

Par arrêt du 4 décembre 2013 (9C_496/2013), le Tribunal fédéral a rejeté le recours en matière de droit public interjeté par X_____ contre ce jugement.

S1 12 70

JUGEMENT DU 28 MAI 2013

Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Thomas Brunner et Jean-Pierre Zufferey, juges ; Pierre-André Moix, greffier

en la cause

X_____, recourante, représentée par Maître A_____

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(rente et reclassement, activité ménagère)

Faits

A. X_____, née en 1954, sans formation professionnelle, exerçait la profession de factrice auprès de B_____ depuis 1986, à un taux de 57%. Elle œuvrait également comme femme de ménage dans les bureaux de poste de C_____ et de D_____ à un taux de 15% et assurait la conciergerie d'un immeuble à C_____ pour un taux annuel moyen de 10%.

Au début de l'année 2008, le facteur en charge du guichet de C_____ est décédé et l'assurée a pourvu à son remplacement, son taux d'activité en tant que factrice s'approchant alors d'un temps plein.

Le 20 décembre 2008, elle a été victime d'un accident de la circulation, un véhicule la percutant par l'arrière alors qu'elle était à l'arrêt dans sa voiture de livraison. Touchée à la nuque et au genou, elle a été mise en arrêt de travail complet et a pu reprendre son activité de postière à 50% le 4 mai 2009.

B. Le 6 juillet 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI), faisant état de douleurs cervicales et maux de tête ainsi que dans le bras droit, les côtes et l'omoplate.

L'OAI a alors recueilli les renseignements économiques et médicaux usuels. Les avis médicaux versés au dossier retiennent les diagnostics suivants : cervico-scapulalgies droites post-traumatiques, entorse cervicale le 20 décembre 2008, dysbalances musculaires et lésion du ménisque interne du genou droit. Dans un rapport du 30 mars 2009, le Dr E_____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie auprès de la clinique romande de réadaptation (CRR), estime que le pronostic est bon dans la mesure où l'accident de décembre 2008 n'a pas occasionné de lésion anatomique objectivable ni laissé de séquelles psychologiques.

Dans son avis du 20 juillet 2009, le Dr F_____, médecin-chef au centre médical de G_____, considère qu'une activité adaptée est possible à 75% dès le 1^{er} septembre 2009. Le 16 novembre 2010, il indique que l'activité de postière est exigible à 100%, avec une perte de rendement de 20%, précisant que le port de charge au niveau du membre supérieur droit reste limité, de même que tout travail au-dessus de l'horizontale. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est considérée comme entière. Cette conclusion est en outre partagée par le Dr H_____, qui a examiné l'assurée à plusieurs reprises en qualité de médecin d'arrondissement de la CNA (rapports des 27 avril 2010 et 11 mai 2011).

Dans un rapport d'enquête pour ménagères et mixtes du 28 janvier 2011, l'OAI constate que le taux d'activité en tant que factrice était de 56,7%, celui de nettoyeuse des bureaux de poste de C_____ et de D_____ de 15,24% et celui de concierge de 10%. L'assurée a été contrainte de renoncer à ses activités de nettoyeuse et de concierge compte tenu de son état de santé alors que l'activité de factrice a pu être reprise, le supérieur de l'intéressée se montrant compréhensif et lui

sélectionnant le travail qu'elle est en mesure d'accomplir. Dans son activité ménagère à domicile, elle est partiellement ou totalement incapable d'effectuer certaines tâches (passer l'aspirateur, récurer les sols, nettoyer les vitres et les sanitaires) mais l'enquêteur estime que ces travaux ménagers peuvent être exécutés avec l'aide de son mari.

Compte tenu des avis médicaux et de cette enquête, le service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), sous la plume du Dr I_____, a considéré dans son rapport final du 31 août 2010 (recte : 2011) que l'activité habituelle de factrice avait été adaptée et que la capacité de travail était entière dans une activité respectant les limitations suivantes : position de travail alternée, évitant le port de charges de plus de 10kg, les travaux lourds, les positions en porte-à-faux et les rotations de la nuque.

L'OAI a alors établi deux projets de décisions en date du 16 janvier 2012, l'un refusant à l'intéressée le droit à une rente, son degré d'invalidité ne s'élevant qu'à 5% après comparaison des revenus et l'autre niant son droit à un reclassement. Faute de détermination de l'assurée, l'administration a confirmé ces projets par décisions du 21 février 2012.

C. X_____ a interjeté recours céans le 28 mars 2012, contestant le calcul effectué par l'OAI en affirmant que sans son accident, elle aurait exercé une activité lucrative à plein temps et que le revenu sans invalidité aurait dû être fixé en tenant compte de son salaire indexé de postière. Elle ajoute que son taux d'invalidité n'est médicalement et économiquement pas justifié et sollicite une expertise. Elle estime en outre que l'OAI aurait dû accorder un reclassement compte tenu du fait qu'elle n'a pas pu reprendre l'ensemble de ses activités après l'événement du 20 décembre 2008 et conclut à l'annulation des décisions entreprises.

Dans sa réponse du 15 mai 2012, l'OAI a rejeté les arguments développés par la recourante et a conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 22 juin 2012, l'assurée remet en cause la teneur du rapport d'enquête économique du 28 janvier 2011 en affirmant ne pas avoir tenu les propos qui y sont mentionnés et ne pas l'avoir signé.

L'OAI s'est déterminé le 10 juillet 2012 sur cette dernière écriture en indiquant ne pas être dans l'obligation de faire signer ses procès-verbaux.

L'échange d'écritures s'est clos en l'absence de réponse à cette prise de position de l'OAI.

Considérant en droit

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

Posté le 28 mars 2012, le présent recours à l'encontre des décisions du 21 février précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA; art. 81bis al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

Ces deux décisions - soit l'une refusant le droit à une rente d'invalidité et l'autre celui à un reclassement - portent sur le même complexe de faits relatifs au même assuré et ont été contestées en un seul mémoire de recours, si bien qu'elles seront traitées en un seul et même jugement (art. 81bis al. 2 en relation avec l'art. 11b al. 2 LPJA).

2.

2.1 Le litige porte tout d'abord sur le droit de l'assurée à une rente de l'assurance-invalidité, en particulier sur son taux d'incapacité de travail.

2.2.1 L'article 4 LAI dispose que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident; elle est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Toute « invalidité » n'ouvre pas nécessairement le droit à une rente. Selon l'article 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;

b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;

c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité:

<u>Taux d'invalidité</u>	<u>Droit à la rente en fraction d'une rente entière</u>
40 % au moins	un quart
50 % au moins	une demie
60 % au moins	trois quarts
70 % au moins	rente entière

2.2.2 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 qu'il 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

2.2.3 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).

2.2.4 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).

2.3 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, encore 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 atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2)

2.4 Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'objet de l'assurance n'est pas l'atteinte à la santé en soi, mais les conséquences économiques qui en découlent, c'est-à-dire l'incapacité de réaliser un gain par un travail exigible. L'assurance-invalidité n'est, en outre, pas une couverture contre la simple perte de gain: c'est une garantie contre la perte de la capacité de gain, ce qui est tout autre chose (RVJ 1981 p. 9 et arrêts cités; Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, Genève / Zurich / Bâle 2011, § 64, n° 1220 et ss).

La notion d'incapacité de travail n'est pas nécessairement identique à celle d'incapacité de gain. Une personne présente une incapacité de travail si, en raison d'une atteinte à sa santé physique ou mentale, elle ne peut pas accomplir une partie ou la totalité de ses tâches dans sa profession ou son domaine d'activité. Est par contre réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

L'invalidité est donc une notion économique et non médicale; elle ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin; ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a; arrêt du Tribunal fédéral I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 4.1).

Le dossier médical n'est cependant pas dépourvu d'importance: la description du handicap, des séquelles de la maladie, des fonctions entravées, des risques de rechutes et de l'évolution possible ou probable permet notamment de juger quelles activités demeurent raisonnablement exigibles d'un assuré. A cet égard, la mesure de ce qui est exigible est du ressort du médecin et l'administration ne peut s'en écarter sans motif valable, au risque de tomber dans l'arbitraire.

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a ainsi besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Le médecin traitant prend en général position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur la capacité de travail. Il appartient au service médical régional (SMR) de procéder à l'évaluation médicale visant à déterminer s'il s'agit d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité (art. 59 al. 2bis LAI; cf. OFAS, Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence, CIIAI, chiffres 1001 ss).

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des

examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Par ailleurs, le simple fait qu'un avis médical a été établi par un médecin lié à l'administration par un rapport de travail ne permet pas de mettre en doute son objectivité et de suspecter une prévention à l'égard d'un assuré. Pour autant qu'il remplisse les critères posés par la jurisprudence en la matière, un tel rapport revêt une entière valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3).

3.

3.1 S'agissant tout d'abord de la situation médicale de la recourante, les avis médicaux du Dr F_____, du Dr H_____ et du Dr I_____ du SMR sont convergents et attestent tous d'une capacité de travail complète, une diminution de rendement de 20% dans son activité habituelle de factrice étant admise par le Dr F_____. Ces avis ont été émis en connaissance du cas, après des examens personnels de l'assurée pour les Drs F_____ et H_____ et ne souffrent pas de lacunes ou de contradictions. Leur valeur probante doit être reconnue, ce d'autant plus qu'aucun autre avis médical ne vient mettre en doute leurs conclusions.

La Cour de céans se déclare donc convaincue par l'évaluation de la capacité de travail de la recourante telle que présentée dans la décision entreprise.

Pour les mêmes raisons, il convient également de refuser l'organisation d'une nouvelle expertise, telle que requise par l'assurée dans son recours. On ne voit en effet pas en quoi une nouvelle expertise pourrait permettre à la Cour de céans de mieux apprécier les faits pertinents du cas d'espèce.

En outre, une telle mesure ne serait nécessaire que si les conclusions des rapports médicaux au dossier étaient entachées d'erreurs, de contradictions ou de lacunes, ou encore si un spécialiste avait émis des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions des praticiens (ATF 112 V 32 et les références). Tel n'est cependant pas le cas en l'espèce.

3.2 La recourante affirme ensuite que sans l'accident du 20 décembre 2008, elle aurait rapidement augmenté ses horaires afin d'exercer une activité lucrative à plein temps et conteste la teneur de l'enquête économique établie par l'OAI en date du 28 janvier 2011.

Il ressort de cette pièce du dossier de l'OAI que sans son accident, elle aurait certainement été nommée en emploi fixe dans un taux entre 50% et 70% et qu'elle n'avait pas de raisons familiales ou financière de modifier son taux d'activité ascendant à 82% compte tenu des trois activités professionnelles exercées.

En présence de deux versions contradictoires, la jurisprudence considère que la préférence doit être accordée à celle que l'assurée a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être

consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a p. 47, arrêt du Tribunal fédéral 9C_663/2009 du 1er février 2010 consid. 3.2).

En outre, il sied de rappeler que la situation familiale de l'assurée est stabilisée depuis de nombreuses années, eu égard au fait que ses enfants, nés en 1971, 1973 et 1981 sont adultes depuis longtemps et que la situation de son époux, rentier AI, ne s'est pas non plus modifiée récemment. Rien ne permet donc d'étayer l'affirmation de la recourante selon laquelle elle aurait exercé une activité à plein temps en l'absence de son accident de la circulation du 20 décembre 2008.

A l'instar de l'OAI, la Cour de céans considère donc que les affirmations de la recourante ne sont pas corroborées par les éléments du dossier et se déclare convaincue - au degré de la vraisemblance prépondérante requise en assurances sociales - par l'appréciation de l'enquêteur de l'OAI consignée dans le rapport du 28 janvier 2011.

On rappellera en outre qu'aux termes de l'article 43 alinéa 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (principe inquisitoire; voir ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). Le principe de la bonne foi impose cependant aux assureurs et aux assurés de se comporter les uns vis-à-vis des autres de manière loyale (ATF 108 V 88 consid. 3a et les références).

Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est certes régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge (ATF 125 V 193 consid. 2). Toutefois, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de chercher d'autres preuves (appréciation des preuves anticipée; ATF 104 V 209 consid. a ; Kolz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, p. 47, no 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; Kummer, *Grundriss des Zivilprozessrechts*, 4e éd., p. 135). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 122 V 157 consid. 1d; 119 V 335 consid. 3c).

3.3 La recourante conteste ensuite que l'on tienne compte de l'aide de son mari dans la tenue de son ménage.

La jurisprudence considère cependant que dans le cadre de l'obligation de diminuer son dommage, la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (voir ATF 133 V 504 consid. 4.2). Dès lors, en tenant compte de l'aide de l'époux pour certaines tâches du ménage, de manière non excessive et conforme à ce que l'on peut exiger dans le cadre d'une union conjugale

(voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2010 du 14 avril 2011 consid. 2.1.2), l'OAI a fait une correcte application des règles fixées par le Tribunal fédéral, de sorte que le grief de la recourante est dénué de pertinence.

On notera au surplus que la recourante a pu compter sur l'aide de son mari et de son fils afin d'assurer son travail de concierge alors qu'elle n'était plus en mesure de le faire compte tenu des douleurs liées à sa situation médicale. A fortiori, une telle aide pourra aussi être exigée des membres de sa famille dans le cadre de la tenue du ménage familial, les tâches pour lesquelles une aide étant nécessaire n'étant au surplus pas excessives.

3.4 Le revenu avec invalidité est également contesté par la recourante qui estime que l'OAI n'aurait pas dû prendre en compte les salaires statistiques mais les revenus indexés qu'elle aurait obtenus de manière concrète dans les activités auxquelles elle a dû renoncer.

S'agissant tout d'abord de son activité de factrice, la critique tombe à faux puisque l'assurée a pu continuer à l'exercer, moyennement certains aménagements consentis par son supérieur.

En ce qui concerne les activités de concierge et de nettoyeuse, il n'est pas contesté qu'elles ne sont désormais plus exigibles. Cependant, la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée mais ne la met actuellement pas pleinement en valeur puisqu'elle n'exerce que sa profession de factrice à hauteur de 57%, ayant abandonné toute autre activité lucrative.

Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité adaptée normalement exigible -, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de statistiques sur les salaires moyens (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et les références, 129 V 472 consid. 4.2.1).

Compte tenu du fait qu'avant la survenance de son accident, l'assurée exerçait des activités lucratives pour un total de 82% et qu'elle œuvre désormais uniquement dans son activité de factrice à 57%, c'est à juste titre que l'OAI a tenu compte des salaires statistiques afin de fixer le salaire que l'assurée pourrait réaliser à 25%, en remplacement des ses anciennes activités de concierge et de nettoyeuse.

4. Le litige porte également sur le refus d'un reclassement au sens de l'article 17 LAI.

En vertu de l'article 8 alinéa 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont

de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures d'ordre professionnel telles qu'un reclassement professionnel ou l'intervention du service de placement (cf. art. 8 al. 3 let. b LAI).

L'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée (art. 17 al. 1 LAI). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain (art. 6 al. 1 LAI).

Il y a droit au reclassement lorsque l'atteinte à la santé revêt des proportions telles que la reprise de l'activité lucrative antérieure n'est pas raisonnablement exigible ou qu'elle a pour conséquence une diminution durable de la capacité de gain d'environ 20%, ou lorsqu'une telle situation est imminente (ATF 130 V 488 consid. 4.2, 124 V 110 consid. 1b).

En l'occurrence, l'intimé a considéré que le taux d'invalidité n'atteignait pas le seuil requis par la jurisprudence et que la recourante avait en outre pu poursuivre son activité principale de factrice. C'est donc à juste titre que l'intimé a nié le droit de la recourante à un reclassement, les conditions donnant droit à une telle mesure n'étant pas remplies dans le cas d'espèce.

5. Au terme de ces développements, aucun des griefs articulés par la recourante ne peut être retenu. Le recours doit dès lors être rejeté et les décisions entreprises confirmées.

6. Eu égard à l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGa a contrario). Les frais de justice, arrêtés à 800 fr. en fonction de la difficulté moyenne de la présente procédure (art. 69 al. 1bis LAI), sont mis à charge de la recourante et compensés avec son avance.

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de justice, par 800 fr., sont mis à charge de X_____.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 28 mai 2013