

S1 21 242

JUGEMENT DU 26 MAI 2023

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

Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Simon Hausammann, greffier

en la cause

X _____, recourante, représentée par les Syndicats Chrétiens du Valais, 1950 Sion

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé

(art. 43 LPGA et 59 al. 2bis aLAI ; valeur probante de l'avis du SMR)

Faits

A. X _____, née le xx.xx1 1974, mariée et mère de deux enfants majeurs, sans formation particulière, a exercé une activité professionnelle de responsable de cellule – cheffe de machines et de ligne auprès de A _____ SA.

Durant le mois d'août 2019, elle a souffert d'une sciatique gauche invalidante, résistante aux infiltrations et s'étendant jusqu'au pied gauche. Malgré une opération le 18 novembre 2019 par le Prof. B _____, neurochirurgien FMH (cure microchirurgicale d'une hernie discale L4-L5 gauche), les douleurs sont réapparues et des signes d'inflammation du nerf ont été suspectés (pièce OAI 48, p. 184). En raison d'une récurrence de la hernie discale mise en évidence par une IRM de contrôle, une reprise opératoire a eu lieu le 7 février 2020 et a permis de calmer partiellement les sciatalgies (pièce OAI 49, pp. 199, 200 et 207).

B. Le 04 mars 2020, l'assurée a adressé une demande de prestations à l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI) en indiquant souffrir d'une hernie discale l'empêchant de maintenir son activité professionnelle depuis le mois d'octobre 2019 (pièce OAI 1).

Lors d'un contrôle du 30 mai 2020, le Prof. B _____ a observé une discopathie évolutive ainsi qu'une composante neuropathique, en présence de paresthésies et d'hypoesthésies avec une sensation allodymique et une perturbation sensorielle (pièce OAI 49, p. 207). Une électro-neuro-myographie (ENMG) n'a cependant pas mis en évidence d'anomalie particulière et notamment pas de compression neurologique (pièce OAI 50, p. 243).

A la suite de la mise en place d'un traitement physique auprès du Dr C _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en réadaptation physique, l'évolution a été favorable (pièce OAI 49, pp. 197 et 198). Un bilan radiologique effectué le 31 août 2020 auprès du Dr D _____ a également été rassurant et n'a pas mis en évidence de conflit radiculaire. Selon ce spécialiste FMH en neurochirurgie, l'assurée présentait des douleurs neurogènes séquellaires pour lesquelles une prise en charge au centre du traitement de la douleur était indiquée (pièce OAI 49, pp. 200 et 201).

Dans un avis rhumatologique du 31 août 2020, le médecin-conseil de l'assurance perte de gain de l'assurée, le Dr E _____, a posé le diagnostic de lombopalgies chroniques (M54.5 et M51.1). Selon ce spécialiste FMH en chirurgie générale et

traumatologie, l'intéressée ne pouvait plus exercer son activité habituelle en raison des sollicitations physiques trop importantes qu'elle demandait. A son avis, une réduction de l'incapacité de travail était en revanche possible dans une activité permettant d'alterner les positions et ne demandant pas de porter de charges de 7.5 kilos ni de porter des charges de 5 kilos en marchant dans un périmètre d'une vingtaine de mètres. Dans une telle activité, le Dr E _____ a indiqué qu'une reprise à 50% semblait réaliste (pièce OAI 50, pp. 221 à 225).

Lors d'un contrôle du 16 décembre 2020, le Prof. B _____ a observé que la situation s'améliorait avec la mise en place d'une consultation auprès de la Dresse F _____ du Centre de traitement de la douleur de l'Hôpital de Martigny. Selon lui, une reprise à 50% devait être essayée (pièce OAI 25). Le Dr C _____ a également indiqué, dans un rapport du 28 décembre 2020, qu'une capacité de travail de 50% avait été récupérée par l'assurée dans une activité adaptée à ses douleurs où elle pouvait alterner les positions (toutes les 20 à 30 minutes). A son avis, le pronostic dans une telle activité était bon (pièce OAI 18).

En janvier 2021, le Prof. B _____ a pratiqué une infiltration périurale ayant soulagé temporairement les douleurs de l'assurée. Il a estimé qu'il existait une composante mécanique associée à la douleur neuropathique. Le 3 avril 2021, après avoir effectué une seconde infiltration périurale, le Prof. B _____ a suggéré à sa patiente de maintenir son suivi auprès du Centre de traitement de la douleur (pièce OAI 25).

Ces éléments ont été soumis à la Dresse G _____, médecin auprès du Service médical régional du Rhône (ci-après : SMR), laquelle a estimé, le 7 juin 2021, que la situation n'était pas encore totalement stabilisée en raison des douleurs neuropathiques persistantes. Cependant, elle a confirmé le taux de capacité de travail de 50% retenue par les Drs C _____ et E _____ dans une activité adaptée, en précisant qu'une réévaluation de ce taux devait être opérée dans un délai de quatre à cinq mois (pièce OAI 29).

C. Par projet de décision du 7 juin 2021, l'OAI a signifié à son assurée qu'une rente entière d'invalidité lui serait octroyée du 1^{er} octobre 2020 au 31 janvier 2021, puis qu'une demi-rente lui serait allouée dès le 1^{er} février 2021, au motif qu'elle avait récupéré une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée et qu'elle présentait un taux d'invalidité de 53% (pièce OAI 28).

Le 28 juin 2021, l'intéressée a contesté avoir récupéré une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée et a estimé que sa rente entière d'invalidité devait être

maintenue. En outre, elle a soutenu qu'aucun employeur ne serait disposé à l'engager au vu de son invalidité, de son âge, de son manque de formation et de ses limitations fonctionnelles (pièce OAI 30).

Par décision du 12 octobre 2021, l'OAI a confirmé son projet de décision du 7 juin précédent, en relevant que l'intéressée n'avait apporté aucun élément médical objectif qui permettrait de remettre en cause l'avis du SMR.

D. X _____ a recouru céans contre cette décision le 12 novembre 2021, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au maintien d'une rente entière d'invalidité au-delà du 1^{er} février 2021. En substance, elle a remis en cause la valeur probante de l'avis du SMR en estimant que son analyse était lacunaire, peu motivée et contredite par l'appréciation du Prof. B _____. Pour la recourante, elle demeurait en incapacité totale de travailler et pouvait dès lors prétendre à une rente entière d'invalidité. Elle a joint à son recours un rapport du 20 avril 2021 du Dr H _____, neurochirurgien FMH, qui a estimé que son patiente souffrait d'une probable radiculopathie L5 gauche pour laquelle un suivi antalgique était indiqué. La recourante a également versé en cause un rapport du 19 octobre 2021 du Dr I _____, du centre de chirurgie spinale du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), faisant état de lombosciatalgies L5 gauches, liées à une fibrose cicatricielle inflammatoire, pour lesquelles un traitement conservateur devait être maintenu. Enfin, elle a produit un certificat médical du Dr J _____, généraliste FMH, attestant une incapacité totale de travailler.

Dans sa réponse du 1^{er} février 2022, l'OAI a indiqué qu'après qu'eut été requis un avis médical interne au SMR, le Dr K _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a estimé que les nouveaux rapports produits au stade du recours confirmaient que l'état de santé de la recourante ne s'était pas aggravé. L'intimé a ajouté que le Dr I _____ avait fait état d'une amélioration anamnesticque et clinique et que l'avis du 4 mai 2021 du Prof. B _____ n'était en outre pas motivé.

Le 28 mars 2022, la recourante a répliqué que l'avis du Dr K _____ était le même que celui de la Dresse G _____ et qu'il était contredit par l'analyse du Prof. B _____. En outre, elle a versé en cause un nouveau rapport du 9 mars 2022 de ce dernier, dans lequel il affirmait qu'elle souffrait encore d'une douleur neuropathique qui était générée par une double compression herniaire et pour laquelle une opération (TLIF) était indiquée. Le 11 avril 2022, la recourante a produit un autre rapport du 6 avril

précédent, dans lequel le Prof. B _____ estimait que les douleurs chroniques l'empêchaient de travailler et que seule une opération pouvait améliorer la situation.

Dans sa duplique du 26 avril 2022, l'intimé a relevé que le Prof. B _____ avait déjà envisagé une opération dans son rapport du 3 avril 2021. En outre, l'OAI a soutenu que les nouveaux rapports de ce médecin traitant étaient postérieurs à la décision entreprise et qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'intéressée était examinée dans le cadre de la procédure de révision qui avait été entreprise en décembre 2021.

L'échange d'écritures a été clos le 27 avril 2022.

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 12 novembre 2021, le présent recours à l'encontre des décisions du 12 octobre précédent 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^{er} 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^{er} 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 maintien au-delà du 31 janvier 2021 de la rente entière d'invalidité octroyée à la recourante le 1^{er} octobre 2020. Plus particulièrement, cette dernière conteste la capacité de travail de 50% qui lui a été reconnue dans une activité adaptée depuis le 16 octobre 2020.

2.1. 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 et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

En général, le médecin traitant prend position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur la capacité de travail. Il appartient ensuite au service médical régional (SMR) de procéder à l'évaluation médicale visant à déterminer s'il s'agit d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité (art. 59 al. 2bis aLAI ; cf. CIIAI, ch. 1001 ss). Selon l'article 59 alinéa 2bis aLAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'article 6 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). 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 (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 1er 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 cependant pas que l'assurance-invalidité statue exclusivement sur la base des pièces médicales versées au dossier (ATF 122 V 157 consid. 1d et arrêt 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 (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).

2.2. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la réf. cit.).

En particulier, les mesures d'instruction d'office nécessaires à l'examen de la demande de prestations au sens de l'article 43 LPGa ne comportent pas le droit de l'assureur de recueillir un deuxième avis (« second opinion ») sur un état de fait déjà constaté dans une expertise, lorsque celui-ci ne lui convient pas. Cette possibilité n'est pas non plus ouverte à la personne assurée. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise résulte de la question de savoir si celle qui se trouve déjà au dossier remplit les exigences de forme et de fond posées pour la valeur probante d'une expertise médicale (arrêt U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références).

En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de

nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_796/2016 précité consid. 3.3).

Enfin, les rapports et expertises de médecins internes à l'assurance ont également une valeur probante pour autant qu'ils apparaissent concluants, sont motivés de manière compréhensible, ne sont pas contradictoires en soi et qu'il n'existe aucun indice contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin soit employé par l'assureur ne permet pas de conclure à un manque d'objectivité et à une partialité. Il faut au contraire des circonstances particulières qui font apparaître objectivement comme fondée la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'évaluation. Compte tenu de l'importance considérable que revêtent les rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il convient toutefois d'appliquer des critères stricts à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et 122 V 161 consid. 1c). Les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7).

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

3. Dans le cas d'espèce, il s'agit de déterminer si l'intimé pouvait considérer qu'une capacité de travail de 50% avait été recouvrée par la recourante dans une activité adaptée depuis le 16 octobre 2020.

3.1. Pour ce faire, l'OAI s'est fondé sur les différents avis du SMR (rapport final du 7 juin 2021 de la Dresse G _____ [pièce OAI 29] et avis médical interne du 6 janvier 2022 du Dr K _____). Ceux-ci constituent des rapports au sens de l'article 59 alinéa 2bis aLAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI), dans la mesure où ils ne reposent pas sur des observations cliniques auxquelles le SMR aurait procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur une analyse des documents médicaux versés au dossier. Dans cette mesure, ces avis se distinguent d'une expertise mais on ne saurait toutefois

d'emblée leur dénier toute valeur probante. Il convient plutôt d'examiner objectivement tous les documents à disposition afin de pouvoir décider s'ils permettent de porter un jugement valable (arrêts 9C_542/2011 précité et I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3).

3.2. En l'occurrence, force est de constater que le SMR a pris en compte l'ensemble des avis médicaux figurant au dossier lors du prononcé de la décision entreprise (rapport final de la Dresse G _____). Au stade de la procédure judiciaire, le SMR s'est une nouvelle fois prononcé sur les rapports produits dans le recours du 12 novembre 2021 (avis médical interne du Dr K _____).

A la lecture des avis du SMR, il appert ainsi qu'aucun élément essentiel n'a été ignoré. Ils étaient en outre suffisamment probants pour servir de fondement à la décision de l'OAI. En particulier, le SMR pouvait avec raison considérer qu'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée avait été recouvrée depuis le 16 octobre 2020. A cette date, le Dr E _____ avait admis, après avoir consulté ses confrères, qu'une telle capacité de travail avait été récupérée. Ultérieurement, les Drs B _____ et C _____ ont également confirmé qu'une reprise à mi-temps pouvait et devait être effectuée par la recourante. Selon eux, le pronostic dans une activité adaptée était qualifié de bon (cf. rapports des 16 décembre 2020 et 28 décembre suivant ; pièces OAI 18 et 25). Le SMR a en outre arrêté des limitations fonctionnelles qui tiennent compte de celles observées par les différents médecins ayant examiné l'intéressée. Le Dr K _____ a au demeurant expliqué d'une manière motivée les raisons pour lesquelles le certificat du 4 mai 2021 du Prof. B _____ ne permettait pas de retenir une incapacité de travail totale dans une activité adaptée. Ce médecin traitant n'explique en effet pas pourquoi une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ne pourrait pas être exercée par sa patiente à un taux réduit de 50% (cf. rapport du 6 avril 2022). Par ailleurs, en janvier et avril 2021, le Prof. B _____ relevait déjà l'existence de douleurs neuropathiques associées à une composante mécanique et estimait qu'une opération (TILF) devait être réalisée après quelques mois ou quelques années, sans cependant préciser que ces douleurs avaient une influence sur la capacité de travail de l'intéressée. Il a en outre précisé que les infiltrations périurales avaient apporté un soulagement à la recourante et que la consultation mise en place auprès du centre de la douleur lui avait redonné confiance et lui permettait de progresser (cf. rapport du 3 avril 2021 ; pièce OAI 25). Au vu de cette analyse, aucun élément ne vient soutenir son observation quant à une capacité de travail nulle dans une activité adaptée. Aucun des autres médecins consultés n'a ainsi attesté une incapacité totale de travail, mis à

part le Dr J _____, dont les certificats médicaux non motivés ne sont pas probants. Dans son rapport du 14 décembre 2020, ce médecin traitant n'avait au demeurant pas indiqué qu'aucune activité ne pouvait être exercée par sa patiente et il a précisé que la situation était stationnaire (cf. rapport du 14 décembre 2020 ; pièce OAI 17). Or, cette dernière observation était contredite par le traitement mis en place par le Dr C _____ qui avait permis de diminuer les plaintes de la recourante, avec des douleurs qui ne persistaient plus qu'en position assise prolongée (plus de 30 minutes) et en position debout stationnaire, raison pour laquelle ce médecin avait reconnu une capacité de travail partielle dans une activité adaptée (cf. rapport du 28 décembre 2020 précité ; pièce OAI 18).

Dans cette mesure, l'analyse du 7 juin 2021 de la Dresse G _____ n'est aucunement critiquable. Au vu de la situation clinique existant alors, on pouvait légitimement attendre de la recourante qu'elle reprenne une activité professionnelle adaptée à 50%. Aucun élément médical objectif permet de retenir le contraire. La précision du SMR relative à un nouvel examen après quatre à cinq mois, dans le cadre d'une procédure de révision (cf. rapport final du 7 juin 2021 ; pièce OAI 29), ne rend nullement son instruction lacunaire ou peu claire comme le soutient à tort la recourante. En effet, cette proposition a été faite dans la mesure où les examens cliniques avaient fait ressortir une situation qui s'améliorait et allait continuer à s'améliorer dans le futur. L'évolution favorable a d'ailleurs été confirmée par le Dr I _____ qui a indiqué, le 19 octobre 2021, que les douleurs de la recourante étaient moins contraignantes qu'auparavant (cf. pièce 7 de la recourante). Le SMR a dès lors fixé le délai dans lequel une procédure de révision d'office devait être opérée afin d'examiner si le maintien d'une demi-rente se justifiait encore. Cette exigence d'examen régulier découle en effet du caractère durable de la rente d'invalidité, accordée pour une durée indéterminée, rendant son adaptation indispensable lorsque les circonstances déterminantes se modifient de manière significative postérieurement à sa reconnaissance (art. 17 LPGA ; art. 88a al. 1 RAI ; MOSER-SZELESS, Commentaire romand, LPGA, 2018, n. 1 *ad* art. 17 LPGA).

3.3. Par conséquent, l'OAI pouvait à juste titre se baser sur l'avis du SMR et retenir qu'une capacité de travail de 50% avait été récupérée dans une activité adaptée depuis le 16 octobre 2020 (date de l'examen du Dr E _____). L'intimé a en outre confirmé qu'une procédure de révision avait été entreprise en décembre 2021, de sorte qu'une éventuelle amélioration ou péjoration de l'état de santé de la recourante a manifestement été examinée dans cette nouvelle procédure qui ne fait pas partie du présent litige. Cela

étant, les rapports du Prof. B _____ des 9 mars 2022 et 6 avril suivant se rapportent à une situation postérieure à la période examinée dans la décision attaquée du 12 octobre 2021 et ne sont dès lors pas déterminants pour le litige. Ils serviront, le cas échéant, à déterminer l'évolution de la capacité de travail de la recourante dans le cadre de la procédure de révision initiée en décembre 2021.

Par ailleurs, le dossier était suffisamment complet pour que l'intimé, et à présent la Cour de céans, rende un jugement valable sur la période concernée, sans qu'il ne soit nécessaire d'ordonner la mise en œuvre d'un autre moyen de preuve, tel qu'une expertise judiciaire comme souhaité par la recourante (appréciation anticipée des moyens de preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1, 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3).

4.1. La recourante conclut au maintien d'une rente entière d'invalidité, mais se limite à contester sa capacité de travail sans émettre la moindre critique à l'égard de la détermination de son taux d'invalidité.

La comparaison des revenus, non remise en cause par l'intéressée, a été effectuée conformément au système légal (art. 16 LPGA et 28a aLAI) et à la jurisprudence y relative, notamment s'agissant de la détermination du revenu sans invalidité (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 (ATF 148 V 174, 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 ; arrêts 8C_280/2022 du 1^{er} mars 2023 consid. 7.2 et 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 4).

S'agissant plus particulièrement de l'absence d'abattement opéré sur le revenu d'invalidité de la recourante, il est rappelé que les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique (arrêt 8C_223/2007 du 20 novembre 2007 consid. 6.2.2 et les références ; DAVID IONTA, Fixation du revenu d'invalidité selon l'ESS, in : Jusletter 22 octobre 2018, Rz 213) et sont demandées sur le marché du travail équilibré indépendamment de l'âge (arrêts 9C_200/2017 du 14 novembre 2017 consid. 4.5, 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.4.1, 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3 et 9C_134/2016 du 12 avril 2016 consid. 5.3). L'on relève ensuite que si la recourante est atteinte d'un certain nombre de limitations fonctionnelles, celles-ci ne sont pour

autant pas inhabituelles et n'impliqueront qu'une légère, voire aucune, influence sur ses perspectives salariales dans un emploi à mi-temps. Tout au plus, et compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, elles pourraient justifier un abattement maximum de 5% (arrêt 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 4.3.1), ce qui conduirait à un taux d'invalidité de 55% (perte de gain de 32 310 fr. 20), ne changeant dès lors pas le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité (conformément aux dispositions LAI dans leur teneur au 31 décembre 2021 qui sont applicables en l'espèce ; cf. *supra* consid. 1.2).

4.2. Au vu des éléments qui précèdent, le taux d'invalidité de la recourante se montant à 53%, c'est légalement que l'intimé a réduit sa rente d'invalidité à une demi-rente (art. 28 al. 2 aLAI) depuis le 1^{er} février 2021 (art. 88a al. 1 RAI).

Le recours du 12 novembre 2021, mal fondé, est par conséquent rejeté et la décision de l'OAI du 12 octobre précédent confirmée.

5. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA et art. 69 al. 1bis LAI). Eu égard à l'issue de la cause, les frais de justice arrêtés à 500 francs, sur le vu notamment des principes de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations, sont mis à la charge de la recourante qui succombe.

6. Au vu de l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g *a contrario* LPGA et 91 al. 3 LPJA).

Prononce

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

Sion, le 26 mai 2023.