

S1 13 171

**JUGEMENT DU 29 AVRIL 2014**

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

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et Jean-Pierre Zufferey, juges ; Garance Klay, greffière

**en la cause**

X \_\_\_\_\_, recourante, représentée par Maître A \_\_\_\_\_

**contre**

**Office cantonal AI du Valais**, intimé

(demande de révision)

## Faits

**A.** X\_\_\_\_\_, née le xxx 1957, sans formation particulière, exerçait la profession de représentante pour des voyages publicitaires en collaboration avec la maison B\_\_\_\_\_. Le 21 septembre 2004, elle a été victime d'un accident de la circulation ayant occasionné un grave TCC. Malgré une évolution favorable, il persistait des signes dysexécutifs en plus de la sensation de fatigue. La fatigabilité aggravait les troubles exécutifs et mnésiques (cf. le rapport du Dr C\_\_\_\_\_, neurologue, du 19 juin 2006). Au terme d'une évaluation, la capacité de travail comme démonstratrice a été fixée à 50% en tenant compte des déplacements et du temps de démonstration. La capacité de travail était également de 50% dans une autre activité adaptée, taux qui pourrait peut-être passer à 70% ultérieurement (rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 22 janvier 2007) ; ce taux de 50% a été confirmé dès le 1<sup>er</sup> juillet 2006 par le Service médical régional (SMR) de l'OAI (rapport du 9 août 2007). Le SMR avait notamment relevé que le bilan neuropsychologique indiquait que le syndrome dysexécutif était marqué, tout en soulignant les difficultés organisationnelles dans la gestion simultanée de plusieurs tâches. L'assurée présentait également des troubles du comportement (persévérations, troubles discursifs).

Le 20 janvier 2006, X\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI).

Dans un rapport du 28 janvier 2008, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il fallait renoncer à augmenter le taux de capacité de travail à plus de 50%, l'activité habituelle (moyennant aménagements) étant la mieux adaptée.

Par décision du 21 avril 2009, l'OAI a accordé à X\_\_\_\_\_ une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2005 au 30 septembre 2006 et une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2006.

Le 9 avril 2010, l'OAI a reçu un formulaire de détection précoce mentionnant que, depuis le 17 février 2009, X\_\_\_\_\_ avait été mise en incapacité totale de travail en raison de hernies discales ; une IRM du 19 février 2009 avait montré une hernie paramédiane et latérale droite en L4-L5 en conflit avec la racine L5 droite à son émergence du sac dural et une hernie en L5-S1 médiane et paramédiane gauche au contact du sac dural mais sans conflit radiculaire objectivé.

**B.** Le 3 mai 2010, X\_\_\_\_\_ a déposé une demande de révision de sa rente en se fondant sur un rapport médical de la Dresse D\_\_\_\_\_, médecin traitant, du 26 avril 2010.

Un mandat de l'OAI au SMR du 27 octobre 2010 indique qu'une expertise médicale a été rendue par le Bureau romand d'expertises médicales (BREM), à E\_\_\_\_\_, en date du 15 février 2010. Ont été retenus les diagnostics de status après grave traumatisme crânien, anxiété généralisée, status après fracture gauche avec capsulose secondaire de l'épaule, surdité de transmission D avec acouphènes

subjectifs H 90.2 post-traumatique, status après fractures des apophyses D8 et D9, status après splénectomie pour rupture de la rate compliquée d'hémorragie artérielle, status après craniotomie ostéoplastique temporales D pour évacuation de l'hématome épidual, status après révision du sinus sphénoïdal, lombopyalgies D sur troubles statiques rachidiens et discopathies lombaires évoluées en L4-L5 et L5-S1 avec olisthesis L5-S1 (cf. également le rapport radiologique du CIV du 30 octobre 2009). Les rachialgies, sans lien de causalité avec l'accident, survenaient sur des troubles statiques, dégénératifs significatifs qui constituaient un état antérieur asymptomatique avant l'accident. Au plan psychique, le tableau clinique était celui d'un trouble anxieux de type anxiété généralisée (F 41.1), caractérisé par des ruminations soucieuses récurrentes et prolongées. Ce trouble entraînait une fatigue chronique et de discrets troubles cognitifs. Une certaine fragilité psychologique antérieure à l'accident a été notée, se traduisant notamment par une personnalité ayant un grand besoin de contrôle, besoin mis à mal par les séquelles de l'accident de 2004. Le tableau clinique n'était pas de type dépressif. L'anxiété généralisée était considérée comme minime à légère et ne justifiait pas de traitement spécialisé. L'ancien travail n'avait plus été jugé exigible ; un travail simple adapté pouvait être accompli à 40%. L'atteinte cognitivo-comportementale justifiait une incapacité médico-théorique de 50% au moins dans une activité adaptée ; ce taux était majoré de 10% par le cumul du trouble anxieux et du trouble psycho-organique. Le travail adapté devait être plus simple, sans déplacements de longue durée en voiture, sans exposition aux bruits, à des vibrations, ne pas nécessiter des mouvements en hauteur avec le membre supérieur gauche, une audition fine, une attention soutenue et devait être sans facteur de stress.

Dans un avis du 9 novembre 2010, le SMR a maintenu une capacité de travail exigible de 50% ; il était notamment d'avis que les troubles rachidiens ne constituaient pas une aggravation de l'état de santé susceptible de réduire la capacité de travail sur une longue durée ; ils induisaient toutefois des limitations supplémentaires contre-indiquant le port de charges supérieures à 5 kilos de façon répétitive, les travaux lourds et imposaient une alternance des positions.

Dans un rapport du 20 novembre 2010, la Dresse D\_\_\_\_\_, a indiqué que sa patiente présentait des troubles de mémoire, un état dépressif réactionnel à la situation, des douleurs lombaires récidivantes. La praticienne rapportait des douleurs dorsolombaires, de la fatigue, des troubles mnésiques et cognitifs ; sa patiente n'arrivait plus à supporter les événements stressants. Elle notait une péjoration progressive. Dans un courrier joint du Dr F\_\_\_\_\_ (médecine manuelle), il était relevé que la dysfonction lombo-sacrée avait répondu favorablement après six séances de traitement ; ces troubles étaient susceptibles de récidiver et pourraient répondre au même traitement.

Dans un avis du 14 décembre 2010, le SMR a admis que l'incapacité de travail était de 60% depuis le 5 novembre 2009 (date de l'examen au BREM) ; il a notamment relevé que les troubles anxieux justifiaient une majoration de 10% du taux d'incapacité de travail (cf. également le mail du Dr G\_\_\_\_\_ du 23 juin 2011).

Par décision du 13 octobre 2011, la demi-rente AI de X\_\_\_\_\_ a été augmentée à un trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2010.

**C.** Le 1<sup>er</sup> octobre 2012, l'assurée a adressé à l'OAI une nouvelle demande de révision.

Un entretien a été aménagé auprès de l'OAI en date du 6 décembre 2012 ; l'assurée a alors expliqué qu'elle avait donné son congé en 2009 et avait été déclaré inapte par l'assurance-chômage. Elle avait ensuite débuté une formation dans le domaine du massage, démarche qu'elle avait abandonnée.

Par courrier du 17 décembre 2012, elle a été invitée à transmettre à l'OAI un rapport médical détaillé rendant plausible une éventuelle aggravation de son état de santé.

L'OAI a reçu un rapport médical du 16 janvier 2013 du Dr H\_\_\_\_\_, nouveau médecin traitant de l'assurée. Le praticien a relevé avoir été consulté la première fois le 16 mars 2011 pour des douleurs abdominales que l'intéressée mettait sur le compte d'un état anxieux et dépressif consécutif aux séquelles psychiques de son grave accident de voiture du 13 septembre 2003. En sus des anciens diagnostics, ce praticien a mentionné une colite collagène (perte pondérale et douleurs abdominales depuis décembre 2010), une baisse de l'acuité auditive à gauche (discrète), un status après méatoplastie et tympanoplastie II droite le 14 mai 2012, lombosciatalgies gauches en janvier 2012, gonalgies avec épanchement, œdème du condyle fémoral externe sur zone d'ostéonécrose et chondropathie fémoro-patellaire de grade IV, un état dépressif depuis janvier 2011 et une aggravation de déficits exécutifs et comportementaux et troubles mnésiques. Sur le plan psychique, sa patiente présentait les symptômes d'un état anxieux et dépressif avec diminution de l'élan vital, sentiment de découragement, tristesse, trouble de la concentration, troubles mnésiques et périodes d'insomnies. Cette symptomatologie se surajoutait à l'état neuropsychologique connu de l'AI, soit une atteinte mnésique dysexécutive associée à un certain degré d'anosognosie, des difficultés de programmation, d'anticipation, de gestion du temps, une diminution de ses ressources attentionnelles ainsi qu'une mauvaise faculté d'évaluation de sa propre capacité à exécuter les tâches. Le Dr H\_\_\_\_\_ estimait qu'il y avait eu une aggravation des troubles neuropsychologiques séquellaires qui s'étaient décompensés face aux échecs rencontrés dans les tentatives infructueuses de retrouver une activité professionnelle. Divers rapports médicaux ainsi qu'un dossier radiologique ont été joints.

Dans un rapport du 7 juin 2013, le SMR a retenu que l'avis du Dr H\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément médical objectif nouveau. La colite avait été stabilisée sous traitement, les lombosciatalgies gauches récidivantes étaient déjà connues et la nouvelle exacerbation en janvier 2012, avec évolution favorable, ne changeait pas ses conclusions. Sur le plan psychique, un état anxieux et dépressif et les troubles neuropsychologiques avaient déjà été relevés par le passé et le Dr H\_\_\_\_\_ n'avait pas donné d'arguments montrant une aggravation. Aucune incapacité de travail n'avait été attestée en relation avec l'atteinte au genou gauche. Le statut ORL n'avait pas changé par rapport à la situation antérieure et aucune incapacité de travail durable

y relative n'avait été attestée. L'OAI a annoncé qu'il allait refuser de réviser le droit à la rente de son assurée (projet de décision du 17 juin 2013).

Cette dernière a fait valoir ses observations par courrier du 15 juillet 2013 ; elle a joint un courrier du Dr H\_\_\_\_\_ du 8 juillet précédent. Le praticien admettait que les éléments médicaux nouveaux (colite, lombosciatalgies et gonalgies) avaient évolué favorablement et n'avaient pas entraîné d'incapacité de travail de longue durée. Par contre, il confirmait une péjoration de l'état psychique, sous forme d'un état anxio-dépressif manifeste depuis janvier 2011, ainsi qu'une nette aggravation des déficits exécutifs et comportementaux et des troubles mnésiques décompensés face aux échecs professionnels. Le Dr H\_\_\_\_\_ requérait l'aménagement d'une nouvelle expertise neuropsychologique et psychiatrique.

Le SMR a maintenu son point de vue dans un avis du 10 septembre 2013. Il a notamment relevé qu'un état anxieux et dépressif avait déjà été relevé lors de l'expertise du BREM du 15 février 2010 ; aucun élément attestant une aggravation n'avait été fourni.

Par décision du 13 septembre 2013, l'OAI a maintenu la rente d'invalidité de son assurée, sans modification du droit.

**D.** X\_\_\_\_\_, représentée par Me A\_\_\_\_\_, a interjeté recours céans par écriture du 18 octobre 2013. En substance, elle a reproché à l'OAI de ne pas avoir admis l'aggravation de son état de santé pourtant étayée par les avis médicaux du Dr H\_\_\_\_\_ ; elle a notamment souligné que le SMR avait écarté sans motivation suffisante l'avis de son médecin traitant et a ajouté qu'une expertise médicale aurait dû être mise en œuvre. La recourante a conclu à l'annulation de la décision entreprise, à l'aménagement d'une expertise psychiatrique et neuropsychologie et à sa mise au bénéfice d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour aménagement d'une expertise, le tout sous suite de frais et dépens.

Le 17 décembre 2013, I\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle renonçait à se déterminer sur le recours de X\_\_\_\_\_.

L'intimé a conclu au rejet du recours par détermination du 17 décembre 2013. Il a souligné la valeur probante des avis de son SMR. L'OAI a par ailleurs relevé que l'état de santé lors de la demande de révision devait être comparé avec celui qui prévalait lors de la décision d'augmentation de la rente du 13 octobre 2011.

Répliquant le 27 janvier 2014, la recourante a exposé que le rapport du SMR était insuffisamment motivé et ne se fondait pas sur des renseignements et examens complets ; une instruction médicale complémentaire, sous forme d'expertise psychiatrique et neuropsychologique, était à tout le moins nécessaire. Elle a par ailleurs conclu à l'allocation d'une rente AI à 100% dès le 11 octobre 2011.

L'intimé a maintenu ses conclusions par duplique du 11 février 2014. L'échange d'écritures a dès lors été clos.

## Considérant en droit

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

Formé le 18 octobre 2013, le présent recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA; art. 81bis 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.

2.1 L'office AI étant entré en matière sur la demande de révision du 1<sup>er</sup> octobre 2012, il y a lieu d'examiner l'affaire au fond. Le litige a ainsi pour objet le point de savoir si l'invalidité de la recourante s'est modifiée de manière à influencer son droit à la rente entre le 13 octobre 2011, date de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente, et le moment où a été rendue la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 p. 110 s.).

2.2 En vertu de l'article 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. 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 130 V 343 consid. 3.5 p. 349, 113 V 273 consid. 1a p. 275). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372; 387 consid. 1b p. 390). 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).

Afin de pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 p. 261).

Pour qu'un rapport médical soit probant, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la

description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 p. 232; 133 V 450 consid. 11.1.3 p. 469; 125 V 351 consid. 3a p. 352).

**2.2.1** Pour rendre sa décision du 13 octobre 2011, l'intimé s'était notamment fondé sur l'expertise du BREM du 15 février 2010. Les praticiens avaient alors relevé, au plan psychique, que le tableau clinique était celui d'un trouble anxieux de type anxiété généralisée. Ce trouble entraînait une fatigue chronique et de discrets troubles cognitifs. Le tableau clinique n'était alors pas de type dépressif. L'anxiété généralisée était considérée comme minime à légère et ne justifiait pas de traitement spécialisé. L'ancien travail n'avait plus été jugé exigible ; un travail simple adapté pouvait être accompli à 40%. L'atteinte cognitivo-comportementale justifiait une incapacité médico-théorique de 50% au moins dans une activité adaptée ; ce taux était majoré de 10% par le cumul du trouble anxieux et du trouble psycho-organique. Le travail adapté devait être plus simple, sans déplacements de longue durée en voiture, sans exposition aux bruits, à des vibrations, ne pas nécessiter des mouvements en hauteur avec le membre supérieur gauche, une audition fine, une attention soutenue et devait être sans facteur de stress.

Avant de prendre sa décision, l'OAI avait également pris connaissance de l'avis de la Dresse D\_\_\_\_\_ du 20 novembre 2010, laquelle avait rapporté que sa patiente présentait des troubles de mémoire, un état dépressif réactionnel à la situation et des douleurs lombaires récidivantes. Elle se plaignait de douleurs dorsolombaires, de la fatigue, des troubles mnésiques et cognitifs et n'arrivait plus à supporter les événements stressants. La praticienne avait noté une péjoration progressive.

A l'aune de ces éléments, le SMR avait finalement admis un taux d'incapacité de travail de 60% ; il avait estimé que les troubles anxieux justifiaient une majoration de 10% du taux d'incapacité de travail de 50% antérieurement admis en raison du syndrome dysexécutif, une sensation de fatigue et de troubles du comportement (persévérations, troubles discursifs).

La décision du 13 octobre 2011 n'avait pas été contestée ; en particulier, elle n'avait nullement été critiquée en raison d'une péjoration de l'état de santé qui serait survenue dès janvier 2011, notamment en raison de l'état dépressif initialement relevé par la Dresse D\_\_\_\_\_, étant souligné que l'assurée était déjà suivie par le Dr H\_\_\_\_\_ en octobre 2011 (médecin traitant depuis mars 2011). Or, il est rappelé qu'une demande de révision ne saurait pallier l'absence d'un recours diligenté en temps voulu.

Il sied dès lors d'examiner si, à l'aune des avis médicaux versés au dossier, il appert que l'état de fait, en particulier l'état de santé de la recourante, s'est modifié depuis le 13 octobre 2011.

**2.2.2** La recourante estime qu'une expertise psychiatrique et neuropsychologique aurait dû être mise en œuvre et une rente entière d'invalidité lui être allouée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme sur le principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 § 1 CEDH, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 p. 468). Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 p. 471).

**2.2.3** La recourante se prévaut de l'avis du Dr H\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 16 janvier 2013, ce praticien a fait mention d'une colite collagène, d'une baisse de l'acuité auditive, d'un status après méatoplastie et tympanoplastie II droite, de lombosciatalgies en janvier 2012 et de gonalgies avec épanchement. Il a également retenu un état dépressif depuis janvier 2011 et une aggravation des déficits exécutifs et comportementaux et des troubles mnésiques ; les troubles neuro-psychologiques séquellaires s'étaient décompensés face aux échecs professionnels.

Le 7 juin 2013, le SMR a relevé que la colite avait été stabilisée, que les lombosciatalgies ainsi que l'état anxieux et dépressif et les troubles neuropsychologiques étaient déjà connus. Aucune incapacité de travail n'avait été attestée en relation avec l'atteinte au genou ou le statut ORL.

Dans son nouveau rapport du 15 juillet 2013, le Dr H\_\_\_\_\_ a admis que la colite, les lombosciatalgies et les gonalgies avaient évolué favorablement et n'avaient pas entraîné d'incapacité de travail de longue durée ; par contre, il estimait qu'il fallait tenir compte de l'aggravation de l'état de santé psychique sous forme d'état anxio-dépressif manifeste depuis janvier 2011, ainsi qu'une nette aggravation des déficits exécutifs et comportementaux et des troubles mnésiques décompensés face aux échecs professionnels.

S'agissant de l'aggravation de l'état anxio-dépressif alléguée depuis janvier 2011, le Tribunal constate qu'il s'agirait d'une aggravation antérieure à la décision 13 octobre 2011, soit d'un élément dont la recourante aurait dû se prévaloir dans le cadre d'une contestation de l'état de fait retenu en octobre 2011 et non d'un motif de révision. Par ailleurs, comme notés par le SMR, l'état anxieux et dépressif ainsi que les troubles neuropsychologiques, relevés notamment par le BREM (incapacité de travail de 50% majorée de 0% en raison du cumul du trouble anxieux et du trouble psycho-organique) et par la Dresse D\_\_\_\_\_ (état dépressif) avaient déjà été pris en compte dans l'évaluation d'octobre 2011. Une fatigabilité ainsi que des troubles exécutifs et mnésiques avaient déjà été retenus dans le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 19 juin 2006 ; le bilan neuropsychologique du 8 juin 2006 avait montré un dysfonctionnement exécutif marqué avec difficulté d'organisation, déficit de gestion de tâches multiples, persévérations et troubles discursifs chez une patiente anosognosique (cf. également

le rapport du SMR du 9 août 2007). Partant, la survenance de troubles mnésiques, degré d'anosognosie, difficultés de programmation, d'anticipation, de gestion du temps, diminution des ressources attentionnelles et mauvaise capacité d'évaluation de sa propre capacité à effectuer les tâches, qui sont des aspects des troubles exécutifs et mnésiques déjà pris en considération par le passé, retenus comme indices d'aggravation par le Dr H\_\_\_\_\_, ne constituent pas des faits nouveaux.

Pour le surplus, le Dr H\_\_\_\_\_ n'a pas fourni d'éléments permettant de mettre en doute l'appréciation du SMR, notamment de retenir que ces atteintes se seraient objectivement péjorées depuis octobre 2011 (objectivation de nouveaux symptômes, adaptation de la médication, augmentation de la fréquence des consultations et des traitements mis en œuvre,...), étant rappelé qu'une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA.

Pour le surplus, le Tribunal constate que le rapport du SMR répond aux réquisits posés par la jurisprudence en matière de valeur probante des actes médicaux. Le SMR s'est prononcé en connaissance du dossier, notamment des pièces médicales et en considération des plaintes de l'assurée. Les diagnostics sont clairs et dûment motivés et le SMR a notamment exposé les motifs pour lesquels il s'écarterait des conclusions du médecin traitant ; il a notamment relevé que, sur le plan psychique, un état anxieux et dépressif associé à des troubles neuropsychologiques était déjà connu. Le Dr H\_\_\_\_\_ parlait de leur aggravation sans donner de vrais arguments et sans aucun rapport psychiatrique ou neuropsychologique attestant ses déclarations.

Il appert ainsi que l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail a été correctement évaluée par l'intimé. Il n'est ainsi pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise, étant rappelé que les actes médicaux ne doivent pas être complétés pour la simple raison qu'il se pourrait, éventuellement, qu'un examen complémentaire aboutisse à une appréciation différente, à moins qu'ils ne présentent des lacunes ou qu'ils soient contestés sur des points précis (ATF 110 V 53 consid. 4a; 104 V 210 consid. a; 115 la 101 consid. 5b; VSI 1997, 125 consid. 2c in fine), ce qui n'est pas le cas en l'occurrence.

Au vu de ces éléments, on ne saurait faire grief à l'intimé d'avoir refusé de réviser le droit à la rente de l'assurée.

**3.** Infondé, le recours est rejeté. Eu égard à l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario). Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. en fonction de la difficulté de la présente procédure (art. 69 al. 1bis LAI), sont mis à charge de la recourante et compensés avec son avance.

**Prononce**

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

Sion, le 29 avril 2014