

S1 24 29

**ARRÊT DU 15 AVRIL 2025**

**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 Maître Didier Elsig, avocat, à Lausanne

**contre**

**OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS**, intimé

(art. 17 LPGA ; révision et suppression de la rente d'invalidité)

## Faits

A. X \_\_\_\_\_, née le xx.xxxx, travaillait comme employée de maison, lorsqu'elle a déposé, le 26 juin 2015, une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI), en raison principalement d'une hernie discale et de douleurs au tunnel carpien des deux bras.

Dans son rapport du 6 octobre 2015, la Dresse A \_\_\_\_\_, FMH en médecine générale, a posé les diagnostics d'état anxio-dépressif sévère, de céphalées mixtes, de cervico-occipitalgies chroniques, de lombosciatalgies droites, de tunnel carpien bilatéral et d'algoneurodystrophie des poignet et main droits. Elle a attesté une incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2014, en raison de la fatigue, des douleurs, de l'impossibilité d'utiliser la main droite, de l'état dépressif sévère et de l'anxiété.

Le 1<sup>er</sup> décembre 2015, la Dresse B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, a confirmé que l'assurée avait été opérée du tunnel carpien droit le 15 octobre 2014, avec une récurrence le 8 avril 2015 et une algodystrophie post-opératoire, et du tunnel carpien gauche le 7 octobre 2015. Elle a estimé qu'une reprise à 50% était envisageable si l'évolution au niveau du membre supérieur gauche restait favorable (p. 54).

Le 28 avril 2016, la chirurgienne a fait état d'une évolution défavorable empêchant la reprise d'une quelconque activité (p. 84). Dans un rapport du 5 juillet 2016, elle a retenu le diagnostic de brachialgies chroniques droites (p. 87) et a indiqué que l'assurée présentait des douleurs invalidantes avec un manque de force et un état dépressif réactionnel aux douleurs. Elle a estimé qu'il y avait lieu d'attendre les résultats d'un éventuel traitement proposé par le Centre du traitement de la douleur, avant de se prononcer sur la capacité de travail. Dans son rapport du 2 septembre 2016, la Dresse C \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésie, a relevé que l'assurée ne présentait pas qu'une douleur au niveau du membre supérieur droit mais qu'il s'agissait d'un syndrome douloureux diffus dont les examens neurologiques effectués au préalable n'avaient pas détecté d'autres lésions hormis celle des nerfs médians au niveau du tunnel carpien ddc. Elle n'a pas proposé de thérapie interventionnelle mais une prise en charge pharmacologique complétée par un suivi psychiatrique (p. 98).

Entre-temps, les 23 mai 2016 et 28 juin suivant, l'assurée a été expertisée par le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, à la demande de l'assurance perte de gain maladie E \_\_\_\_\_ (p. 692). Dans son rapport

du 13 juillet 2016, l'expert a relevé que l'intensité des plaintes et leur extension n'étaient pas cohérentes avec les constatations objectivables qui se résumaient à des troubles dégénératifs modestes du rachis, peu susceptibles d'entraîner une diminution de la capacité de gain comme employée de maison. Il a estimé que des facteurs non somatiques intervenaient de façon hautement prépondérante et subjectivement invalidante, de sorte qu'une expertise psychiatrique lui semblait fondamentale.

Interpellée par l'OAI, la Dresse F \_\_\_\_\_, psychiatre traitante, a indiqué, dans un rapport du 2 décembre 2016, qu'elle suivait l'assurée depuis le 9 septembre 2016 en raison d'une fatigue avec de la tristesse et des angoisses, qui n'avaient pas été améliorées par le traitement de Venlafaxine et Tranxilium prescrit par son médecin traitant un an auparavant. Elle a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère (F32.2) et de probable trouble de la personnalité (FF60.9) et a attesté une incapacité de travail totale depuis octobre 2014 (p. 116).

Mandaté, le Service médical de l'assurance-invalidité (SMR) a considéré que l'incapacité de travail totale était médicalement justifiée dès octobre 2014, initialement en raison d'un syndrome du tunnel carpien, puis courant 2015 non seulement par les complications orthopédiques (ré-opération et algoneurodystrophie) mais également par un épisode dépressif sévère franc, comme attesté par la psychiatre traitante dès octobre 2016, laquelle évoquait sa probable existence déjà dès l'introduction du traitement antidépresseur par le médecin traitant à la mi 2015 (p. 125).

Par projet de décision du 3 janvier 2017 (p. 142), puis décision du 13 avril 2017 (p. 156), l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016, soit au plus tôt six mois après le dépôt de sa requête.

**B.** Lors de la révision d'office du 8 janvier 2018, l'intéressée a indiqué que son état était toujours le même (p. 169). Dans son rapport du 4 mai 2018, la Dresse F \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée poursuivait les entretiens chaque 3 à 6 semaines et que ses plaintes restaient identiques. Elle a maintenu les diagnostics psychiatriques précédents et a mentionné un syndrome d'apnées du sommeil appareillé depuis 2017. Elle a expliqué que l'assurée avait perdu toute autonomie au quotidien, qu'elle n'avait plus ni résistance ni capacité d'adaptation et qu'elle présentait des troubles cognitifs, rendant nul le pronostic de réadaptation professionnelle.

L'enquête pour impotence effectuée à domicile le 10 octobre 2018 a permis de constater que l'assurée vivait avec son mari, son fils, sa belle-fille et leurs deux enfants, autant

pour des raisons financières que pour le besoin d'aide dans les activités quotidiennes (p. 194).

Par communication du 5 novembre 2018 (p. 202), l'OAI a maintenu l'assurée dans son droit à une rente entière d'invalidité.

**C.** L'OAI a cependant soumis le dossier au SMR, qui s'est étonné que la psychiatre traitante continue à alléguer un état dépressif sévère, alors que le suivi était peu intense et qu'elle n'avait pas modifié le traitement par Cymbalta qui n'avait pas donné les résultats attendus (p. 210). Il a estimé qu'une expertise psychiatrique indépendante était indispensable avant de confirmer une éventuelle impotence.

Une expertise auprès du Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a dès lors été ordonnée (p. 223) et l'assurée a été examinée le 19 mars 2019 (p. 227). Dans son rapport du 20 juin 2019 (p. 232), l'expert a décrit une assurée plaintive et dramatique, parfois émotive mais qui n'avait pas pleuré durant l'examen. Il a noté une certaine irritabilité avec des difficultés d'endormissement, mais l'absence d'idéations suicidaires même si l'assurée avait une mauvaise image d'elle-même. Il n'a pas observé de troubles cognitifs. Il a estimé qu'on se trouvait face à une dépression fluctuante de gravité légère à moyenne et a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent léger à moyen (p. 260). Il a relevé un fort besoin de dépendance à l'égard des enfants et de la belle-fille, mais n'a pas remarqué d'indices en faveur d'un trouble majeur de la personnalité, tout au plus quelques traits histrioniques (p. 262). Au terme de l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité et de l'appréciation des ressources de l'assurée, l'expert a fixé la capacité de travail médico-théorique à 50%, sans baisse de rendement, soit dans l'activité habituelle soit dans une activité adaptée, dès le 1<sup>er</sup> novembre 2018 mais au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2019 (p. 278).

Prenant position le 4 juillet 2019, le SMR a considéré que l'expertise psychiatrique était pleinement probante et établissait une amélioration objective et durable de l'état de santé de l'assurée, qui n'était manifestement pas limitée uniformément dans ses activités dans tous les domaines de la vie. Sur le plan somatique, il a relevé que l'assurée se plaignait de douleurs multiples, par essence subjectives, sans le moindre élément médical objectif nouveau, notamment depuis l'expertise orthopédique du Dr D\_\_\_\_\_ de 2016. Il a dès lors admis une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle d'employée de maison, au plus tard depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2018. Il a estimé qu'aucune aide n'était justifiée médicalement et que l'assurée n'avait besoin ni de surveillance, ni d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Il a remarqué que le

pronostic professionnel était défavorable pour des raisons non médicales, à savoir que l'assurée s'était installée dans un rôle d'invalidé, qu'elle ne souhaitait pas retravailler et était éloignée du monde du travail depuis longtemps (p. 293).

Par projet de décision du 8 juillet 2019 (p. 294), puis décision du 24 septembre 2019 (p. 302), l'OAI a refusé à l'assurée tout droit à une allocation pour impotent.

Le 15 octobre 2019, le Service de réadaptation de l'OAI a reçu l'assurée pour lui expliquer les conclusions de l'expert psychiatre et du SMR. A cette occasion, l'intéressée a déclaré que son état de santé ne lui permettait pas de reprendre une activité professionnelle et qu'elle ne souhaitait pas participer à des mesures d'ordre professionnel, au motif que des jours elle se sentait bien et d'autres elle n'arrivait pas à sortir de sa chambre (p. 309).

Par projet de décision du 16 octobre 2019 (p. 310), l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait diminuer sa rente entière d'invalidité à une demi-rente.

**D.** Le 19 octobre 2019, la Dresse F \_\_\_\_\_ a signalé à l'OAI qu'après discussion avec l'assurée, celle-ci acceptait d'essayer les mesures professionnelles proposées de manière progressive (p. 315). Une mesure de réinsertion professionnelle auprès H \_\_\_\_\_ a dès lors été mise en œuvre (p. 328). L'assurée s'est montrée ponctuelle et régulière et a fourni un travail de qualité mais à un rythme faible, se plaignant de douleurs à la main et à la jambe droites, ainsi qu'à la nuque et au bas du dos (p. 334). Elle n'a pas pu augmenter progressivement son temps de présence (p. 339).

Dans un rapport du 3 février 2020, la Dresse F \_\_\_\_\_ a indiqué que la mesure avait eu un effet défavorable sur l'état psychique de la patiente qui était plus nerveuse et irritable et présentait à nouveau des crises de larmes. Elle a mentionné un problème d'incontinence urinaire. De son point de vue, la capacité de travail était à nouveau nulle (p. 346).

Mandaté, le SMR a remarqué que l'échec de la mesure de réinsertion s'expliquait par le positionnement d'invalidé de l'assurée et que la Dresse F \_\_\_\_\_ n'apportait pas d'élément médical objectif nouveau mettant en doute l'appréciation de l'expert psychiatre (p. 353).

Dans un rapport du 9 février 2020, le Dr I \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a mentionné un syndrome de tunnel carpien bilatéral de degré léger. Il a indiqué que

l'ENMG du nerf radial et cubital à droite s'était révélé normal et que l'IRM cérébrale était rassurante (p. 355).

Dans son avis du 25 mai 2020, le SMR a constaté que le tunnel carpien de degré léger (pathologie bénigne) ne constituait pas une évolution significative de l'état de santé sur le plan somatique, mais a estimé qu'il y avait lieu d'interroger le médecin traitant et l'urologue s'agissant de la vessie afin d'être complet (p. 368).

Le 4 juin 2020, la Dresse J \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué qu'il n'y avait pas d'amélioration depuis le rapport du 4 mai 2018 de la Dresse F \_\_\_\_\_. Elle a repris les diagnostics de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie, de dépression sévère depuis 2015 et de probable trouble de la personnalité. Elle a décrit un « retentissement psychomoteur », un discours répétitif avec sentiment de perte d'espoir, une angoisse, d'importantes plaintes algiques, une dépendance à ses proches et a estimé que le potentiel de réadaptation restait nul (p. 376).

Le 5 juin 2020, la Dresse K \_\_\_\_\_, spécialiste en urologie, a rapporté que l'assurée souffrait d'un dysfonctionnement neuromusculaire de la vessie, pour lequel la pose d'une bandelette sous-urétrale avait été proposée, après laquelle l'assurée devrait éviter les efforts durant environ 6 semaines (p. 381).

Prenant position le 15 juin 2020, la SMR a constaté que la Dresse J \_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément médical objectif nouveau, se contentant de rapporter les plaintes de sa patiente. Sur le plan urologique, il a pris note de l'incontinence urinaire mixte, qui prédominait uniquement à l'effort après prise en charge médicale et qui était susceptible d'être réglée grâce à une chirurgie par bandelette pelvienne. Il a remarqué qu'aucune incapacité de travail n'avait été attestée dans ce contexte et qu'il n'y aurait aucune limitation durable dans les suites d'une éventuelle intervention. Il a dès lors confirmé son appréciation de la capacité de travail du 2 mars 2020 (p. 392).

Par décision du 23 septembre 2020 (p. 420), l'OAI a diminué la rente entière de l'assurée, au motif que sa capacité de travail était de 50% depuis novembre 2018, et lui a octroyé une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2020.

**E.** Le 23 juin 2022, l'OAI a reçu une nouvelle demande de prestations de l'assurée, remplie à la demande de L \_\_\_\_\_ à la suite de l'incapacité de travail attestée dès le 28 février 2022 (p. 719 et 727) et motivée par des blocages fréquents du dos, des

problèmes d'urine et de selles, des maux de tête très forts en permanence et des douleurs partout dans le corps (p. 437).

Invitée à rendre plausible une éventuelle modification de son degré d'invalidité (p. 442), l'assurée a fourni un rapport du 19 juillet 2022 de la Dresse J\_\_\_\_\_, qui faisait état d'une évolution défavorable du syndrome douloureux chronique type fibromyalgie pour lequel l'assurée était suivie régulièrement sur le plan psychiatrique et par le Centre M\_\_\_\_\_, d'un syndrome anxio-dépressif secondaire et d'un problème d'incontinence fécale sur hypotonie sphinctérienne majeure, en attente de la mise en place d'un neurostimulateur (p. 452 ; cf. ég. rapport du 18 février 2022 de la Dresse N\_\_\_\_\_, p. 789).

En raison de cette dernière problématique, le SMR a proposé à l'OAI d'entrer en matière sur la demande et de recueillir les rapports des médecins traitants (p. 454).

De son côté, L\_\_\_\_\_ a mis en œuvre une expertise auprès du Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne (p. 728). Dans son rapport du 2 novembre 2022, l'expert a indiqué que les examens avaient mis en évidence un syndrome cervicobrachial et lombovertébral, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, que l'examen des différents groupes articulaires était rassurant, qu'il n'y avait pas de signe de synovite ou de ténosynovite, qu'en revanche, l'examen frappait par la présence de 18/18 points d'insertion douloureux faisant évoquer des douleurs insertionnelles, avec nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur de type fibromyalgiforme, que le bilan radiographique était rassurant, avec une discopathie L5-S1, mais pas de troubles dégénératifs facettaires postérieurs ou aux cervicales. Il a conclu à un syndrome lombovertébral récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire entraînant la limitation suivante : pas de ports de charge répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10 kg. Du point de vue purement rhumatologique, il a fixé la capacité de travail dans l'activité antérieure de femme de ménage dans un bureau à 90% du 50% effectué depuis 2020 et à 100% dans une activité parfaitement adaptée dès le jour de l'expertise le 1<sup>er</sup> novembre 2022, en relevant que le socle somatique ne permettait pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse telle qu'alléguée par l'assurée.

Selon les informations communiquées par l'assurance-chômage, l'assurée avait retrouvé un travail de femme de ménage à 50% dans des bureaux du 1<sup>er</sup> juillet 2021 jusqu'au 30 juin 2022, date de son licenciement (p. 812). Selon les explications de l'assurée, celle-ci travaillait à la demi-journée et les travaux lourds de nettoyage étaient effectués par d'autres employés ; cependant en raison des lombalgies, des douleurs

aux poignets, de l'incontinence et des vertiges, elle avait dû arrêter dès le 1<sup>er</sup> mars 2022 (cf. attestation de l'employeur, p. 815 ; expertise Dr O \_\_\_\_\_, p. 730, et expertise Dr P \_\_\_\_\_, p. 831).

Afin d'éclaircir la situation sur le plan psychiatrique, l'OAI a interpellé la Dresse F \_\_\_\_\_. Celle-ci a expliqué dans un rapport du 20 novembre 2022 (p. 482) que lors du dernier rendez-vous du 17 juin 2022, l'assurée avait mentionné l'incontinence fécale qui était venu compliquer l'incontinence urinaire déjà présente et qu'elle avait souhaité mettre fin au suivi, dès lors qu'elle se sentait incomprise, raison pour laquelle elle l'avait adressée à la Dresse Q \_\_\_\_\_, neurologue et psychiatre.

Dans son rapport du 14 février 2023 (p. 802), la Dresse Q \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de céphalées par abus de médicaments. Elle a expliqué que l'assurée avait besoin d'aide pour accomplir les tâches ménagères, pour faire les commissions, pour les déplacements, qu'elle avait de la peine à prendre des décisions et avait besoin d'une guidance pour l'organisation du quotidien. Elle a indiqué que l'état de santé du mari était une source de stress importante et que les douleurs chroniques n'avaient fait qu'accentuer l'état dépressif. De son point de vue, l'état dépressif empêchait l'assurée de fonctionner dans les actes de la vie quotidienne et de reprendre une activité professionnelle.

Afin de pouvoir se prononcer en toute connaissance de cause, L \_\_\_\_\_ a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, le 19 avril 2023 (p. 807). Dans son rapport du 24 avril 2023 (p. 828), l'expert a noté que l'assurée voyait sa psychiatre traitante une fois tous les deux mois (p. 832), que ses plaintes étaient principalement en lien avec les douleurs, la fatigue, les troubles de la mémoire et le stress lié au conflit de couple et qu'elle ne se voyait plus travailler en raison de la fatigue, des douleurs, des vertiges et de l'incontinence. Au cours de l'entretien, l'expert n'a pas constaté de l'anxiété qui serait cliniquement significative ni de symptômes de la lignée dépressive. Il a remarqué de la tristesse par moments palpable, mais a constaté que celle-ci était passagère et clairement réactionnelle. Il n'a pas observé une assurée émotionnellement éteinte, abattue et sombre. Il a relevé que la baisse de l'humeur n'était pas au premier plan, mais que les lamentations étaient cristallisées autour des problèmes somatiques. Il n'a pas remarqué de ralentissement psychomoteur ni de signes de réduction de l'énergie, l'assurée réagissant avec la même intensité du début jusqu'à la fin de l'examen, sans manquer de dynamisme. S'agissant de la fatigue alléguée, il a estimé qu'elle était vraisemblablement attribuable au sommeil

perturbé par le « syndrome d'apnées du sommeil » qui était traité et suivi (p. 835 et 838 ; selon le rapport du 5 décembre 2022 du Dr R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en maladies des poumons, un appareillage par CPAP a été mis en place, p. 796).

Après analyse des critères relatifs aux diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et de syndrome douloureux somatoforme persistant, retenus par la psychiatre traitante, il est arrivé à la conclusion que le premier devait être écarté puisque l'assurée ne présentait aucun des deux symptômes cardinaux (la tonalité affective n'était pas fixée au pôle dépressif et que l'accès aux émotions positives était préservé), mais que le second (trouble à symptomatologie somatique) pouvait être retenu puisque l'assurée se plaignait de douleurs chroniques depuis de nombreuses années, de manière excessive. Cependant, de son point de vue, ce diagnostic n'avait pas d'impact sur la capacité de travail de l'assurée sous l'angle psychiatrique, étant précisé que les répercussions des douleurs en elles-mêmes relevait de la compétence du médecin somaticien.

Prenant position le 11 juillet 2023 (p. 499), le SMR a considéré que les expertises rhumatologique et psychiatrique diligentées étaient complètes, claires et dûment motivées. Etant donné le trouble somatoforme douloureux, il a analysé la capacité de travail médico-théorique de l'assurée sous l'angle des indicateurs jurisprudentiels. Il a relevé que le syndrome fibromyalgique ne s'accompagnait d'aucune limitation fonctionnelle significative *per se*, que l'intensité des plaintes n'était pas cohérente avec les constatations objectivables, que des facteurs étrangers à l'AI jouaient un rôle limitant (absence de formation professionnelle, époux rentier AI), qu'il existait un critère d'exclusion, puisque même si les plaintes étaient importantes, elles n'empêchaient pas l'assurée de fonctionner. En outre, le SMR a remarqué que la seule comorbidité consistait en des lombalgies, qui généraient des limitations modérées (charges 5-10 kg occasionnellement, respect de l'hygiène posturale du rachis lombaire), qui pouvaient aisément être contournées dans une activité parfaitement adaptée. Concernant l'incontinence fécale, il a considéré que l'hygiène de l'assurée était conservée, dès lors que l'hypotonie sphinctérienne n'était pas totale. Il a encore rappelé qu'un syndrome d'apnées du sommeil appareillé ne générait aucune limitation. Au vu de la description faite par l'expert psychiatre, le SMR a considéré que l'assurée disposait manifestement de ressources utilisables dans une activité professionnelle (pas de distorsion de la réalité et pas de baisse de l'élan vital) et a constaté qu'elle bénéficiait d'un milieu familial très présent et soutenant, qu'elle n'était pas isolée et aimait voire ses proches ou faire des activités, comme la cuisine. Il a conclu qu'il n'y avait plus aucune limitation fonctionnelle

sur le plan psychique dès la date de l'expertise psychiatrique (19 avril 2023) et qu'au niveau physique, la capacité de travail était de 90% dans l'ancienne activité d'employée de maison, partiellement adaptée, et de 100% dans toute activité adaptée, sans travaux lourds, avec port de charges de 5-10 kg occasionnellement et respectant l'hygiène posturale du rachis lombaire. Ceci constituait une amélioration objective, significative et durable de l'état de santé de l'assurée.

Ceci étant, l'OAI a convoqué l'assurée à un entretien le 16 août 2023. A cette occasion, celle-ci a expliqué qu'elle s'était inscrite au chômage à 50% dès le 15 mai 2023 pour trouver un emploi léger dans le nettoyage, mais qu'elle ne savait pas si sa santé allait tenir le coup. Elle a déclaré ne pas être d'accord avec les conclusions du SMR et ne pas désirer s'engager dans des mesures sans un délai de réflexion (p. 511). Contactée le 6 septembre 2023, elle a indiqué qu'elle ne souhaitait pas collaborer avec le Service de réadaptation et n'était pas d'accord avec la suppression de sa rente d'invalidité (p. 513 ; cf. ég. rapport final du 14 septembre 2023, p. 531).

Par projets séparés du 14 septembre 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait, d'une part, lui refuser tout droit à un reclassement professionnel dès lors qu'elle ne se sentait subjectivement pas en mesure de participer à des mesures d'ordre professionnel (p. 515) et, d'autre part, supprimer sa demi-rente d'invalidité dès lors que depuis le 19 avril 2023, on pouvait exiger de sa part l'exercice à 100% d'une activité adaptée à son état de santé, ce qui n'engendrait aucune perte de gain (p. 521).

**F.** Dans un rapport du 11 septembre 2023, reçu par l'OAI le 21 septembre suivant, la Dresse J \_\_\_\_\_ a attesté que l'incapacité de travail était toujours totale et qu'il n'y avait pas d'amélioration. Elle a expliqué que l'assurée avait reçu des infiltrations au niveau lombaire et au niveau du pied gauche à cause d'une fasciite plantaire qui l'empêchait de marcher (p. 534).

Représentée par M<sup>e</sup> Didier Elsig, l'assurée a contesté, le 16 octobre 2023, les projets de décision du 14 septembre précédent (p. 542). Elle a nié toute amélioration de son état de santé comme l'avait attesté la Dresse J \_\_\_\_\_ dans son rapport du 11 septembre 2023. Elle a reproché au SMR de s'être fondé quasi exclusivement sur l'expertise psychiatrique pour retenir une amélioration de l'état de santé en omettant les nombreux troubles somatiques qui la handicapaient au quotidien et aussi d'avoir retenu l'inscription au chômage à 50% comme un argument en faveur d'une amélioration, alors que cela correspondait simplement à la capacité de travail reconnue antérieurement. Elle a en outre relevé que l'amélioration ne pouvait pas être qualifiée de durable, dès lors que les

mesures de réinsertion mises en œuvre en décembre 2019 avaient dû être arrêtées car elles avaient eu un effet défavorable sur son état psychique et son fonctionnement. Ainsi, de son point de vue, il y avait lieu de retenir, au contraire, que son état de santé s'était détérioré depuis 2022 au vu des rapports des 19 juillet et 2 août 2022 de la Dresse J \_\_\_\_\_ faisant état d'incontinence fécale et posant un pronostic défavorable. Enfin, elle a soutenu qu'il n'était pas exigible de sa part qu'elle reprenne une activité professionnelle au vu de son âge de plus de 55 ans.

Interpellé, le SMR a rendu un avis le 23 novembre 2023 (p. 559). Il a remarqué que contrairement aux allégations de l'assurée, il avait bien pris en compte les aspects somatiques de l'atteinte à la santé de l'assurée en reprenant les conclusions du Dr O \_\_\_\_\_ et en discutant l'état de santé somatique dans le volet « comorbidités » de l'analyse des indicateurs jurisprudentiels. Il a admis que l'inscription au chômage n'était pas un argument en faveur d'une amélioration de l'état de santé, mais constituait une incohérence avec les déclarations de l'assurée qui s'estimait totalement incapable de travailler. Il a remis le dernier rapport de la Dresse J \_\_\_\_\_ du 11 septembre 2023 avec l'IRM lombaire pour avis interne au Dr S \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique. Se prononçant le 29 novembre 2023, ce dernier a expliqué que les résultats de l'IRM du 1<sup>er</sup> septembre 2023 n'étaient pas susceptibles de modifier les conclusions de l'expertise du 20 novembre 2022 du Dr O \_\_\_\_\_ et que la fasciite plantaire nouvellement mentionnée était une affection bénigne dont le traitement était généralement conservateur et qui n'entraînait pas d'incapacité de travail de longue durée au sens de l'AI. En revanche, il a admis qu'il y avait lieu de reconnaître les limitations fonctionnelles supplémentaires suivantes : éviter la marche prolongée et/ou en terrain irrégulier, ainsi que la station debout prolongée (p. 561).

Le 1<sup>er</sup> décembre 2023, l'assurée a remis à l'OAI un nouveau rapport du 24 novembre 2023 de la Dresse Q \_\_\_\_\_ (p. 562), qui reprenait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de céphalées mixtes et qui mentionnait au status une alexithymie (difficulté à identifier et exprimer des émotions), une anhédonie, une apathie, un manque d'estime d'elle-même, un ralentissement psychomoteur, une fatigue, une perte d'appétit et des difficultés à trouver un sommeil réparateur, une anxiété flottante avec des crises réactives en lien avec son époux et des difficultés de concentration et d'attention (p. 566).

Mandaté, le SMR a constaté que ce rapport était un « copier-coller » du rapport établi le 14 février 2023 et décrivait toujours le même status, de sorte qu'il maintenait ses précédentes conclusions sur la capacité de travail dans une activité adaptée (p. 570).

Par décision du 11 janvier 2024, l'OAI a refusé à l'assurée tout droit à un reclassement professionnel en l'absence de volonté subjective de l'assurée de participer à des mesures d'ordre professionnel (p. 573).

Par une seconde décision du même jour, il a prononcé la suppression de la demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2024, au motif que depuis le 19 avril 2023 (date de l'expertise psychiatrique), on pouvait exiger de la part de l'assurée, l'exercice à 100%, avec un rendement complet, de n'importe quelle activité lucrative légère et adaptée à son état de santé respectant les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges limité, maximum 5-10 kg occasionnellement, travaux lourds exclus, respect de l'hygiène posturale du rachis lombaire, éviter la marche prolongée et/ou en terrain inégal, éviter la station debout prolongée. Il a procédé à une comparaison des revenus en tenant compte d'une déduction du salaire statistique de 10% depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2024 et a constaté que le taux d'invalidité s'élevait à 3.52%, ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Concernant les griefs de l'assurée, il a relevé que L\_\_\_\_\_ avait mis en œuvre une expertise somatique et une expertise psychiatrique, qui remplissaient toutes les deux les critères jurisprudentiels permettant de leur accorder entière valeur probante. S'agissant de l'état de santé psychique, il a remarqué que les indicateurs jurisprudentiels avaient été examinés par le SMR, qui avait constaté que le critère de gravité n'était pas rempli. Il a ajouté que dans son dernier rapport, la Dresse Q\_\_\_\_\_ n'avait pas retenu d'éléments nouveaux, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de remettre en cause l'expertise psychiatrique. Enfin, s'agissant de l'exigibilité, il a rappelé qu'à 59 ans, la recourante n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral admettait qu'il était peut-être difficile de se réinsérer sur le marché du travail et qu'il avait procédé à l'examen de la capacité de réadaptation exigé dans le cas des assurés de plus de 55 ans, mais que l'intéressée avait refusé l'offre de mesures du Service de réadaptation, au motif qu'elle s'estimait incapable de travailler.

**G.** Le 12 février 2024, l'intéressée a formé recours céans contre la décision de suppression de sa demi-rente d'invalidité du 11 janvier 2024, en concluant à son annulation et, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité basée sur un taux d'invalidité de 100% dès le 1<sup>er</sup> mars 2024, avec intérêts moratoires dès cette date, et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 50% dès le 1<sup>er</sup> mars 2024, avec intérêts moratoires dès cette date. A l'appui de ses

conclusions, elle a repris l'entier des arguments invoqués dans le cadre de la procédure d'audition.

Dans sa réponse du 5 mars 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours, en renvoyant à la motivation de sa décision qui répondait déjà aux griefs de la recourante.

L'échange d'écritures a été clos le 29 avril 2024, en l'absence de nouvelles remarques de la recourante.

### **Considérant en droit**

**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 12 février 2024, le présent recours à l'encontre de la décision du 11 janvier 2024 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

**2.** Le litige porte sur la suppression par voie de révision au 1<sup>er</sup> mars 2024 de la demi-rente d'invalidité qui était accordée à la recourante depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2020 selon décision du 23 septembre 2020. La recourante conteste que son état de santé se soit amélioré et prétend au contraire qu'il s'est détérioré, raison pour laquelle elle avait déposé une nouvelle demande le 23 juin 2022.

**2.1** 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. 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 décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence ;

133 V 108 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_140/2017 du 18 août 2017 consid. 4.2). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est en soi resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; 113 V 273 consid. 1a et les références).

**2.2** En l'espèce, le rapport du 19 juillet 2022 de la Dresse J\_\_\_\_\_ déposé à l'appui de la nouvelle demande du 23 juin 2022 rendait plausible une modification de l'état de santé, en raison de l'apparition d'une incontinence fécale nécessitant la mise en place d'un neurostimulateur.

En présence d'un motif de révision, c'est à juste titre que l'intimé est entré en matière et a procédé à une nouvelle instruction médicale du dossier, afin d'apprécier une nouvelle fois la capacité de travail exigible de la part de l'assurée dans une activité adaptée.

### **3.**

**3.1** A cet égard, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de recueillir les rapports des médecins traitants ou d'autres spécialistes qui doivent se prononcer sur l'état de santé de l'assuré et indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Les données médicales constituent en effet un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 261 consid. 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 SMR d'apprécier la présence d'une atteinte à la santé invalidante et d'examiner à l'intention de l'office AI les conditions médicales du droit aux prestations en tenant compte du traitement médical effectué ou prévu (cf. art. 54a al. 3 LAI et art. 49 al. 1 RAI ; Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité - CIRAI, valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022, ch. 1109). En effet, selon l'article 54a LAI, les SMR sont à la disposition des offices AI pour l'évaluation des conditions médicales du droit aux prestations (al. 3) et établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'article 6 LPGa, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 4). Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce (al. 5).

Selon le principe de libre appréciation des preuves (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 convient 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 125 V 351 consid. 3 ; 122 V 157 consid. 1c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U492/00 du 31 juillet 2001 consid. 3b et les références).

Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références citées ; v. aussi, en matière d'expertise psychiatrique, ATF 148 V 49 consid. 6.2.1). Cela vaut également pour les rapports du SMR lorsque ceux-ci respectent les conditions auxquelles sont soumises les expertises faites en dehors de l'administration pour se voir conférer une valeur probante (LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3<sup>ème</sup> éd., 2003, p. 332 note 37 ; CALATAYUD, La pratique dans l'assurance-accidents, in Colloques et journées d'études 1999-2001, IRAL Lausanne 2002, p. 548 ; ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; SVR 2009 IV n° 53 consid. 3.3.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 352 consid. 3a ; 122 V 160 consid. 1c avec les renvois).

A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la différence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants - qui sont généralement enclins à prendre parti pour leur patient (ATF 125 V 352 consid. 3a/cc ; VSI 2001 p. 109 consid. 3b/cc ; RAMA 1999 p. 193) - font état

d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_232/2022 du 4 octobre 2022 consid. 4.1.2).

En présence de troubles sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - leur caractère invalidant (ATF 141 V 281 consid. 2.1). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, parmi lesquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**3.2** En l'occurrence, il sied d'examiner si un changement important des circonstances justifiant la suppression de la rente s'est produit en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision d'octroi d'une demi-rente d'invalidité du 23 septembre 2020 et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse du 11 janvier 2024 (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence).

**3.2.1** En 2020, l'assurée se plaignait de douleurs multiples dans les poignets, les jambes, le dos, ainsi que de maux de tête et de fatigue (cf. enquête pour impotence, p. 194). Une incontinence urinaire avait également été rapportée, qui n'était pas invalidante (cf. avis du SMR du 15 juin 2020, p. 389). Sur le plan orthopédique, l'assurée avait été expertisée par le Dr D\_\_\_\_\_ ; il avait considéré que l'activité d'employée de maison était adaptée à l'état de santé physique de l'assurée qui présentait des troubles dégénératifs modestes du rachis, un status après chirurgie du tunnel carpien et un syndrome douloureux chronique sans substrat anatomique cohérent (p. 704). Ceci étant, une expertise psychiatrique avait été diligentée par le Dr G\_\_\_\_\_ ; celui-ci avait constaté une amélioration du trouble dépressif récurrent de l'assurée, qui était alors d'intensité moyenne et permettait la reprise d'une activité professionnelle à 50% (p. 278), ce que le SMR avait confirmé après analyse du dossier (p. 392).

**3.2.2** Dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande de juin 2022, l'assurée a été une nouvelle fois expertisée sur le plan somatique par le Dr O\_\_\_\_\_ et sur le plan psychiatrique par le Dr P\_\_\_\_\_.

**3.2.2.1** Sur le plan somatique, le Dr O \_\_\_\_\_ n'a pas constaté d'importants changements par rapport à la situation antérieure. L'assurée se plaignait toujours de douleurs cervico-occipitales, de douleurs lombaires et de polyarthralgies aux épaules, coudes poignets et hanches (cf. ch. 3.3 de l'expertise, p. 731). Au terme de ses examens, il a retenu un syndrome cervicobrachial et lombovertébral, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, sans incidence sur la capacité de travail dans une activité adaptée, sans ports de charge répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10 kg.

S'agissant de l'incontinence fécale et du syndrome d'apnées du sommeil, l'OAI a recueilli les rapports auprès des spécialistes suivants l'assurée et les a soumis au SMR. Celui-ci a constaté que le syndrome d'apnées du sommeil était bien pris en charge et que l'oxygénation nocturne était normale. Il a expliqué qu'un tel syndrome ne générerait pas de limitation particulière (cf. avis du 11 juillet 2023, p. 499 et 504). Un tel trouble n'est pas invalidant au sens de l'AI et aucune incapacité de travail n'avait d'ailleurs été attestée en lien avec celui-ci. S'agissant de l'incontinence fécale, le SMR a remarqué que la contraction du muscle était possible et que la proprioception rectale était conservée. Il a dès lors estimé que l'hygiène de l'assurée restait conservée (cf. avis du 11 juillet 2023, p. 498 et 504). La recourante n'apporte aucun élément permettant de s'écarter de cet avis.

Enfin, les troubles plantaires mentionnés pour la première fois le 11 septembre 2023 ont été pris en compte par le SMR (cf. avis du 29 novembre 2023, p. 561). Ils justifient des limitations fonctionnelles supplémentaires à prendre en compte lors du choix de l'activité professionnelle, mais n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail en tant que telle.

Il s'ensuit que l'état de santé somatique de l'assurée a été investigué de manière complète et permet toujours l'exercice à plein temps d'une activité adaptée.

**3.2.2.2** Au plan psychiatrique, le Dr P \_\_\_\_\_ a expertisé l'assurée le 19 avril 2023. Dans son rapport, il a décrit en détail les plaintes de l'assurée, ainsi que ses observations cliniques au cours de l'entretien. Il a discuté les diagnostics posés par la psychiatre traitante de l'assurée et a expliqué pourquoi on ne pouvait pas retenir un épisode dépressif caractérisé dans le cas d'espèce (p. 837). Il a en revanche reconnu l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (ou trouble à symptomatologie somatique), tout en précisant que cette affection n'avait pas d'impact sur la capacité de travail, supplémentaire aux douleurs elles-mêmes qui avait fait l'objet de l'expertise du Dr O \_\_\_\_\_ (p. 837).

Dans son avis du 11 juillet 2023, le SMR a examiné l'incidence de ce diagnostic sur la capacité de travail de la recourante à l'aune des critères jurisprudentiels, en se basant sur tous les éléments objectifs mis en lumière par l'expert et ressortant également du dossier. L'analyse des indices a montré que les critères de gravité n'étaient manifestement pas remplis. L'intensité des plaintes était en contradiction avec les atteintes objectives plutôt minimales. L'assurée n'était pas empêchée de fonctionner dans tous les domaines de sa vie et de manière uniforme. Malgré ses plaintes, elles conservaient des activités familiales, aimant s'occuper de ses petits-enfants ou faire la cuisine. Elle n'était non plus pas isolée socialement, étant rappelé qu'elle avait travaillé à 50% du 1<sup>er</sup> juillet 2021 au 1<sup>er</sup> mars 2022. Elle conservait donc des ressources utilisables dans une activité professionnelle. En outre, selon l'expert, l'intéressée ne présentait plus de symptômes dépressifs suffisants pour parler de dépression caractérisée, de sorte que l'on devait admettre une amélioration de l'état de santé psychique.

Cette appréciation conjointe de l'expert psychiatre et du SMR convainc la Cour. Dans son recours, l'intéressée ne soulève pas d'erreurs ou de contradictions manifestes dans le rapport de l'expert, qui ferait douter du bien-fondé de ses conclusions. La recourante estime que l'avis de la Dresse Q \_\_\_\_\_ du 24 novembre 2023 devrait lui être préféré car plus récent (p. 565). Or, la Cour remarque, à l'instar du SMR (p. 569), que la psychiatre traitante s'est contentée de reprendre le contenu de son précédent rapport du 14 février 2023 (p. 802) sans soulever de remarques pertinentes à l'encontre de l'expertise. Cela ne saurait suffire à mettre en doute les conclusions d'une expertise indépendante, compte tenu de la différence entre un mandat d'expertise et un mandat de soin. L'appréciation de la Dresse Q \_\_\_\_\_ repose essentiellement sur les plaintes de sa patiente et reflète le rapport de confiance inhérent à tout mandat thérapeutique. Elle ne constitue qu'une appréciation différente des faits déjà appréciés de manière convaincante par le Dr P \_\_\_\_\_ et le SMR.

Il sied dès lors d'admettre qu'à la date de l'expertise, le 19 avril 2023, l'état de santé psychique de l'assurée ne justifiait plus d'incapacité de travail.

**3.3** Etant donné cette amélioration significative par rapport à la situation à l'époque de la décision du 23 septembre 2020 où le Dr G \_\_\_\_\_ avait retenu un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne, l'intimé était en droit d'annoncer la suppression de la rente d'invalidité de la recourante par projet de décision du 14 septembre 2023.

**4.** La recourante étant âgée de 59 ans, l'intimée se devait d'examiner les possibilités de mise en œuvre de mesures de réadaptation.

**4.1** En effet, il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cette jurisprudence qui est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 consid. 5), ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_291/2023 du 30 janvier 2024 consid. 7.2 et les références).

Dans de telles situations, les organes de l'assurance-invalidité doivent vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_211/2021 du 5 novembre 2021 consid. 3.1 ; 9C\_276/2020 du 18 décembre 2020 consid. 6 et les arrêts cités). Des exceptions ont déjà été admises lorsque la personne concernée avait maintenu une activité lucrative malgré le versement de la rente - de sorte qu'il n'existait pas une longue période d'éloignement professionnel - ou lorsqu'elle disposait d'emblée de capacités suffisantes lui permettant une réadaptation par soi-même (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_582/2017 du 22 mars 2018 consid. 6.3 ; 9C\_183/2015 du 19 août 2015 consid. 5).

En outre, pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références citées), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but d'une prestation de ce genre, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_355/2014 du 2 décembre 2014 consid. 6.1 ; 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 9.2 et la référence citée). Il s'agit de conditions cumulatives. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (arrêt du Tribunal fédéral I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1).

**4.2** En l'espèce, si la recourante appartient à la catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail, la Cour observe qu'elle a clairement refusé l'aide du service de réadaptation de l'OAI après l'entretien du 16 août 2023 (p. 511 et 513), s'estimant totalement incapable de travailler, alors même qu'elle s'était à nouveau inscrite à l'assurance-chômage depuis le 15 mai 2023 (p. 533). Ce comportement, en soi contradictoire, démontre une absence de volonté de l'assurée de se réinsérer, respectivement que l'octroi de mesures de réadaptation serait voué à l'échec.

L'existence des conditions objective et subjective étant cumulatives, c'est à juste titre que l'intimé a supprimé le droit à la rente d'invalidité de la recourante dès le 1<sup>er</sup> mars 2024, sans mettre en œuvre de mesures d'ordre professionnel (ATF 145 V 209 consid. 5.1 et les réf. citées ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_317/2017 du 19 juin 2017 consid. 3.1).

En outre, contrairement à ce que soutient la recourante, une reprise d'activité est exigible de sa part, dès lors qu'elle n'avait pas encore l'âge à partir duquel la jurisprudence considère qu'il peut être difficile de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (sur ce point, voir ATF 143 V 431 consid. 4.5.2 ; cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C\_173/2023 du 23 novembre 2023 consid. 5.1 et 9C\_453/2018 du 26 septembre 2018 consid. 4.2) et que ledit marché recouvre un large éventail d'activités simples, ne nécessitant aucune formation spécifique et correspondant à un emploi léger et adapté aux limitations fonctionnelles physiques reconnues par le SMR après le dernier avis de son chirurgien orthopédique du 29 novembre 2023 (p. 561 et 570), comme l'a relevé le Service de réadaptation dans son rapport du 14 septembre 2023 en donnant des exemples concrets (p. 532).

**5.** Il s'ensuit que le recours est rejeté et la décision entreprise confirmée.

**6.**

**6.1** Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. en fonction de la difficulté moyenne de la présente cause, des principes de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations et de l'audience de débats publics mise en œuvre, sont mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA et 69 al. 1bis LAI).

**6.2** Vu le sort du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g *a contrario* LPGA).

Par ces motifs,

**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 15 avril 2025