réapparition des douleurs. L'élévation était inférieure à 90°, l'abduction de 30° et les rotations internes et externes étaient douloureuses. Sa patiente souffrait par ailleurs d'un diabète de type II, d'hypertension, d'hypercholestérolémie et d'un état anxio-dépressif, diagnostics sans incidence sur sa capacité de travail. L'activité habituelle nécessitant de fortes sollicitations des bras et des épaules n'était plus adaptée. Le pronostic professionnel dépendait de l'évolution après reprise de la physiothérapie ; dans ce cadre, un suivi avait débuté auprès du Dr D _____, spécialiste en médecine orthopédique et réadaptation physique, à Lavey-les-Bains (cf. *infra*). La Dresse C _____ a également relevé que cette patiente parlait mal de français et ne conduisait pas. Sa capacité de travail était alors jugée nulle dans toute activité. Par ailleurs, l'intéressée avait besoin de l'aide de son mari pour les tâches ménagères, pour s'habiller et se doucher (p. 60 ss du dossier AI).

Une radiographie du genou droit du 18 août 2020 a montré une arthrose fémoro-patellaire sans anomalie au niveau fémoro-tibial (p. 77 du dossier AI). Des rapports radiologiques relatifs à des infiltrations ont également été versés au dossier AI (p. 78 ss du dossier AI).

Dans un rapport adressé au Dr A _____ en date du 28 août 2020, le Dr D _____ a posé les diagnostics d'« omalgies bilatérales, arthrose fémoropatellaire D, fibromyalgie et obésité ». Lors d'examens des 14 et 28 août 2020, la patiente présentait des douleurs polyarticulaires (épaules, coudes, hanches, genoux) et, rarement, des douleurs lombaires basses augmentées en posture statique assise, laquelle était limitée à 20-30 minutes. Elle présentait également des cervicalgies pouvant

irradier dans la région scapulaire. Au terme de son examen, le Dr D _____ a souligné un déconditionnement musculaire focal et global ; il a préconisé une rééducation active durant au moins 9 à 12 mois avant qu'un résultat durable ne soit acquis (p. 89 ss du dossier AI).

Le Service médical régional (SMR) de l'AI, par le Dr E _____, spécialiste en médecine interne générale, a pris connaissance des rapports médicaux versés au dossier et rendu un avis en date du 1^{er} septembre 2020. Il a retenu les diagnostics provisoires de « capsulite rétractile de l'épaule droite avec déchirure du sus-épineux (M 75.0), diabète de type 2, d'HTA et d'hypercholestérolémie ». Estimant la situation médicale peu claire, il a requis qu'un examen clinique de médecine physique et réadaptation soit effectué au sein du SMR afin de préciser les limitations fonctionnelles ainsi que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle d'employée d'intendance ou dans une activité adaptée (p. 64 ss du dossier AI).

Cet examen a été accompli en date du 16 décembre 2020 par le Dr F _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en médecine interne générale. Il a pris connaissance des pièces médicales du dossier AI, y compris des rapports des Drs D _____ et C _____, et des pièces d'imagerie. L'assurée se plaignait alors de douleurs des moignons des deux épaules irradiant dans les omoplates d'une intensité de 5/10 à 8/10, constantes, aggravées par le mouvement, qualifiées de piqûre. Selon l'assurée, le maintien de la position couchée était possible par périodes de 3-4 heures, la position assise était supportée par périodes d'une demi-heure, les déplacements en véhicule comme passagère étaient possibles par périodes d'une heure, le maintien de la position debout était possible par périodes de 20 minutes et la marche était possible par périodes de 20 minutes. Le Dr F _____ a retenu les diagnostics associés avec répercussion sur la capacité de travail suivants : « omalgies droites chroniques (M 75.1, M 19.01, M 75.0), rupture transfixiante partielle du segment antérieur du tendon sus-épineux, tendinopathie sous scapulaire, arthrose acromio-claviculaire, capsulite rétractile au stade séquellaire, arthrose fémoro-patellaire droite (M 22.2) ». Il a également retenu les diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail suivants : « fibromyalgie, excès pondéral (IMC 29 kg/m²), diabète de type II non insulino-dépendant, hypercholestérolémie traitée, hypertension artérielle traitée ». L'examen clinique avait été rassurant. La mobilité passive des épaules était complète des deux côtés. Les tests des muscles de la coiffe des rotateurs démontraient l'absence de rupture complète et suggéraient des tendinopathies se manifestant par des douleurs. Une arthropathie dégénérative de l'articulation acromio-claviculaire droite expliquait les

douleurs à la palpation locale. La musculature de la ceinture scapulaire et des membres supérieurs était harmonieuse, symétrique, sans hypomyotrophie localisée. A l'examen de la colonne cervicale, dont la mobilité était complète et harmonieuse, seules des douleurs étaient déclarées à la palpation des apophyses épineuses, la musculature paravertébrale étant indolore à la palpation. Des douleurs étaient par ailleurs déclarées aux deux genoux, où les constatations cliniques étaient sans particularité. En particulier, le genou droit ne présentait pas d'épanchement et les tests rotuliens ne déclenchaient pas de douleur élective. L'absence de signe neurologique irritatif ou déficitaire était constatée. Les critères de la fibromyalgie de 1990 et de 2010 étaient présents. En ce qui concernait l'appareil locomoteur, les constatations médicales objectives justifiaient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux lourds, pas d'activité dans le plan et au-dessus du plan des épaules, pas d'activité en traction ni en poussée avec force avec le membre supérieur droit dominant, pas de déplacements longs ni répétitifs en terrain inégal, sur plan incliné, dans les escaliers, sur échafaudages, pas de position accroupie ni agenouillée, port de charges avec le membre supérieur droit limité à 5 kg non répétitif, pas d'exposition aux vibrations. La capacité de travail de cette assurée était nulle depuis le 17 décembre 2018 de manière définitive dans les activités habituelles de femme de chambre et d'employée dans la restauration. Par contre, après une période d'incapacité de travail à 100 % depuis le 17 décembre 2018, la capacité de travail de cette assurée était à nouveau complète au plus tard depuis le 16 décembre 2020, date de l'examen clinique au SMR Rhône, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles justifiées médicalement. Le pronostic de mise en valeur de cette capacité de travail était néanmoins défavorable en raison de facteurs dits étrangers à l'invalidité (barrière linguistique,) et de l'état douloureux chronique qui remplissait les critères diagnostiques de la fibromyalgie jugée toutefois ici non incapacitante (cf. *infra*) (rapport du 17 juin 2021, p. 95 ss du dossier AI).

Dans son rapport final du 23 juin 2021, le SMR, par le Dr E _____, a constaté que le rapport du Dr F _____ était probant. Il a notamment relevé que, concernant les indicateurs jurisprudentiels de gravité pour la fibromyalgie, le diagnostic était conforme à la CIM-10. Il ne s'agissait pas d'une atteinte grave selon le rapport d'examen clinique du Dr F _____ qui l'avait jugée non incapacitante. Il s'agissait essentiellement d'un phénomène algique, éminemment subjectif, qui ne reposait sur aucun substrat anatomique. Des facteurs extérieurs à l'AI étaient présents : barrière linguistique, absence de formation professionnelle reconnue en Suisse. Il existait également des facteurs d'exclusion du caractère incapacitant de ce trouble : le comportement ne correspondait pas aux plaintes avec une assurée qui pouvait maintenir la position assise

pendant environ une heure sans problème particulier, marchait de manière fluide, symétrique et sans boiterie, passait de la position debout à assise, debout à couchée, se retournait sur le lit d'examen et passait de la position couchée à debout sans difficulté ; les douleurs n'entraînaient que peu ou pas de prise en charge avec une antalgie limitée à la dose homéopathique d'un comprimé de Dafalgan par jour, un suivi mensuel par son médecin-traitant, l'absence de suivi rhumatologique, des séances de physiothérapie un mois sur deux ; les douleurs n'empêchaient pas l'assurée de fonctionner : elle faisait la cuisine, rangeait les habits, marchait, regardait la télévision, lisait, regardait des films sur sa tablette et faisait les courses. Il n'y avait pas de comorbidités somatiques, hormis un diabète type 2, ni psychiatriques significatives. Elle était entourée par son mari et son fils. Elle disposait de ressources qui lui avaient permis d'obtenir un diplôme universitaire dans son pays. En résumé, les indicateurs jurisprudentiels de gravité n'étaient pas remplis. Le SMR a dès lors confirmé ses diagnostics ainsi que les limitations et la capacité de travail exigible retenus par le Dr F _____, notamment une capacité entière dans une activité adaptée dès le 16 décembre 2020 (p. 110 ss du dossier AI).

Une enquête pour ménagère et mixte a été accomplie au domicile de l'assurée en date du 22 octobre 2021. Il en est ressorti que le taux d'incapacité ménager était de 26,23% (56,23% - 30% de pourcentage d'aide exigible des membres de sa famille) au 17 décembre 2019, terme du délai d'attente d'une année à compter du 17 décembre 2018. Le parcours professionnel de l'assurée a été rappelé et cette dernière a indiqué avoir toujours essayé de chercher une activité, sans jamais trouver de travail fixe. Elle a affirmé qu'en bonne santé, elle aurait travaillé 80% pour des raisons financières, étant relevé que le couple était à l'aide sociale (rapport du 25 octobre 2021, p. 115 ss dossier AI).

Un projet de décision accordant à l'assurée une rente entière pour la période limitée du 1^{er} septembre 2020 au 31 mars 2021 ainsi qu'un projet de décision niant le droit de l'assurée à des mesures d'ordre professionnel lui ont été notifiés en date du 5 novembre 2021 (p. 123 ss et 128 ss du dossier AI).

L'assurée a contesté le projet de décision de rente par écriture du 24 novembre 2021 ; elle a annoncé le dépôt de nouveaux rapports médicaux (p. 135 du dossier AI).

Le 3 janvier 2022, la Dresse C _____ a pris position à propos des deux projets de décisions (rente et mesures d'ordre professionnel). Elle a fait état d'une péjoration de l'état de santé de sa patiente durant l'année 2021 avec l'apparition de douleurs au côté

gauche avec conflit sous-acromial. Une IRM cervicale du 5 novembre 2021 avait mis en évidence des protrusions herniaires étagées pouvant correspondre à la symptomatologie de la patiente. Le Dr A _____ avait adressé la patiente à la Dresse G _____, spécialiste en neurochirurgie, laquelle avait suspecté une atteinte possiblement radiculaire. La Dresse C _____ invitait donc l'OAI à réévaluer sa décision de refus de rente. Elle a joint les rapports du Dr A _____ et de la Dresse G _____ du 18 novembre 2021 ; cette dernière avait conclu, à l'aune de l'IRM du 5 novembre 2021 notamment, que la patiente présentait des douleurs diffuses dans le bras gauche que l'on peinait à attribuer simplement tant à la colonne cervicale qu'à son épaule. Étant donné cette compression médullaire, se posait la question d'une douleur médullaire, ce qui lui paraissait néanmoins atypique étant donné l'empreinte très centrale sur la moelle. Finalement, devant une atteinte possiblement pluri-radiculaire, la neurochirurgienne avait préconisé un examen par le Dr H _____, spécialiste en neurologie, afin d'investiguer une éventuelle compression au niveau du défilé thoracique (p. 138 du dossier AI).

Le SMR, par le Dr I _____, spécialiste en médecine légale, a pris position après examens des nouveaux éléments médicaux produits. Il a pris acte qu'une IRM cervicale avait été réalisée, précisant que le SMR n'en avait pas reçu le compte rendu détaillé. Il ressortait néanmoins des dires de la Dresse C _____ que « des hernies des protrusions herniaires étagées, discrètement latéralisées à droite, prédominant en C4-C5 et C5-C6 " pourraient " correspondre à la symptomatologie de la patiente ». Selon les explications de la Dresse G _____, ces éléments radiologiques ne permettaient toutefois pas de confirmer une atteinte nerveuse radiculaire. Cette spécialiste n'avait également pas retenu de sténose foraminale ni d'hernie discale et peinait à attribuer les douleurs diffuses dans le bras gauche, tant à l'épaule gauche qu'au rachis cervical ; elle n'avait pas retenu d'indication chirurgicale ni de corrélation radio-clinique objective. Le SMR en déduisait que ces éléments médicaux n'étaient pas en contradiction avec le diagnostic de fibromyalgie retenu par le Dr F _____. En outre, les limitations fonctionnelles objectives déjà admises dans le rapport final SMR du 23 juin 2021 couvraient déjà les pathologies en lien avec l'atteinte de la ceinture des épaules. Pour toutes ces raisons et en l'absence d'éléments médicaux nouveaux, le SMR ne notait pas d'éléments justifiant de s'écarter des conclusions de son dernier rapport (p. 147 ss du dossier AI).

L'OAI a néanmoins encore requis un rapport médical du Dr H _____, lequel lui a transmis sa réponse en date du 5 juin 2022 ; le neurologue a confirmé qu'aucune

pathologie névralgique n'avait été mise en évidence à l'ENMG, de sorte qu'il n'avait instauré aucun suivi et ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail de l'intéressée (p. 153 du dossier AI). Il a joint un rapport adressé le 16 février 2022 à la Dresse G _____ ; lors de son examen du même jour, il avait noté une importante impotence fonctionnelle des deux épaules avec, du côté gauche, une importante limitation des mouvements passifs aussi bien en abduction qu'en antépulsion. Il avait toutefois relevé une absence d'amyotrophie musculaire focalisée et de déficit moteur segmentaire ou de déficit sensitif systématisé. Les réflexes ostéo-tendineux avaient été présents et symétriques. Selon le neurologue, de telles constatations radiologiques rachidiennes étaient fréquentes chez des personnes âgées d'environ 60 ans (vieillesse physiologique). Il estimait que l'origine principale de la gêne était rhumatologique en lien avec des douleurs des épaules et avec, notamment, un tableau de capsulite rétractile à gauche (p. 147 ss du dossier AI).

Le 20 juin 2022, le SMR a exprimé que ces derniers éléments confirmaient sa position (p. 161 du dossier AI).

C. Par décision du 27 juin 2023, l'OAI a écarté les griefs de son assurée et a confirmé qu'il lui reconnaissait le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2020 au 31 mars 2021. Il a notamment été retenu que, dès le 16 décembre 2020, elle aurait pu travailler à 100% dans une activité légère et adaptée, avec un rendement normal. Était adaptée, toute activité respectant les limitations suivantes : « position de travail alternée, port de charges limité à 5 kg avec le bras droit et de manière occasionnelle, pas de travaux lourds, marche limitée en terrain inégal, sur plan incliné, dans les escaliers, pas d'horaires irréguliers, ni de travail de nuit, pas d'activité dans le plan et au-dessus du plan des épaules, pas d'activité en traction ou en poussée avec force avec le membre supérieur droit dominant, pas d'échafaudages, pas de position accroupie ni agenouillée, pas d'exposition aux vibrations » (p. 179 ss du dossier AI).

D. Par décision du 17 juillet 2023, l'OAI a par ailleurs nié le droit de son assurée à des mesures d'ordre professionnel (reclassement selon l'art. 17 LAI, aide au placement selon l'art. 18 LAI) aux motifs qu'elle présentait une incapacité de gain professionnelle de 10%, soit inférieure au taux minimum de 20% ouvrant le droit à un reclassement professionnel et qu'elle disposait d'une capacité totale de travail dans une activité légère et adaptée qui pouvait relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Dans la mesure où elle ne présentait pas d'incapacité de travail, l'OAI a estimé que le droit à une aide au placement n'entraîne plus en considération (p. 193 ss du dossier AI).

E. Par écriture du 10 août 2023, X _____ a interjeté recours céans contre la décision du 17 juillet 2023 lui refusant tout droit à un reclassement ou à une aide au placement. Elle a fait valoir dans ses motifs que sa situation physique s'était péjorée et concluait dès lors à ce que l'intimé doive reconsidérer sa situation car elle n'était pas du tout en situation de pouvoir travailler. Elle a annoncé qu'elle allait prochainement déposer un nouveau rapport médical de la Dresse C _____. En revanche, elle n'a pas remis en cause la décision de rente du 27 juin 2023.

Le 16 août 2023, l'OAI a reçu un courrier lui ayant été directement adressé par la Dresse C _____ le 8 août précédent, courrier intitulé « décision de refus de droit à des mesures d'ordre professionnel » ; la Dresse C _____, s'y est prononcée sur la décision de refus de mesures d'ordre professionnel. Elle a répété à l'Office que, depuis la première évaluation par les experts de l'AI, la situation s'était fortement péjorée pour sa patiente, laquelle présentait désormais des douleurs dans les deux épaules, ainsi que des gonalgies invalidantes. Elle a répété que la patiente avait été suivie par le Dr A _____ ainsi que par le Dr D _____, lesquels avaient posé le diagnostic de conflit sous-acromial à l'épaule gauche et de capsulopathie enraidissante à l'épaule droite. Les douleurs étaient telles que la patiente ne pouvait pas effectuer les tâches du quotidien sans aide et devait compter sur l'aide d'un tiers pour le ménage, pour cuisiner et même pour s'habiller. Une activité professionnelle comme femme de ménage n'étant plus envisageable, elle demandait à l'OAI de reconsidérer sa décision, étant précisé que sa patiente était disposée à être revue par les experts de l'AI (p. 205 du dossier AI).

Le 21 août 2023, l'OAI a invité son assurée à préciser si le courrier du 16 août de la Dresse C _____ devait être considéré comme une demande de réexamen de sa situation et, dans l'affirmative, à étayer l'aggravation de son état de santé notamment par des pièces médicales idoines ; l'assurée a été avisée qu'à défaut de réponse, il ne serait pas entré en matière sur la demande (p. 207 s. du dossier AI). Le 23 août suivant, l'assurée a confirmé la demande de réexamen de la Dresse C _____ ; elle n'a joint aucun nouveau moyen de preuve (p. 211 du dossier AI).

Par décision présidentielle du 30 octobre 2023, admettant le bien-fondé de sa requête d'assistance judiciaire du 29 septembre 2023, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle, sous forme de dispense de l'avance de frais et émoluments de justice pour la procédure de recours (cause S3 23 53).

Dans une prise de position du 14 novembre 2023, le SMR a exprimé que la Dresse C _____ n'avait toujours pas fourni d'élément nouveau avec son rapport du 8 août

2023 et avait relaté des plaintes subjectives (épaules et genoux) ayant déjà été prises en compte lors des précédentes déterminations du SMR, par exemple en date du 14 mars 2022. Les limitations fonctionnelles alors émises couvraient déjà les pathologies en lien avec les atteintes à la ceinture scapulaire et aux pathologies des genoux. Il a encore rappelé que la capacité de travail avait été admise dans une activité adaptée et non dans l'ancienne profession de femme de chambre et d'employée de restauration devenue inadéquate.

Par mémoire-réponse du 21 novembre 2023, se référant notamment à la prise de position de son SMR du 14 novembre 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours dirigé contre la décision de refus de mesures d'ordre professionnel.

La recourante n'ayant pas répliqué, l'échange d'écritures a été clos le 16 janvier 2024.

Considérant en droit

1.1 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.

1.2 Remis à la poste le 10 août 2023, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 38 al. 4 et 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA ; art. 69 al. 1 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.

2. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 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 2021706). Tous les droits à la rente nés à partir du 1^{er} janvier 2022 sont régis par les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022. Néanmoins, si la décision concernant un premier octroi de rente est rendue après le 1^{er} janvier 2022, mais porte sur un droit qui a pris naissance avant cette date, ce sont les

dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent. En cas de premier octroi de rente échelonnée ou limitée dans le temps et cas de révision, si la modification déterminante s'est produite avant le 1^{er} janvier 2022, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 s'appliquent (cf. ch 9100s. de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1^{er} janvier 2022).

En l'occurrence, la modification déterminante pour l'examen du droit à des mesures d'ordre professionnel est survenue en décembre 2020. Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

3.1 Le litige porte sur le refus de l'OAI d'allouer à la recourante des mesures d'ordre professionnel au sens des articles 17 (reclassement) et 18 (aide au placement) LAI, en lien avec sa demande de prestations du 4 mars 2020. La décision de rente d'invalidité limitée dans le temps du 27 juin 2023 n'a formellement pas été contestée par la recourante.

3.2. Le droit d'obtenir des mesures de réadaptation existe lorsque certaines conditions sont remplies. Parmi ces mesures de réadaptation, figurent notamment des mesures d'ordre professionnel (art. 8 al. 3 let. b LAI). L'article 8 alinéa 1 lettre a LAI précise que les mesures de réadaptation doivent être nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels. La mesure de réadaptation doit ainsi être appropriée à son but, du point de vue objectif et subjectif. Afin que la mesure soit efficace en termes de réintégration, la personne assurée doit donc disposer d'une capacité de réadaptation et avoir la volonté de se réadapter, respectivement avoir la capacité subjective à le faire (ATF 145 V 2 consid. 4.3.3 et les références citées). En l'absence de volonté de se réadapter, le droit à des mesures de réadaptation s'éteint sans que l'OAI doive préalablement mener une procédure de sommation prévue par l'article 21 alinéa 4 LPGA (arrêts du Tribunal fédéral 9C_59/2017 du 21 juin 2017 consid. 3.3 ; 8C_667/2015 du 6 septembre 2016 consid. 5.1 ; 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 5.1 ; 8C_726/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.3). Si la personne devait changer de comportement et demander des mesures de réadaptation, elle peut s'annoncer de nouveau à l'OAI qui doit rendre une nouvelle décision (VALTERIO, Commentaire – Loi fédérale sur l'assurance invalidité (LAI), 2018, n ° 5 ad art. 8 LAI).

Des conditions spécifiques aux différentes mesures doivent également être remplies (art. 8 al. 1 let. b LAI).

3.2.1 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. Est réputé invalide au sens de l'article 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. 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 du Tribunal fédéral 9C_645/2016 du 25 janvier 2017 consid. 5.2). Le pourcentage est calculé selon les mêmes principes que ceux appliqués lors de la détermination du degré d'invalidité dans le cas du droit à une rente, soit par comparaison des revenus sans et avec invalidité (VSI 2000, p. 63 ; RCC 1984, p. 95).

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. 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 du Tribunal fédéral I 95/07 du 15 février 2008 consid. 4.3).

3.2.2 S'agissant de l'aide au placement, l'article 18 alinéa 1 LAI prévoit que l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPG) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié et à un conseil suivi afin de conserver un emploi.

A titre informatif, on précisera que les conditions d'octroi d'un placement restent inchangées dans le nouveau droit (FF 2017 2482).

Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'Office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_28/2009 du 11 mai 2009 consid. 4).

Est réputée incapacité de travail 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). Selon la jurisprudence (arrêts du Tribunal fédéral 8C_303/2009 du 14 décembre 2010 ; 9C_597/2010 du 7 février 2011 ; 9C_236/2012 du 15 février 2013), l'incapacité de travail exigée par l'article 18 alinéa 1 LAI pour ouvrir le droit à une aide au placement doit exister tant dans la profession ou le domaine d'activité antérieurs de la personne assurée, à teneur de l'article 6, première phrase LPGa, que dans une autre profession ou domaine d'activité, au sens de la seconde phrase de ce même article.

Selon la jurisprudence, les raisons de santé pour lesquelles l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié entrent dans la notion d'invalidité propre à l'aide au placement si l'atteinte à la santé occasionne des difficultés dans la recherche d'un emploi au sens large (ATF 116 V 80 consid. 6a). Tel est le cas par exemple si, en raison de sa surdité ou de son manque de mobilité, l'assuré ne peut avoir un entretien d'embauche ou est dans l'incapacité d'expliquer à un employeur potentiel ses possibilités réelles et ses limites (par ex. les activités qu'il peut encore exécuter en dépit de son atteinte visuelle), de sorte qu'il n'aura aucune chance d'obtenir l'emploi souhaité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2010 du 9 août 2011 consid. 2.2). Lorsque la capacité de travail est limitée uniquement du fait que seules des activités légères peuvent être exigées de l'assuré, il faut qu'il soit entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans la faculté de rechercher un emploi (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002, consid. 2c in VSI 2003 p. 274 s, arrêt du Tribunal fédéral 9C_416/2009 du 1^{er} mars 2010 consid. 2.2).

Le devoir de réduire le dommage vaut à l'égard du placement. Cette mesure n'est dès lors pas envisageable sans la pleine collaboration de l'assuré qui doit entreprendre personnellement les démarches pour rechercher un emploi. Il lui incombe donc en premier lieu de chercher activement un travail et de soutenir les efforts de l'Office AI pour trouver un emploi. Il n'a donc pas droit au placement lorsqu'on peut raisonnablement admettre qu'il serait en mesure de surmonter par lui-même son handicap. En outre, l'Office AI pourra suspendre ou mettre fin au service de placement lorsque l'assuré entrave ou empêche la réadaptation, par exemple, lorsqu'il compromet le résultat du placement par sa propre faute, lorsqu'il fait preuve de passivité dans ses recherches d'emploi ou lorsqu'il ne manifeste aucun intérêt à être placé sur le marché du travail (VALTERIO, Commentaire – Loi fédérale sur l'assurance invalidité (LAI), 2018, n ° 8 ad art. 18 LAI et les références citées).

4. En substance, la recourante estime que l'intimé aurait nié à tort son droit à des mesures d'ordre professionnel (reclassement et aide au placement) en raison d'une mauvaise évaluation de son état de santé, respectivement de sa capacité de travail exigible.

4.1 Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités celle-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, 114 V 310 consid. 3c 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a). 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).

Même si la jurisprudence a toujours reconnu 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'expertises émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elles remplissent les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de leur fiabilité. Si un cas d'assurance doit être tranché sans recours à une expertise externe, des exigences sévères doivent alors être posées à l'appréciation des preuves. S'il subsiste ne serait-ce qu'un léger doute au sujet du caractère fiable et fondé des conclusions médicales internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires (ATF 135 V 465 consid. 4.4). 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 du Tribunal fédéral 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 du Tribunal fédéral 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 du Tribunal fédéral 9C_670/2020 du 28 juillet 2020 consid. 3.2 et 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2).

4.2 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 du Tribunal fédéral 9C_298/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.2).

4.3 Pour évaluer le taux d'invalidité (également dans le cadre de l'examen du droit à un reclassement), le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA, art. 28a al. 1 LAI et 25 ss RAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

4.4 Dans le cas d'espèce, l'OAI a dénié à la recourante tout droit à des mesures d'ordre professionnel, refus ici contesté au motif que cette dernière pouvait reprendre à temps plein une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que son taux d'invalidité ne s'élevait qu'à 13%, respectivement de 10% dans la seule part professionnelle (exercée à 80%).

La recourante, se prévalant de l'avis de son médecin traitant, estime que l'intimé aurait dû tenir compte davantage de l'état de ses épaules et de ses genoux, état s'étant péjoré depuis l'évaluation du Dr F _____ de décembre 2020.

4.4.1 En l'occurrence, pour déterminer la capacité de travail exigible de la recourante, l'intimé s'est fondé sur les conclusions du Dr F _____ ainsi que sur celles de son SMR. Il sied dès lors de vérifier si la valeur probante de ces avis est mise en doute par la recourante.

Afin d'établir son rapport du 17 juin 2021, le Dr F _____, spécialiste en médecine physique, réadaptation et médecine interne générale, s'est fondé sur un examen médical du 16 décembre 2020 et a pris actes des plaintes de l'assurée, notamment s'agissant

des douleurs au niveau des deux épaules cotées entre 5/10 et 8/10 et aggravées par le mouvement. Il a pris connaissance des pièces médicales versées au dossier, y compris des documents d'imagerie. Le Dr F _____ a retenu les diagnostics associés avec répercussion sur la capacité de travail suivants : « omalgies droites chroniques (M 75.1, M 19.01, M 75.0), rupture transfixiante partielle du segment antérieur du tendon sus-épineux, tendinopathie sous scapulaire, arthrose acromio-claviculaire, capsulite rétractile au stade séquellaire, arthrose fémoro-patellaire droite (M 22.2) ». Il a également retenu les diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail suivants : « fibromyalgie, excès pondéral (IMC 29 kg/m²), diabète de type II non insulino-dépendant, hypercholestérolémie traitée, hypertension artérielle traitée ». Aucun trouble psychiatrique incapacitant n'a été retenu. Il a constaté un examen clinique rassurant ; il n'y avait notamment pas de signe neurologique irritatif ou déficitaire.

Le Dr F _____ a noté les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux lourds, pas d'activité dans le plan et au-dessus du plan des épaules, pas d'activité en traction ni en poussée avec force avec le membre supérieur droit dominant, pas de déplacements longs ni répétitifs en terrain irrégulier, sur plan incliné, dans les escaliers, sur échafaudages, pas de position accroupie ni agenouillée, port de charges avec le membre supérieur droit limité à 5 kg non répétitif, pas d'exposition aux vibrations. Si la capacité de travail de cette assurée était nulle depuis le 17 décembre 2018 de manière définitive dans les activités habituelles de femme de chambre et d'employée dans la restauration, elle était par contre à nouveau complète au plus tard depuis le jour de son examen, soit depuis le 16 décembre 2020, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées. Le Dr F _____ a par contre émis un pronostic défavorable de reprise d'activité en raison de facteurs étrangers à l'invalidité, notamment la méconnaissance du français.

4.4.2 A propos du caractère non incapacitant de la fibromyalgie de l'intéressée, le SMR, par le Dr E _____, a fourni dans son rapport du 23 juin 2021 des précisions à l'aune des critères jurisprudentiels ; il a notamment souligné des facteurs extérieurs à l'AI : barrière linguistique, absence de formation professionnelle reconnue en Suisse. Il existait également des facteurs d'exclusion du caractère incapacitant de ce trouble : les plaintes ne correspondaient pas au comportement de l'assurée, laquelle avait pu maintenir la position assise pendant environ une heure sans problème particulier, marchait de manière fluide, symétrique et sans boiterie, passait de la position debout à assise, debout à couchée, se retournait sur le lit d'examen et passait de la position couchée à debout sans difficulté ; les douleurs n'entraînaient que peu ou pas de prise

en charge avec une antalgie à dose homéopathique (cp de Dafalgan par jour), un suivi mensuel par son médecin-traitant, l'absence de suivi rhumatologique, des séances de physiothérapie un mois sur deux ; les douleurs n'empêchaient pas l'assurée de fonctionner (elle faisait la cuisine, rangeait les habits, marchait, regardait la télévision, lisait, regardait des films sur sa tablette, faisait les courses). Hormis un diabète type 2, il n'y avait pas de comorbidités somatiques ni psychiatriques significatives. L'assurée était entourée par son mari et son fils. Elle disposait de ressources qui lui avaient permis d'obtenir un diplôme universitaire dans son pays. Le SMR a dès lors conclu que les indicateurs jurisprudentiels de gravité n'étaient pas remplis. C'est ainsi de manière convaincante et motivée que le SMR a confirmé ses diagnostics ainsi que les limitations et la capacité de travail exigible retenus par le Dr F _____, notamment une capacité entière dans une activité adaptée dès le 16 décembre 2020.

Il sied ensuite d'examiner si les avis des Drs F _____ et E _____ ont été mis en doute par des avis médicaux contraires d'une valeur probante prépondérante.

4.2.3 Il est tout d'abord rappelé que, dans son rapport du 15 avril 2020, le Dr B _____, ancien médecin traitant, avait également retenu que sa patiente pouvait travailler dans un métier n'impliquant pas de lever les bras au-dessus de l'horizontale, de soulever des charges et ne comprenant pas de travail nocturne à cause du diabète. Quant au Dr D _____, il n'a pas émis d'avis médical quant à la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Ces avis, au demeurant pris en compte par les praticiens du SMR, n'entraient dès lors pas en contradiction avec ceux du SMR.

4.2.4 La recourante se prévaut ensuite des rapports de son médecin traitant pour mettre en doute les conclusions du Dr F _____ et du SMR. Dans ses rapports des 3 janvier 2022 et 8 août 2023, la Dresse C _____ a fait état d'une péjoration de l'état de santé de sa patiente durant l'année 2021, soit postérieurement à l'examen du Dr F _____ de décembre 2020. Cette péjoration consistait en l'apparition de douleurs à l'épaule gauche avec un conflit sous-acromial, douleurs investiguées par de nouveaux examens radiologiques. Elle soulignait en outre que sa patiente avait dû être adressée aux Drs G _____ et H _____.

Comme l'a relevé le SMR, par le Dr I _____, dans ses prises de position des 14 mars 2022, 20 juin 2022 et 14 novembre 2023, les éléments avancés par la Dresse C _____ n'ont pas permis de confirmer une augmentation des limitations, notamment en lien avec une atteinte nerveuse radiculaire, ce qui a été confirmé par les

Drs H _____ et G _____. Cette dernière n'avait également pas retenu de sténose foraminale ni d'hernie discale et peinait à attribuer les douleurs diffuses du bras gauche à l'épaule gauche comme au rachis cervical. Elle n'avait pas retenu d'indication chirurgicale ni de de corrélation radio-clinique objective. Pour sa part, le Dr H _____ a également relevé, en date du 5 juin 2022, qu'aucune pathologie névralgique n'avait été mise en évidence à l'ENMG ; si le neurologue avait noté à l'examen une importante impotence fonctionnelle des deux épaules, notamment lors des mouvements passifs, il avait relevé une absence d'amyotrophie musculaire focalisée et de déficit moteur segmentaire ou déficit sensitif systématisé ; les réflexes ostéo-tendineux avaient été présents et symétriques. Le Dr I _____ avait souligné que de telles constatations radiologiques rachidiennes, chez une assurée de 59 ans, étaient très fréquentes dans la population générale (vieillesse physiologique) ; aucun suivi neurologique n'avait été jugé nécessaire. Selon le Dr H _____, l'origine principale de la gêne était rhumatologique en lien avec des douleurs des épaules.

Il est en outre rappelé que, dans son rapport du 16 décembre 2020, le Dr F _____ avait déjà pris acte de plaintes aux deux épaules.

Par ailleurs, la Dresse C _____ a encore fait mention de gonalgies, lesquels avaient également déjà été prises en compte par le SMR avec le diagnostic d'arthrose fémoro-patellaire.

Le SMR avait conclu que les nouveaux éléments médicaux n'étaient pas en contradiction avec le diagnostic de fibromyalgie tel que retenu par le Dr F _____ et a confirmé les limitations fixées par ce dernier, lesquelles tenaient également compte des pathologies en lien avec l'atteinte de la ceinture des épaules et des plaintes rapportées aux genoux. Il est en particulier relevé que l'exercice d'une activité légère telle que décrite par le SMR devra permettre de ménager tant l'épaule droite que la gauche.

4.3 Il est finalement relevé que, contrairement à ce que semble avoir compris la Dresse C _____, il n'a aucunement été nié par les médecins du SMR que les anciennes professions de femme de chambre et d'employée de restauration n'étaient plus exigibles. Par contre, l'exigibilité a été posée, de manière motivée et convaincante, emportant la conviction de la Cour, dans une nouvelle profession adaptée légère respectant les limitations posées par le Dr F _____ afin de ménager tant les épaules que les genoux, soit également en adéquation avec les réserves émises par la Dresse C _____.

Il appert ainsi que les conclusions du Dr F _____ et, à sa suite, du SMR, n'ont pas été mises en doute par les avis de la Dresse C _____ ou d'autres praticiens. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a retenu qu'au plus tard dès l'examen du 16 décembre 2020, l'assurée avait une capacité de travail médico-théorique entière dans une activité légère adaptée à ses limitations. Il n'était dès lors pas nécessaire de mettre en œuvre de nouvelles mesures d'instruction médicale.

5.1 La détermination du taux d'invalidité effectuée par l'OAI résiste à la critique. Il est en effet rappelé à la recourante que l'invalidité est une notion économique et non médicale (ATF 110 V 275 consid. 4a), de sorte que même l'ajout d'une limitation fonctionnelle supplémentaire n'aurait pas nécessairement conduit à une augmentation de son taux d'invalidité. Cela étant, la comparaison des revenus, non remise en cause par l'intéressée, a été effectuée conformément au système légal (art. 16 LPGA, 28a LAI et 25 RAI) et à la jurisprudence y relative, notamment s'agissant de la détermination du revenu sans invalidité (art. 26 al. 4 RAI ; ATF 129 V 222 consid. 4.1 et arrêt 8C_610/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.3.1), de l'emploi des données statistiques pour déterminer le revenu avec invalidité (art. 25 al. 3 RAI ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; arrêts 8C_171/2021 du 11 décembre 2021 consid. 3.3 et 4.3, 9C_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2) et du taux d'abattement ainsi que de la liberté d'appréciation dont jouit l'autorité administrative sur ce point (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 et 126 V 75 ; arrêt 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 4).

Il ne peut dès lors être fait grief à l'OAI de n'avoir pas augmenté le taux d'invalidité de la recourante à la suite des plaintes accrues rapportées aux deux épaules et aux genoux. Même avec celles-ci, ses limitations fonctionnelles lui permettent d'exercer différentes activités simples et légères à temps plein. Au demeurant, eu égard au large éventail d'activités simples et répétitives (de niveau de compétence 1) offert par le secteur de la production ne nécessitant aucune formation autre qu'une mise au courant initiale, il n'est de loin pas irréaliste ou illusoire d'admettre que, compte tenu du fait que les limitations retenues autorisent l'exercice d'une activité légère, il existe un nombre significatif d'activités adaptées aux atteintes de la recourante que celle-ci doit pouvoir exercer sans avoir besoin d'une mesure de reclassement (arrêt 9C_457/2013 du 26 décembre 2013 consid. 11).

L'intimé pouvait dès lors se fonder dans sa décision de mesures d'ordre professionnel sur une diminution de la capacité de gain de 10% dans la part d'activité professionnelle, taux fixé dans sa décision non contestée de rente et étant inférieur au seuil minimum de l'ordre de 20% fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement

(ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid. 4.2 et les références). En outre, l'aptitude subjective de la recourante aux mesures d'ordre professionnel fait défaut, celle-ci déclarant dans son recours être incapable de travailler.

5.2 Eu égard à ce qui précède, il sied de relever que même dans l'hypothèse où la recourante aurait contesté la décision d'octroi de rente limitée, un tel recours aurait également dû être rejeté, les conditions du maintien du droit à la rente n'étant plus remplies au 16 décembre 2020.

6. Quant à l'aide au placement, ses conditions d'octroi ne sont non plus réunies.

En effet, la recourante n'est pas entravée dans la recherche d'un emploi adapté en raison d'un handicap lié à son état de santé tel qu'un mutisme, une cécité, une mobilité réduite ou des troubles du comportement médicalement étayés qui l'empêcheraient de se rendre à des entretiens d'embauche, d'expliquer ses limites et ses possibilités dans une activité professionnelle ou de négocier certains aménagements de travail nécessités par son état.

La recourante n'a au demeurant jamais formellement formulé de requête motivée en vue d'une aide au placement. Partant, c'est à juste titre que l'intimé lui a dénié tout droit à une mesure d'aide au placement au sens de l'article 18 LAI dans la décision entreprise. Si l'intéressée se décidait par la suite à s'orienter vers une nouvelle activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il lui appartiendrait alors le cas échéant de déposer une nouvelle demande d'aide au placement auprès de l'OAI.

7. Au vu des éléments qui précèdent, c'est sans violer le droit ou faire preuve d'arbitraire que l'OAI a refusé d'octroyer à la recourante des mesures d'ordre professionnel (reclassement et aide au placement selon les art. 17 et 18 LAI).

8. Par décision présidentielle du 30 octobre 2023, X _____ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle limitée à la dispense de l'avance des frais et l'émolument pour la procédure de recours. Conformément à l'article 8 alinéa 1 lettre b LAJ (loi du 11 février 2009 sur l'assistance judiciaire ; RS/VS 177.7), lorsque l'assisté succombe, les frais de procédure sont mis à la charge de la collectivité.

Les frais de justice, par 500 fr., au regard des principes de la couverture des coûts et de l'équivalence, sont ainsi mis à la charge de la recourante mais sont provisoirement supportés par l'Etat du Valais au titre de l'assistance judiciaire (art. 8 al. 1 let. b LAJ et 69 al. 1bis LAI). A cet égard, la recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra

rembourser l'Etat du Valais si elle devient ultérieurement en mesure de le faire (art. 10 LAJ et RVJ 2000 p. 152).

9. La recourante, n'ayant pas eu gain de cause, ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*), ni d'ailleurs l'OAI (art. 91 al. 3 LPJA).

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 18 mars 2025