

S1 23 205

ARRÊT DU 24 AVRIL 2025

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

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

en la cause

X _____, recourante, représentée par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, Lausanne

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(17 LPGA ; révision d'office, suppression du droit à la rente d'invalidité)

Faits

A. X _____, ressortissante portugaise née le xx.xx 1972, divorcée et sans enfant, a effectué sa scolarité obligatoire au Portugal et est arrivée en Suisse en 2002. Sans formation, elle a travaillé depuis lors en tant que femme de ménage à 100% auprès de divers employeurs (pièces OAI 1, p.1, et 88, p.288).

Le 1^{er} décembre 2015, la prénommée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI), en raison d'une atteinte au niveau de la jambe gauche l'empêchant totalement de travailler depuis le 20 août 2015 (pièce OAI 1, p.1).

Dans un rapport du 7 janvier 2016, le Dr A _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'intéressée, a posé les diagnostics incapacitants de kyste poplité des deux genoux, celui de gauche étant à ce moment-là handicapant, ainsi que de polyarthralgies (lupus sous traitement) et a confirmé que sa patiente était en incapacité totale de travail depuis le 20 août 2015. Le Dr A _____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : symptomatologie douloureuse du membre inférieur gauche, polyarthralgies migrantes et fluctuantes, pas de marche sur de longues distances ni en terrain irrégulier, en pente ou dans les escaliers, pas de position assise prolongée ni de position accroupie et pas de manutention ou d'efforts avec les membres supérieurs durant les poussées arthritiques (pièce OAI 167, p. 585).

L'assurée a retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} mai 2016 (pièce OAI 10, p. 21).

Par décisions du 26 septembre 2016, l'OAI a d'une part refusé à l'intéressée tout droit à des mesures d'ordre professionnel. D'autre part, il lui a dénié le droit à une rente d'invalidité, motif pris que dès le 1^{er} mai 2016, l'exercice de n'importe quelle activité légère et adaptée (pas de position de travail assise prolongée, pas de position accroupie, marche limitée, pas de travaux sur terrain irrégulier, pas de travaux nécessitant de gravir des escaliers) était exigible et qu'après comparaison des revenus avec et sans invalidité, son degré d'invalidité était nul, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité (pièces OAI 15, p. 34 ss, et 16, p. 39 ss). Non contestées, ces décisions sont entrées en force.

B. Le 5 février 2018, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI, dans laquelle elle a indiqué qu'elle présentait un psoriasis sur l'entier du corps depuis le

10 juillet 2017 et qu'elle était en incapacité totale de travail depuis le 28 août suivant (pièce OAI 18, p. 45 ss).

Dans un rapport du 20 août 2018, le Prof. B _____, spécialiste en dermatologie et médecin chef de C _____ (D _____), a posé le diagnostic de pityriasis rubra pilaris (PRP) sévère avec sub-érythrodermie et a attesté une incapacité totale de travail dès le 19 juillet 2018. Sous réserve de mesures de protection adaptées et d'un traitement symptomatique, ce spécialiste a estimé que la capacité de travail de l'assurée était de 50% dans son activité habituelle dès le 1^{er} septembre 2018 (pièce OAI 32, p. 80 ss).

Le 8 novembre 2018, le Dr E _____, spécialiste FMH en médecine interne générale auprès du SMR, a validé une incapacité totale de travail depuis le 28 août 2017 ainsi que l'exigibilité d'une reprise de l'activité professionnelle à 50% dès le 1^{er} septembre 2018, moyennant le respect des limitations suivantes : position de travail alternée, marche limitée, pas de travaux sur terrain irrégulier ni exigeant de gravir des escaliers de façon répétitive, capacité de concentration et résistance versus le prurit et les démangeaisons (pièce OAI 37, p. 100 ss).

Dans un rapport d'expertise du 25 janvier 2019, le Dr F _____, spécialiste FMH en médecine interne mandaté par l'assureur-maladie de l'intéressée, a retenu les diagnostics d'érythrodermie sur PRP avec complications, de polyarthrite et d'hypothyroïdie substituée. Ce spécialiste a relevé que le suivi de l'expertisée était « léger » et trop espacé pour traiter les complications, que ce soit chez le médecin traitant ou chez le dermatologue, et que, dans ces conditions, une reprise du travail, même dans une activité légère et adaptée, n'était pas possible (pièce 170, p. 629 ss).

Le 19 juin 2019, la Dresse G _____, médecin auprès du SMR, a estimé que l'expertise du Dr F _____ modifiait les conclusions de son confrère du SMR du 8 novembre 2018 et qu'une incapacité totale de travail était justifiée dans toute activité depuis le mois d'août 2017 (pièce OAI 50, p. 138 s.).

Par décision du 16 septembre 2019, l'OAI a refusé à l'assurée tout droit à des mesures d'ordre professionnel (reclassement, aide au placement), motif pris que son état de santé ne permettait pas d'envisager de telles mesures susceptibles de sauvegarder ou d'améliorer sa capacité de gain (pièce OAI 57, p. 157 ss). Non contestée, cette décision est entrée en force.

Par décisions du 4 octobre 2019 et du 25 octobre suivant, l'OAI a reconnu à l'intéressée le droit à une rente d'invalidité entière, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, dès le

1^{er} août 2018 (pièces OAI 58, p. 164 ss, et 59, p. 168 ss). Non contestées, ces décisions sont entrées en force.

C. Dans un questionnaire relatif à la révision de la rente rempli le 11 février 2020, l'assurée a indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis quelques mois et qu'elle présentait des douleurs, des lésions de la peau ainsi que de la difficulté à se déplacer et à bouger ses doigts. Elle a ajouté qu'elle était toujours en incapacité totale de travail (pièce OAI 70, p. 191 ss).

Dans un rapport du 19 mars 2020, le Prof. B _____ a noté que le dernier contrôle qu'il avait effectué remontait au 24 octobre 2019 et qu'à ce moment-là, sa patiente présentait d'une part un discret érythème au niveau du visage et du décolleté ainsi qu'au niveau inguinal bilatéral, ce qui correspondait aux résidus du PRP qui s'était amélioré au printemps 2019, et d'autre part le diagnostic nouveau de prurigo nodularis. Dans une activité adaptée, le Prof. B _____ a estimé que l'intéressée conservait une capacité de travail de 6 à 8 heures par jour et que, si la situation devait s'améliorer grâce au traitement ou à l'évolution spontanée de la maladie, ce qui pouvait prendre plusieurs années, une pleine capacité de travail serait alors possible (pièce OAI 76, p. 202 ss).

Le 10 novembre 2020, la Dresse G _____ a relevé que le PRP était une dermatose hétérogène rare, dont l'origine était peu claire, qu'aucun facteur déclenchant n'avait été retrouvé chez l'assurée, que l'évolution était variable en fonction des formes cliniques et qu'une régression spontanée était constatée dans 80% des cas en dix-huit mois à trois ans, alors que dans près de 10% des cas il n'y avait pas de rémission. La Dresse G _____ a ajouté que le Prof. B _____ avait mentionné qu'une capacité de travail entre 6 à 8 heures demeurait exigible dans une activité adaptée et a suggéré que l'intéressée soit prise en charge par le Service de réadaptation de l'OAI afin d'évaluer si une telle capacité de travail (70-100%) était réalisable (pièce OAI 85, p. 283).

Par communication du 30 avril 2021, l'OAI a octroyé à l'assurée un droit à une mesure d'orientation professionnelle prévue du 10 mai 2021 au 6 août suivant auprès des H _____ et visant à augmenter progressivement sa capacité de travail ainsi qu'à définir le type d'activités possibles. L'intéressée s'étant bloqué le dos en date du 4 juin 2021 et ayant été en incapacité totale de travail dès le lendemain, cette mesure a dû être écourtée et n'a pas permis de répondre aux objectifs fixés. Néanmoins, sur la base de l'avis du SMR du 10 novembre 2020, le Service de réadaptation de l'OAI a estimé, dans un rapport du 11 août 2021, que l'intéressée présentait une capacité de travail dans une activité adaptée (mi-temps, position alternée, marche limitée, pas de travaux en terrain

irrégulier ni de travaux exigeant de gravir des escaliers de façon répétée, capacité de concentration et résistance versus le prurit et les démangeaisons), par exemple en tant que livreuse pour du petit matériel de pharmacie ou de laboratoire, surveillante de chaînes automatisées ou ouvrière de conditionnement (pièces OAI 92, p. 296, et 98, p. 310 ss).

Le 15 novembre 2021, le Dr A _____ a informé l'OAI que la situation rhumatologique de sa patiente (problème de peau) s'était améliorée, mais qu'il y avait désormais un problème de rachis avec canal lombaire étroit en investigation auprès du Dr I _____, neurochirurgien à J _____ (pièce OAI 106, p. 326).

Dans un rapport de consultation du 3 février 2022, le Dr I _____ a posé les diagnostics de lombalgie basse d'origine indéterminée ainsi que de kyste arachnoïdien banal de l'angle ponto-cérébelleux gauche. S'agissant en particulier de la problématique lombaire, le Dr I _____ a expliqué qu'un ENMG (électroneuromyogramme) effectué le 21 janvier précédent par le Dr K _____, spécialiste FMH en neurologie, n'avait pas montré de radiculopathie, raison pour laquelle aucun suivi n'avait été proposé (pièce OAI 112, p. 335, et 126, p. 378 s.).

Le 27 juin 2022, la Dresse G _____ a estimé qu'en raison de l'amélioration de la situation tant rhumatologique que lombaire, une pleine capacité de travail devait être admise dès le 3 février 2022 dans une activité adaptée, à laquelle il convenait d'ajouter les limitations lombaires suivantes : port de charges limité à 10-15 kg de manière occasionnelle et pas de travaux lourds (pièce OAI 113, p. 336 ss).

Par projet de décision du 29 juin 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait supprimer la rente entière d'invalidité qui lui était versée jusqu'alors, motif pris que son état de santé s'était amélioré et que, depuis le 3 février 2022, l'exercice à temps plein, avec un rendement normal, de n'importe quelle activité légère et adaptée (position de travail alternée, port de charges limité à 10-15 kg de manière occasionnelle, pas de travaux lourds ni en terrain irrégulier ou nécessitant de gravir des escaliers de manière répétitive, marche limitée) était exigible. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'OAI a retenu que le degré d'invalidité de l'intéressée était nul depuis le 3 février 2022, soit un taux inférieur à 40%, ne permettant plus le maintien du droit à une rente d'invalidité (pièce OAI 114, p. 341 ss).

Le 6 juillet 2022, l'assurée a contesté ce projet de décision, arguant qu'il ne correspondait pas à la réalité, et a requis un délai supplémentaire pour obtenir un appui juridique. Le 7 septembre suivant, représentée par CAP Compagnie d'Assurance de Protection

Juridique SA, elle a maintenu sa contestation. Se fondant sur un rapport du Dr A _____ du 11 juillet 2022, l'intéressée a soutenu qu'elle était incapable de reprendre une activité professionnelle, même adaptée, en raison des décompensations qu'elle subissait régulièrement sur le plan ostéoarticulaire. Elle a ajouté que l'instruction mise en place par l'OAI pour déterminer sa capacité de travail était incomplète, celui-ci ayant notamment retenu une amélioration de la situation rhumatologique sur la seule base du rapport du 3 février 2022 du Dr I _____, qui était neurochirurgien. Partant, elle a conclu au maintien du versement d'une rente entière d'invalidité (pièces OAI 115, p. 350).

Le 8 septembre 2022, l'OAI a reçu le rapport du 11 juillet précédent du Dr A _____, qui retenait notamment les diagnostics de LED (lupus érythémateux disséminé) avec atteinte cutanée latente et polyarthrite périphérique, de coxarthrose bilatérale, de périarthropathie scapulo-humérale bilatérale, d'arthrite interphalangienne des deux mains ainsi que de discopathie L3 à S1 avec hernie L5-S1 et possible conflit radiculaire S1 à droite. Ce médecin a estimé que la situation n'était pas stabilisée et a constaté de nombreuses limitations (port de charges limité à 5-10 kg ponctuellement, position alternée [assise immobile maximum 30 minutes, debout immobile maximum 20 minutes], pas de position à genoux, marche limitée à 30 minutes à plat et sur un terrain régulier, utilisation d'escaliers très limitée, pas de préhension en force ni de manipulation fine, concentration limitée, fatigabilité accrue, capacité d'adaptation limitée). Le Dr A _____ a précisé que toute exigence supérieure entraînait une décompensation immédiate, prenant pour exemple la mesure débutée aux H _____ et ayant dû être interrompue en raison d'une décompensation inflammatoire (pièce OAI 121, p. 363 ss).

Le 24 novembre 2022, le Dr L _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a indiqué avoir vu l'assurée le 14 septembre précédent et a retenu les diagnostics incapacitants de polyarthralgies chroniques non spécifiques, de lombopseudosciatalgies gauches, de discopathies de L3 à S1, d'antécédents de LED avec polyarthrite périphérique en rémission et de maladie dermatologique sévère ancienne. Le Dr L _____ a ajouté que l'importance des douleurs chroniques rendaient une réadaptation difficile et qu'il s'agissait d'une situation relativement complexe, avec coexistence d'un état dépressif, ce qui pouvait justifier la mise en œuvre d'une expertise rhumato-psychiatrique visant à estimer la capacité de travail dans une activité adaptée (pièce OAI 130, p. 384 ss).

Une IRM de la colonne lombaire réalisée le 26 avril 2023 a mis en évidence l'absence d'évolution péjorative de l'atteinte dégénérative discale légère à modérée en L5-S1,

l'absence de conflit discoradiculaire et l'absence d'atteinte inflammatoire d'une arthrose facettaire débutante des trois derniers niveaux (pièce OAI 149, p. 477 s.).

Compte tenu des avis des Drs A _____ et L _____, la Dresse G _____ a préconisé la réalisation d'une évaluation de l'appareil locomoteur au SMR afin de déterminer si la capacité de travail de l'intéressée était entière dans une activité adaptée. Dans un rapport d'examen clinique somatique du 2 mai 2023, le Dr M _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin physique et réadaptation auprès du SMR, a retenu les diagnostics incapacitants de polyarthralgies d'étiologie indéterminée (M25.5), de lombalgies communes (M54.5) et de PRP sévère avec sub-érythrodermie en rémission (L44.0). Ce spécialiste a conclu que l'assurée présentait, au niveau somatique, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (pas de travaux lourds, position de travail alternée, pas de positions à genoux ou accroupie, pas de porte-à-faux ni de rotation-flexion-extension du tronc dans son ensemble, pas de déplacement prolongé et/ou en terrain inégal, ni sur plans inclinés, ni sur échelle, éviter l'utilisation d'escaliers de manière répétitive, port de charges limité à 5 kg ; *avec les membres supérieurs* : pas d'activité au-dessus du plan des épaules, pas d'activité en poussée ni en traction avec force, pas de mouvements répétitifs ; *avec les poignets et les mains* : pas d'activité en poussée ni en traction ou en torsion avec force, pas de mouvements répétitifs ou nécessitant de la force de préhension ; éviter la chaleur, l'humidité et l'exposition au soleil), et ce dès le 14 septembre 2022, date de la consultation du Dr L _____, qui avait décrit une anamnèse et un status comparables à ceux constatés lors de l'examen clinique somatique (pièces OAI 138, p. 399 ss, et 148, p. 465 ss).

Dans un rapport final du 3 mai 2023, la Dresse G _____ a suivi en tous points l'avis du Dr M _____ (pièce OAI 150, p. 479 ss).

Le 30 août 2023, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'au vu de son absence de formation et des nombreuses limitations fonctionnelles retenues par le SMR, elle ne voyait pas dans quelle activité ou secteur elle pourrait travailler (pièce OAI 155, p. 490 ss).

Le 13 octobre 2023, la psychologue en réadaptation N _____ a énuméré, en tenant compte des limitations fonctionnelles posées par le SMR, la liste d'activités, non exhaustive, suivante : caissière dans un secteur food, caissière dans un restaurant self-service, ouvrière de conditionnement, ouvrière de contrôle de production, chauffeuse-livreuse. Elle a ajouté que ces activités étaient suffisamment représentées sur un marché dit équilibré du travail et accessibles sans formation particulière (pièce OAI 156, p. 493).

Par décision du 31 octobre 2023, l'OAI a supprimé, dès le 1^{er} janvier 2024, la rente entière d'invalidité versée jusqu'alors à l'intéressée, motif pris que son état de santé s'était amélioré et qu'une pleine capacité de travail était exigible de sa part dans une activité légère et adaptée, telle que définie par le SMR, dès le 14 septembre 2022. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'OAI a retenu que le degré d'invalidité de l'assurée était nul dès cette date, ce qui ne lui ouvrait plus le droit à une rente d'invalidité (pièce OAI 158, p. 496 ss).

D. X _____ a recouru céans le 30 novembre 2023 à l'encontre de la décision du 31 octobre précédent, concluant, sous suite de frais et dépens, à la réforme de cette décision en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée (recte : que le versement de la rente soit maintenu) et, subsidiairement, à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Se fondant sur un avis du 27 novembre 2023 du Dr A _____, annexé à son écriture, la recourante a en substance soutenu que l'avis du SMR était lacunaire et ne prenait pas en compte l'entier des pathologies dont elle souffrait, notamment ses atteintes dermatologiques. Elle a de plus estimé que les limitations fonctionnelles qu'elle présentait rendaient illusoire l'exercice des professions évoquées par l'intimé et qu'il lui était impossible d'exercer une quelconque activité professionnelle. A titre de moyen de preuve, elle a requis son interrogatoire ainsi que celui de l'intimé.

Dans sa réponse du 16 janvier 2024, l'OAI a relevé que le rapport du 27 novembre 2023 du Dr A _____ avait été soumis à la Dresse G _____ qui, dans un avis du 10 janvier 2024, avait indiqué que ce document ne contenait aucun élément nouveau susceptible de modifier l'appréciation faite par le Dr M _____. L'OAI a par ailleurs rappelé que si l'évaluation de la capacité de travail en fonction de l'état de santé de l'assuré était une tâche incombant aux médecins, il n'en allait pas de même de celle consistant à examiner les activités professionnelles concrètes qui entraient en considération, cette dernière incombant à l'OAI, respectivement à son service de réadaptation, de sorte que les remarques du Dr A _____ à cet égard n'étaient pas pertinentes. L'OAI a ainsi conclu au rejet du recours.

Le 15 mars 2024, la recourante a confirmé sa position et remis un rapport du 14 mars 2023 du Dr A _____, qui estimait qu'il existait un trouble dépressif récurrent avec des épisodes ayant nécessité des traitements anti-dépresseurs, ce que le Dr L _____ avait également constaté, et que le SMR s'était fondé sur l'avis d'un spécialiste en chirurgie orthopédique pour conclure à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, alors que l'atteinte était rhumatologique.

Le 9 avril 2024, l'OAI, se basant sur un avis de la Dresse G _____ et du Dr M _____ du 26 mars précédent, a maintenu qu'aucun élément nouveau n'était invoqué. L'intimé a ajouté que le Dr M _____ avait les compétences professionnelles nécessaires dans le domaine ostéo-articulaire dès lors qu'il était spécialiste en médecine physique et réadaptation et que, sur le plan psychiatrique, les allégations du Dr A _____ n'étaient corroborées par aucun rapport psychiatrique.

L'institution de prévoyance professionnelle de la recourante n'ayant pas souhaité formuler d'observations, l'échange d'écritures a été clos le 2 mai 2024.

Considérant en droit

1.

1.1 Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la 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 30 novembre 2023, le présent recours à l'encontre de la décision du 31 octobre précédent a été interjeté dans le délai 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). Compte tenu de la date de la décision entreprise et des faits déterminants pour la suppression de la rente, c'est cette nouvelle loi qui s'applique.

2.

2.1 Le litige porte sur la suppression, par voie de révision, au 1^{er} janvier 2024 de la rente d'invalidité entière accordée à la recourante depuis le 1^{er} août 2018.

2.2 A teneur de l'article 17 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux

d'invalidité de l'assuré : a. subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage, ou b. atteint 100% (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5). On est notamment en présence d'un motif de révision, c'est-à-dire d'une modification déterminante des circonstances donnant droit à la rente, en cas de modification de l'état de santé. Par contre, il n'y a pas de motif de révision lorsqu'on est en présence d'une évaluation simplement différente d'une situation qui est pour l'essentiel restée la même (ATF 144 I 103 consid. 2.1, 141 V 9 consid. 2.3 et les références).

2.3 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGGA et 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'article 28 alinéa 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c). Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

2.4 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 l'assuré (ATF 125 V 256 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

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 LPG) 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 sur 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).

Même si la jurisprudence a toujours reconnu une 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 LPG. Le Tribunal devrait accorder entière valeur probante à une telle expertise émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elle remplisse les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de sa 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).

2.5 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge 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 et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, justifier d'en faire abstraction (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

2.6 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 du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1 et les autres arrêts cités).

2.7 En l'espèce, en application de la jurisprudence citée ci-dessus, il convient de comparer la situation telle qu'elle était en octobre 2019, à savoir au moment où la rente entière d'invalidité a été octroyée à la recourante avec examen matériel complet du droit à la rente, avec celle qui prévalait au moment de la décision entreprise.

En octobre 2019, l'OAI avait retenu les diagnostics incapacitants de psoriasis étendu sévère avec PRP sévère (L44.0) ainsi que de polyarthrite périphérique psoriasique (diagnostic différentiel de lupus) et avait considéré que l'incapacité de travail de l'intéressée était totale dans toute activité depuis le 28 août 2017.

2.7.1 Dans le cadre de la procédure de révision lancée en février 2020, l'OAI a sollicité des rapports des médecins pour pouvoir évaluer la situation. Il a notamment interpellé le Prof. B _____ (pièce 76), le Dr A _____ (pièces 106 et 121), le Dr I _____ (pièces 112 et 126) et le Dr L _____ (pièce 130). L'OAI a ensuite soumis au SMR (Dresse G _____) ces documents médicaux pour analyse et appréciation de l'atteinte à la santé, dès lors que, comme expliqué au considérant 2.4 ci-dessus, le SMR a pour tâche de procéder à la synthèse des éléments au dossier et d'examiner si la capacité de travail attestée médicalement est justifiée en fonction de toutes les ressources de l'assuré et de ses limitations physiques, mentales et psychiques (cf. art. 49 al. 1bis RAI). Compte tenu des avis des médecins de l'intéressée, notamment des Drs A _____ et L _____, la Dresse G _____ a préconisé la réalisation d'une évaluation de l'appareil locomoteur au SMR afin de déterminer si la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée.

Dans un rapport d'examen clinique somatique du 2 mai 2023, le Dr M _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin physique et réadaptation auprès du SMR, a retenu les diagnostics incapacitants de polyarthralgies d'étiologie indéterminée (M25.5), de lombalgies communes (M54.5) et de PRP sévère avec sub-érythrodermie en rémission (L44.0). Ce spécialiste a conclu que l'assurée présentait, au niveau somatique, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (pas de travaux lourds, position de travail alternée, pas de positions à genoux ou accroupie, pas de porte-à-faux ni de rotation-flexion-extension du tronc dans son ensemble, pas de déplacement prolongé et/ou en terrain inégal, ni sur plans inclinés, ni sur échelle, pas d'utilisation d'escaliers de manière répétitive, port de charges limité à 5 kg ; *avec les membres supérieurs* : pas d'activité au-dessus du plan des épaules, pas

d'activité en poussée ni en traction avec force, pas de mouvements répétitifs ; *avec les poignets et les mains* : pas d'activité en poussée ni en traction ou en torsion avec force, pas de mouvements répétitifs ou nécessitant de la force de préhension ; éviter la chaleur, l'humidité et l'exposition au soleil), et ce dès le 14 septembre 2022, date de la consultation du Dr L _____, qui avait décrit une anamnèse et un status comparable à ceux constatés lors de l'examen clinique somatique.

A la lecture de ce rapport d'examen clinique, il appert que les limitations retenues par le Dr M _____ sont fortement similaires à celles posées par le Dr A _____ dans son rapport du 11 juillet 2022 (port de charges limité à 5-10 kg ponctuellement, position alternée [assise immobile maximum 30 minutes, debout immobile maximum 20 minutes], pas de position à genoux, marche limitée à 30 minutes à plat et sur un terrain régulier, utilisation d'escaliers très limitée, pas de préhension en force ni de manipulation fine, concentration limitée, fatigabilité accrue, capacité d'adaptation limitée), de même que les diagnostics retenus, qui tiennent compte des atteintes rhumatologiques et dermatologiques, et que c'est principalement l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assurée qui diffère entre le Dr M _____ et le Dr A _____. S'agissant des rapports émis par ce dernier, c'est le lieu de relever qu'il n'a jamais donné suite aux sollicitations de l'OAI dans le cadre de la procédure de révision d'office, se contentant de l'informer par téléphone le 15 novembre 2021 que le problème de peau de sa patiente s'était amélioré, mais qu'il y avait à ce moment-là un problème de rachis en cours d'investigation. Ce n'est que suite au projet de décision tendant à la suppression de la rente d'invalidité que le Dr A _____ a rédigé plusieurs rapports indiquant que l'assurée était incapable de reprendre une activité professionnelle. Dans ces rapports, le Dr A _____ se contente toutefois de critiquer la décision de suppression de la rente d'invalidité de sa patiente, mais n'indique pas pour quelle raison l'avis du Dr M _____ serait erroné, se bornant à souligner que l'atteinte de l'assurée était d'ordre rhumatologique et non orthopédique. Un tel raisonnement ne saurait prévaloir. En effet, non seulement le Dr M _____ est spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en médecine physique et réadaptation, ce qui le rend parfaitement apte à analyser le cas de l'intéressée, qui souffre principalement de polyarthralgies et de lombalgies, mais il appert surtout que le Dr M _____ n'a pas rendu un simple avis médical comme il arrive fréquemment au SMR de le faire et qu'il a bien plutôt effectué un examen médical au sens de l'article 49 alinéa 2 RAI, suivi d'un rapport détaillé et motivé de 12 pages (cf. pièce 148), que de simples critiques d'ordre général, telles que celles émises par le Dr A _____ à l'encontre de la décision litigieuse, ne suffisent pas à invalider. Partant, force est de

constater que l'avis du Dr A _____ ne saurait, à lui seul, mettre en doute les conclusions motivées du Dr M _____, ce d'autant plus que, selon l'expérience, il est admis que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (cf. *supra* consid. 2.5),.

L'avis du Dr M _____ est en outre corroboré par ceux du Prof. B _____ et du Dr I _____, dès lors que le Prof. B _____, spécialiste en dermatologie, a indiqué, dans son rapport du 19 mars 2020, qu'une capacité de travail de 6 à 8 heures par jour demeurerait exigible et qu'une pleine capacité de travail serait envisageable si la situation dermatologique devait s'améliorer, ce qui a été le cas, la pathologie cutanée s'étant peu à peu amendée aux dires même du médecin traitant, tandis que le Dr I _____, neurochirurgien, n'avait pas proposé de suivi concernant l'atteinte lombaire en l'absence de radiculopathie visible à l'ENMG réalisé par le Dr K _____, spécialiste en neurologie. S'agissant enfin du Dr L _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, la Cour relève que les diagnostics qu'il a posés sont similaires à ceux retenus par le Dr M _____, mais qu'il n'a pas été en mesure d'évaluer la capacité de travail de l'intéressée, préconisant à cet égard la mise en œuvre d'une expertise, ce qui a conduit la Dresse G _____ à organiser un examen clinique somatique au SMR, par le Dr M _____.

En résumé, il appert que le SMR a repris les différents avis médicaux versés au dossier depuis la révision d'office initiée en 2020. Ce faisant, le Dr M _____ a retenu que l'activité habituelle de femme de ménage n'était plus exigible et a clairement défini les limitations fonctionnelles présentées par l'intéressée, telles que mentionnées ci-dessus. Le Dr M _____ a en outre conclu de manière motivée qu'une pleine capacité de travail était exigible de l'assurée dans une activité adaptée depuis le 14 septembre 2022, soit la date de la consultation du Dr L _____ qui avait décrit une anamnèse et un status comparables à ceux constatés lors de l'examen clinique auquel il avait lui-même procédé. Cette analyse opérée par le Dr M _____ du point de vue somatique, et reprise intégralement par la Dresse G _____ dans un rapport final du 3 mai 2023, est convaincante et n'appelle aucune critique particulière.

2.7.2 S'agissant de l'atteinte psychique alléguée par la recourante, sur la base des rapports du Dr A _____ du 27 novembre 2023 et du 14 mars 2024 déposés dans le cadre de la procédure de recours céans, la Cour relève d'une part qu'aucun rapport psychiatrique ne figure au dossier, étant précisé que le Dr A _____ n'est pas spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. D'autre part, les rapports mentionnés ci-

avant sont postérieurs à la décision litigieuse et, partant, non pertinents pour la présente cause (cf. *supra* consid. 2.6). Cela étant, il est indiqué à l'intéressée qu'il lui est loisible de déposer une nouvelle demande de prestations si l'atteinte alléguée de son état de santé psychique devait mener à une incapacité de travail de longue durée attestée médicalement.

2.7.3 Enfin, il est rappelé que le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - recouvre un large éventail d'activités simples qui correspondent à un emploi léger et adapté à des contraintes mécaniques lombaires et qui ne nécessitent aucune formation spécifique. Cela est corroboré par l'avis du 13 octobre 2023 de la psychologue en réadaptation N _____ qui a énuméré, en tenant compte des limitations fonctionnelles posées par le SMR, une liste, non exhaustive, d'activités (caissière dans un secteur food, caissière dans un restaurant self-service, ouvrière de conditionnement, ouvrière de contrôle de production, chauffeuse-livreuse), suffisamment représentées sur un marché dit équilibré du travail et accessibles sans formation particulière. Partant, les remarques formulées par le Dr A _____, qui n'est pas spécialiste en réadaptation, à l'encontre des activités mentionnées par la psychologue en réadaptation ne sauraient prévaloir.

2.7.4 Il découle de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimé a retenu que la recourante présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 14 septembre 2022, de sorte que son droit à une rente entière d'invalidité devait être supprimé.

Les faits étant suffisamment établis, il n'y a non plus pas lieu pour la Cour de céans d'ordonner l'administration d'un autre moyen de preuve comme le requiert la recourante, à savoir son propre interrogatoire ainsi que celui de l'intimé (appréciation anticipée des moyens de preuve : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3).

2.7.5 Mal fondé, le recours doit dès lors être rejeté et la décision entreprise confirmée.

3.

3.1 Les frais de justice, arrêtés à 500 francs selon les principes de la couverture des coûts et de l'équivalence des prestations, sont mis à la charge de la recourante qui

succombe (art. 61 let. fbis LPGA et art. 69 al. 1bis LAI), ce montant étant prélevé sur l'avance de frais, d'un montant équivalent, déjà versée.

3.2 La recourante n'ayant pas gain de cause, il ne lui est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario), ni d'ailleurs à l'office intimé (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

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

Sion, le 24 avril 2025