

S1 20 232

**JUGEMENT DU 1<sup>ER</sup> SEPTEMBRE 2022**

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

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

**en la cause**

**X** \_\_\_\_\_, recourante, représentée par M \_\_\_\_\_, curatrice, 3960 Sierre

**contre**

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

(refus de mesures d'ordre professionnel ; incapacité de travail partielle)

## Faits

**A.** X \_\_\_\_\_, née le xxx 1968, travaillait comme aide de cuisine et au service auprès du foyer A \_\_\_\_\_ de la ville de B \_\_\_\_\_, à un taux d'environ 85% (pièce 6).

**B.** En incapacité de travail totale depuis le 21 juin 2017 en raison de problème de dos et d'une dépression, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI), le 22 décembre 2017 (pièce 1).

Dans son rapport du 16 avril 2018, la Dresse C \_\_\_\_\_ du D \_\_\_\_\_ a décrit une évolution clinique favorable de la thymie et des angoisses grâce à la prise en charge effectuée à l'unité thérapeutique de jour (UTJ) du D \_\_\_\_\_ du 5 septembre 2017 au 6 février 2018 ; durant celle-ci une discordance avait été constatée entre le fonctionnement de la patiente au sein des groupes thérapeutiques et le tableau clinique lors des entretiens médico-infirmiers. La psychiatre a attesté une fatigabilité, des difficultés d'organisation et une tendance à la somatisation. Elle a expliqué que la reprise de l'activité d'aide de cuisine était contre-indiquée en raison des mauvais souvenirs de l'assurée avec son ancien supérieur et du besoin de changer fréquemment de position en raison des douleurs lombaires. De son point de vue, la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée, comme par exemple celle de concierge (pièce 23).

L'assurée a dû être hospitalisée le 23 juin 2018 et opérée d'une hernie discale (pièces 28 et 29). Entendue le 23 août 2018 par l'OAI, elle a déclaré toujours ressentir des douleurs au fond du dos malgré l'opération. Elle a expliqué avoir été maltraitée par son supérieur direct et ne pas se sentir capable de reprendre son poste de travail (pièce 33). Contacté, l'employeur a indiqué qu'en raison de la fermeture du foyer, il avait dû mettre un terme au contrat de l'assurée et lui avait proposé un nouveau contrat de travail dès le 1<sup>er</sup> juillet 2018, comme auxiliaire de conciergerie pendant les périodes scolaires, soit 37 semaines à raison de 20 heures par semaine, ce qui correspondait à un taux de 48% (pièces 35, 42, 112, 115 et 116). Selon le nouveau psychiatre traitant de l'assurée, le Dr E \_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie et psychothérapie, une reprise d'activité n'était toutefois pas encore possible (pièce 42).

Dans son rapport du 17 septembre 2018, le Dr F \_\_\_\_\_, FMH en médecine générale, a posé les diagnostics d'état anxio-dépressif chronique, de lombosciatalgie gauche et de status après cure d'hernie discale L4-L5 gauche. Il a attesté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et a indiqué que sa patiente avait de la peine à se pencher en avant et à soulever des charges lourdes. Il a estimé qu'une capacité de

50 à 70% pourrait être exigée dans une activité adaptée sans port de charges lourdes, en ne tenant compte que des troubles physiques, mais qu'en raison des troubles psychiques, il était peu probable que la patiente puisse reprendre une activité (pièce 43).

Interpellé, le Dr E \_\_\_\_\_ a retenu, dans son rapport du 27 novembre 2018, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et de probable trouble mixte de la personnalité (F61.0). Il a attesté une incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> mars 2018 (pièce 47). Il a décrit une patiente à l'humeur quasi triste de manière constante, fatiguée, ayant perdu de l'intérêt et du plaisir, irritable, présentant des idées suicidaires fluctuantes et des troubles de la concentration et de la mémoire. Il a estimé que la symptomatologie anxio-dépressive accompagnée des douleurs articulaires réduisait le rendement et la capacité de travail de l'assurée. Le 15 juin 2019, il a déclaré que l'évolution restait stationnaire et a confirmé l'incapacité de travail totale dans toute activité en raison de l'humeur triste, de l'anhédonie, de l'aboulie, de la fatigabilité et des difficultés de concentration et de mémoire (pièce 60).

Le 21 juin 2019, le Dr F \_\_\_\_\_ a également confirmé que la situation était inchangée en précisant que la patiente avait été prise en charge par le Dr G \_\_\_\_\_ pour un bypass gastroduodéal le 21 mai 2019 (pièce 61). Interpellé, ce dernier a indiqué que les suites de l'intervention étaient simples. Il a attesté une incapacité de travail de 4 semaines post-opératoires et a estimé que la reprise d'une activité professionnelle serait favorisée par la perte pondérale (pièce 77).

Mandaté, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a noté que, sur le plan lombaire, l'évolution avait été favorable après l'opération de la hernie discale, de sorte qu'il y avait lieu de conclure à une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès novembre 2018 (date de la dernière consultation de neurochirurgie). Sur le plan psychiatrique, il a estimé qu'un avis interne spécialisé était nécessaire (pièce 79).

Sollicité encore une fois, le Dr E \_\_\_\_\_ a confirmé sa position sur la capacité de travail nulle de sa patiente. Il a expliqué que malgré la perte de poids importante, cette dernière continuait à se plaindre de douleurs au niveau du dos, de troubles du sommeil et de céphalées et que sa thymie restait abaissée, avec un léger ralentissement psychomoteur, une anhédonie, une aboulie et des angoisses éprouvées et observées (pièce 80).

Le 10 janvier 2020, le Dr H \_\_\_\_\_, psychiatre auprès du SMR, a admis le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sur la base des éléments au

dossier. Il a noté que le traitement médicamenteux avait été légèrement réduit et s'est étonné de l'intervention par bypass subie par l'assurée dans ce contexte de dépression, qui constituait normalement une contre-indication à l'intervention. Il a également relevé la présence de facteurs de stress en lien avec une situation familiale complexe décrite par les différents médecins traitants. Enfin, il a remarqué que les documents à disposition ne permettaient pas d'étudier les indicateurs jurisprudentiels, de sorte qu'il a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique (pièce 84).

Celle-ci a été confiée au Dr I \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (pièce 86). Dans son rapport du 9 juin 2020 (pièce 102), l'expert a noté que l'assurée s'était plainte de souffrir de lombosciatalgies, de céphalées, de vertiges et de symptômes dépressifs, tels que tristesse, fatigabilité, difficultés à penser et à se concentrer, troubles du sommeil, diminution de l'estime de soi. Il a précisé que l'intéressée avait affirmé ne plus être capable de travailler et qu'elle ne s'était pas engagée dans les mesures professionnelles qui lui avaient été proposées jusque-là. A l'examen clinique, il n'a pas constaté de troubles attentionnels et mnésiques, ni de déficit praxique ou gnosique. Il a observé une humeur sombre avec des pleurs et une certaine anxiété. Les tests psychologiques ont confirmé un épisode dépressif moyen. Ceci étant, l'expert a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), rejoignant en cela le Dr E \_\_\_\_\_. Au vu de l'anxiété anormale de l'assurée, remontant aux années 1980, mais n'atteignant pas le seuil diagnostique d'un état de stress post-traumatique ni d'un trouble de l'anxiété généralisée, l'expert a proposé de retenir l'entité clinique de trouble anxieux non spécifié (F41.9). Même si l'assurée présentait des traits de personnalité dépendante ou des comportements de résistance passive (par exemple face aux mesures de réinsertion ou à la reprise du travail), ceux-ci n'étaient pas constitutifs d'un véritable trouble de la personnalité pour le Dr I \_\_\_\_\_. Celui-ci a estimé que l'assurée disposait encore de capacités adaptatives, même si elles étaient limitées. Il a conclu à une incapacité de travail totale jusqu'à la fin de la prise en charge à l'UTJ le 6 février 2018. Ensuite, il a considéré que l'assurée aurait été apte à reprendre à 40% un emploi d'aide de cuisine ou tout autre activité professionnelle adaptée à ses compétences. Il a ajouté que des mesures professionnelles ou une aide au placement pouvaient s'avérer utiles, mais que l'assurée n'avait pas formulé de demande dans ce sens.

Prenant position le 15 juin 2020, le SMR a considéré que l'incapacité de travail était totale dans l'activité d'aide de cuisine en raison des problèmes lombaires depuis le 21 juin 2017 et également dans une activité adaptée jusqu'au 6 février 2018 en raison

des troubles psychiatriques. En revanche, il a estimé - suivant en cela l'avis du Dr I \_\_\_\_\_ - que l'assurée présentait dès le 7 février 2018 une capacité de travail de 40% dans toute activité adaptée, avec une incapacité de travail transitoire du 27 juin au 1<sup>er</sup> novembre 2018 pour l'opération de la hernie discale et de 4 semaines dès le 25 mai 2019 pour l'opération de bypass (pièce 103).

Contactée par le service de réadaptation de l'OAI, l'assurée a déclaré toujours souffrir de son dos, prendre de nombreux médicaments et se sentir incapable d'être mobilisée ou d'exercer une quelconque activité malgré la capacité de travail encore exigible de sa part dans des activités légères, simples et répétitives. Etant donné que les conditions subjectives n'étaient pas remplies, que la capacité de travail exigible était en-deça du seuil de 50% nécessaire pour justifier des mesures de réinsertion dans l'économie et que ces dernières ne permettraient pas de majorer la capacité de gain, le service de réadaptation a informé l'assurée qu'il classait son mandat et que des décisions administratives lui seraient notifiées (pièce 110).

**C.** Par projets de décision séparés du 27 juillet 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser, d'une part, tout droit à des mesures d'ordre professionnel (pièce 113) et, d'autre part, tout droit à une rente d'invalidité (pièce 114), dès lors qu'à partir du 7 février 2018, elle disposait d'une capacité de travail de 40% dans toute activité légère et adaptée ce qui lui aurait permis de gagner un revenu annuel de 22 091 fr. 76 selon l'ESS, qui - comparé à celui qu'elle aurait réalisé à 100% dans l'activité d'auxiliaire de conciergerie par 41 393 fr. 75 - laissait apparaître une perte de gain de 46.63% pour un taux d'activité de 100%, respectivement 22.38% pour un taux de 48% comme cela était prévu dans son nouveau contrat.

En l'absence d'observations de l'assurée, l'OAI a rendu ses décisions le 28 septembre 2020 (pièces 118 et 119).

**D.** Le 27 octobre 2020, X \_\_\_\_\_, représentée par sa curatrice, a formé recours céans contre la décision de refus de mesures d'ordre professionnel, en se basant sur le rapport du Dr E \_\_\_\_\_ du 24 octobre 2020 qui s'étonnait que sa patiente n'ait pas le droit à des prestations alors que l'expert avait reconnu que l'assurée présentait une incapacité de travail partielle et que pour la capacité de travail restante, elle devait être aidée dans un reconditionnement progressif.

A sa demande, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle limitée à la dispense des frais de justice, par décision présidentielle du 26 novembre 2020 (S3 20 67).

Répondant le 15 décembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision de refus de mesures d'ordre professionnel, sans rien ajouter à la motivation de cette dernière.

L'échange d'écritures a été clos le 4 février 2021.

### **Considérant en droit**

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

Posté le 27 octobre 2020, le présent recours à l'encontre de la décision de refus de mesures d'ordre professionnel du 28 septembre 2020 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

**1.2.** 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 mesures d'ordre professionnel sous forme de reclassement dans une nouvelle profession au sens de l'article 17 LAI ou d'une aide au placement au sens de l'article 18 LAI.

**2.1** Compte tenu des critiques émises par la recourante, il s'agit en particulier d'examiner si l'intimé a correctement fixé la capacité de travail exigible au vu des éléments médicaux au dossier.

**2.1.1** 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 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 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 LPGA, 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 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Il a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 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).

Le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assurance-invalidité statue exclusivement sur la base des pièces médicales versées au dossier (ATF 122 V 157 consid. 1d et arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1 avec références). Dans

ces cas, l'OAI n'est pas obligé de suivre les avis des médecins qui ont examiné la personne assurée. Le médecin du SMR peut former sa propre opinion, en se prononçant sur la cohérence des rapports médicaux versés au dossier, l'adéquation des appréciations médicales afférentes et leur pertinence au regard des principes développés par la jurisprudence (cf. arrêts 9C\_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3 ; 9C\_766/2009 du 12 mars 2010 consid. 2.2 ; 8C\_4/2010 du 29 novembre 2010 consid. 4.1 et les références ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-3486/2014 du 17 mai 2017 consid. 8.2 et C-6371/2011 du 21 août 2013).

**2.1.2** En l'occurrence, l'OAI s'est fondé sur l'avis du SMR du 15 juin 2020 (pièce 103), rendu à la suite de la mise en œuvre de l'expertise psychiatrique auprès du Dr I \_\_\_\_\_.

La recourante n'émet pas de critique précise à l'encontre de cet avis, ni n'explique quels aspects de son état de santé auraient mal été apprécié par le SMR. Ce dernier a tenu compte de l'entier des éléments du dossier. Il a en particulier dûment pris en compte l'atteinte lombaire pour fixer les limitations fonctionnelles et a exclu la poursuite de l'activité d'aide de cuisine, quel que soit l'employeur, contrairement à l'expert et au médecin traitant. Sur le plan psychiatrique, le SMR a suivi les conclusions de l'expert. Il a admis que la nouvelle activité ne devait pas demander de responsabilité ni être stressante et a fixé la capacité de travail résiduelle à 40% dans un emploi adapté, simple et léger. La Cour ne voit aucune raison de s'écarter de cette appréciation.

**2.1.3** Dans son rapport du 24 octobre 2020, le psychiatre traitant n'apporte pas d'éléments objectifs nouveaux, mais s'étonne uniquement que l'assurée ne bénéficie pas d'une rente partielle et d'une aide pour un reconditionnement progressif au travail, étant donné l'incapacité de travail admise à hauteur de 60% par l'expert.

A cet égard, il sied de rappeler que l'invalidité est une notion économique et non médicale. Ce sont les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain qui sont déterminantes (cf. par analogie, RAMA 1991 n. U 130 p. 272 consid. 3b ; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin (ATF 110 V 275 consid. 4a).

Lorsqu'un assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, il sied d'appliquer la méthode mixte décrite à l'article 27bis RAI pour le calcul du taux d'invalidité. Selon cette méthode, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative continue d'être régi par l'article 16 LPGa, étant entendu que : a. le revenu que l'assuré

aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps ; b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (art. 27bis al. 3).

C'est ainsi que l'intimé a comparé le revenu que la recourante aurait gagné en bonne santé dans son activité d'auxiliaire de conciergerie à 48%, extrapolé à 100%, avec celui qu'elle pourrait gagner avec l'atteinte à la santé dans une activité simple et répétitive. Le taux d'invalidité ainsi obtenu de 46.63% a ensuite été reporté pour la part qui aurait été consacrée à l'activité lucrative de 48%, ce qui ramène le degré d'invalidité à 22.38%, taux inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité (art. 28 LAI). A cet égard, l'intimé a procédé de manière conforme à la législation.

En outre, dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (cf. consid. 2.2 ci-dessous ; ATF 117 V 278 consid. 2b et 400 consid. 4b ; 115 V 53 ; 114 V 285 consid. 3 ; 113 V 22 consid. 4a et les références ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.3, in SVR 2007 IV n° 1 p. 1 et I 11/00 du 22 août 2001, in VSI 2001 p. 274 consid. 5a/bb).

**2.2** La recourante estime que l'OAI aurait dû la mettre au bénéfice de mesures d'ordre professionnel étant donné son incapacité de travail partielle.

**2.2.1** Un droit d'obtenir des mesures de réadaptation existe lorsque certaines conditions sont remplies. L'article 8 alinéa 1 lettre a LAI précise que ces mesures doivent être nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels. Parmi ces mesures de réadaptation, figurent notamment des mesures d'ordre professionnel (art. 8 al. 3 let. b LAI), à savoir l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement, le placement et l'aide en capital (art. 15 à 18d 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. 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 ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid. 4.2 et les références ; arrêt 9C\_511/2015 du 15 octobre 2015). Dans le cadre de l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, la perte de capacité de gain déterminante résulte exclusivement du degré d'invalidité pour la part consacrée à l'activité lucrative (arrêt 9C\_177/2015 du 18 septembre 2015 ; Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel [CMRP], état au 1<sup>er</sup> janvier 2020, ch. 4011). Le reclassement n'est pas nécessaire, du point de vue de l'invalidité, si l'assuré a été réadapté de manière suffisante et acceptable ou s'il est possible de lui offrir, sans formation supplémentaire, un poste approprié et dont on peut attendre de lui qu'il l'accepte (CMRP, ch. 4013).

Pour l'octroi d'une aide au placement au sens de l'article 18 LAI, les conditions suivantes doivent être remplies de façon cumulative (arrêt 9C\_594/2016 du 18 novembre 2016 ; CMRP, ch. 5005) :

- l'incapacité de travail pour l'exercice de l'activité professionnelle précédente doit être d'une nature, d'une ampleur et d'une durée qui entravent de manière significative l'assuré dans sa recherche d'emploi. Il faut que l'aptitude de l'assuré à la réadaptation, c'est-à-dire sa possibilité objective et sa disposition subjective à être engagé par un employeur soit établie ;
- les activités envisagées doivent être en adéquation avec le handicap de l'assuré et avec ses capacités ;
- si la capacité de travail consiste uniquement dans le fait que seules des tâches faciles peuvent être exigées de l'assuré, le droit au placement doit être motivé en plus par une limitation spécifique liée à la santé. L'invalidité liée aux prestations fonde ce droit lorsque le handicap pose des problèmes dans la recherche d'emploi (arrêt 8C\_641/2015 du 12 janvier 2016 consid. 2).

Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité tant objectivement en ce qui concerne la mesure, que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (arrêts 9C\_386/2009 du 1<sup>er</sup> février 2010 consid. 2.4 et 9C\_420/2009 du 24 novembre 2009 consid. 5.4). 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 de 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 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). 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). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2).

Selon la jurisprudence, l'absence de volonté de réadaptation ou d'aptitude subjective à la réadaptation ne doit être présumée que si elle est établie au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 138 V 218 consid. 6 et les références ; arrêt 9C\_368/2012 du 28 décembre 2012 consid. 3.1). Il faut notamment tenir compte des déclarations faites à l'administration et aux experts médicaux concernant la conviction d'être malade ou la motivation au travail. Les explications et les demandes formulées dans la procédure de préavis et devant le tribunal cantonal des assurances peuvent également être pertinentes (arrêts 9C\_407/2021 du 17 mai 2022 consid. 6.3.1 et 9C\_231/2015 du 7 septembre 2015 consid. 4.2 et les références).

**2.2.2** En l'occurrence, l'intimé a soutenu qu'aucune formation spécifique n'était nécessaire pour l'exercice d'une activité simple et répétitive adaptée à l'état de santé de la recourante, qu'une formation en entreprise ne permettrait pas d'augmenter sa capacité de gain et n'apporterait aucune plus-value lors de la recherche d'une place de travail. Le service de réadaptation a également relevé que la capacité de travail encore exigible était inférieure au seuil de 50% nécessaire pour justifier la mise en œuvre de mesures de réinsertion dans l'économie (pièce 110).

A cet égard, le chiffre 5023 CRMP précise effectivement que si la capacité de travail de l'assuré n'atteint pas encore 50%, l'assuré peut être placé chez un employeur à titre de mesure de réinsertion, s'il remplit les conditions d'octroi de telles mesures. Celles-ci ont pour but de rendre aptes à la réadaptation, en vue de mesures d'ordre professionnel, les assurés dont la capacité de travail est inférieure à 50% (Circulaire sur les mesures de réinsertion [CMR], état au 1<sup>er</sup> janvier 2019, ch. 1001 et 1025.1).

Comme pour le reclassement, l'assuré doit être disposé à s'investir pour retrouver une capacité de travail suffisamment exploitable dans l'économie. Or, à la lecture du dossier, il appert que la recourante - qui dispose d'une capacité de travail médico-théorique de 40% dans n'importe quelle activité légère et simple - n'a pas démontré de réelle motivation à réintégrer le marché du travail. Malgré le soutien de son employeur, qui lui a retrouvé un poste de travail adapté comme auxiliaire en conciergerie - comme l'avait préconisé la Dresse C \_\_\_\_\_ -, la recourante s'est toujours déclarée inapte à travailler. Lors d'un entretien (pièce 110), le service de réadaptation de l'intimé a constaté que la recourante ne se sentait pas capable d'exercer une activité professionnelle ni d'être mobilisée. Dans son expertise psychiatrique, le Dr I \_\_\_\_\_ a également noté que la recourante ne se sentait plus capable de travailler et qu'elle ne s'était pas engagée dans les mesures qui lui avaient été proposées par l'OAI (cf. expertise p. 8 ; pièce 102, p. 246). Il a encore précisé que cette dernière n'était pas demanderesse de mesures professionnelles et d'une aide au placement. Au stade de son recours, la recourante n'a pas conclu explicitement à l'octroi de telles mesures, mais s'est contentée de demander la réévaluation de sa situation. Elle n'a nullement indiqué être disposée à se soumettre à des mesures de réadaptation, mais a au contraire rappelé que, selon le Dr E \_\_\_\_\_, elle avait très peu de chances de trouver une activité professionnelle adaptée à ses capacités sur le premier marché du travail. Or, eu égard au large éventail d'activités simples et répétitives 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), étant rappelé que son employeur lui a offert une place de travail à un taux de 48% comme auxiliaire de conciergerie, dont rien ne permet de penser qu'elle ne serait pas adaptée à l'état de santé de l'assurée.

Dans ces circonstances, le recours apparaît mal fondé et la décision entreprise du 28 septembre 2020 concernant le refus de mesures d'ordre professionnel doit être confirmée.

**3.1** Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. en fonction de l'importance de la procédure (art. 69 al. 1bis LAI), sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 1 al. 2, 81a al. 2 et 89 al. 1 LPJA). L'indigence de cette dernière a néanmoins été reconnue par décision présidentielle du 26 novembre 2020 et demeure à ce jour, de sorte que la

recourante doit être maintenue dans son droit à l'assistance judiciaire gratuite. Partant, la recourante est dispensée de verser les frais de la cause mis à sa charge, lesquels sont provisoirement supportés par la caisse de l'Etat du Valais ; elle est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser cette caisse si elle devient ultérieurement en mesure de le faire (art. 22 OAJA ; RVJ 2000 p. 152).

**3.2** Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

### **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 1<sup>er</sup> septembre 2022