

S1 23 187

ARRÊT DU 13 MARS 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

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(art. 17 LPGA ; révision et refus d'augmentation d'une rente d'invalidité)

Faits

A. X _____, d'origine A _____, née le 2 juin 1989, a souffert vers l'âge de deux ans d'une poliomyélite, qui a laissé des séquelles importantes au niveau du membre inférieur gauche, sous forme de triple flexum hanche-genou-cheville (cf. rapport médical du Dr B _____, neuropédiatre, du 24 janvier 1998 ; pièce 7, p. 33).

B. Le 10 décembre 1997, ses parents adoptifs ont déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI) afin d'obtenir des moyens auxiliaires et une aide pour impotence (pièce 4, p. 22). Des mesures médicales ont été octroyées (pièce 10), ainsi qu'une orthèse fémorale (pièces 15 et 47), une contribution aux frais de soins spéciaux pour mineurs impotents (pièces 17, 43 et 53), des cannes-béquilles (pièce 21), un fauteuil roulant en prêt (pièce 23).

Le 7 juillet 2005, l'assurée a déposé une demande (pièce 70, p. 137) afin de pouvoir bénéficier d'un soutien dans son orientation professionnelle, ce qui lui a été accordé par décision du 3 octobre 2005 (pièce 78). En août 2006, elle a commencé un apprentissage d'employée de commerce auprès du C _____, à D _____ (pièces 93 et 102). Les frais supplémentaires au niveau des trajets ont été pris en charge par l'OAI (pièce 101). En août 2008, elle a changé d'employeur et a effectué sa dernière année d'apprentissage auprès du E _____, à F _____ (pièces 207, 209 et 235). Dès le 1^{er} septembre 2009, elle a été engagée en qualité de collaboratrice temporaire auprès du G _____ à H _____, pour un salaire de 3400 fr. par mois (pièce 233).

Par décisions du 10 novembre 2009, l'OAI a constaté la réussite de la formation professionnelle initiale, au terme de laquelle l'assurée était apte à œuvrer dans la profession apprise à plein temps, avec un rendement normal (pièce 249, p. 540), et a refusé à l'intéressée tout droit à une rente d'invalidité (pièce 248, p. 536). En revanche, il lui a octroyé un soutien dans ses recherches d'emploi (pièce 243, p. 527). Grâce à celui-ci, l'assurée a pu effectuer un stage auprès du I _____, à D _____ (pièces 264, 272), puis être engagée à 100% dès le 1^{er} mars 2010 pour un salaire mensuel de 3800 fr, sous couvert d'une allocation d'initiation au travail à 50% durant six mois (pièces 291 et 293), puis définitivement dès le 30 août 2010 (pièce 336) jusqu'au 31 octobre 2011 (pièce 363).

C. Le 12 août 2011, l'assurée a signalé à l'OAI qu'elle était à la recherche d'un nouvel emploi, mais qu'elle rencontrait des difficultés à assumer une activité à 100% (pièce 362, p. 747). Dans un rapport du 12 août 2011, le Dr B _____ a estimé qu'une activité

réduite se justifiait en raison des douleurs au niveau des épaules, de la nuque et du dos (pièce 365). Le 5 novembre 2011, il a demandé une réévaluation des postes de travail (pièce 376).

Mandaté, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a constaté, le 29 novembre 2011, que l'activité antérieure auprès du I _____ n'était pas adaptée puisqu'elle impliquait des montées et descentes d'escaliers ainsi que le port de charges, mais que les douleurs, qui était un élément subjectif, ne rendaient pas une aggravation plausible dans une activité adaptée d'employée de commerce (pièce 364).

Invitée à rendre plausible une modification de son degré d'invalidité (pièce 386), l'assurée n'a pas déposé de nouveaux rapports médicaux, de sorte que l'OAI a rendu un projet de décision (pièce 393), puis une décision le 20 mars 2012 (pièce 397), par laquelle il a refusé d'entrer en matière sur la demande de réexamen.

Par décision du 3 juillet 2012 (pièce 415, p. 909), l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une contribution d'assistance pour une aide au ménage. Le 20 septembre 2012, il lui a octroyé une allocation pour impotent de degré faible et une contribution d'assistance (pièce 425, p. 927).

D. Le 10 juillet 2014, l'assurée a rempli une nouvelle demande de prestations AI en raison de la réactivation des douleurs au membre inférieur gauche à la suite de l'accouchement de sa fille, le 7 novembre 2013. Ces douleurs l'empêchaient depuis le 13 février 2014 de travailler à plus de 50% dans l'activité de collaboratrice au service clientèle de J _____, commencée le 1^{er} mai 2012 pour un salaire de 4280 fr. par mois (pièce 474, p. 1109 ; pièce 479, p. 1121 ; pièce 491, p. 1321).

Selon l'expertise réalisée le 16 mai 2014 par le Dr K _____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et réhabilitation, à la demande de l'assureur perte de gain maladie L _____ SA, l'assurée souffrait d'un syndrome rachidien diffus, sans atteinte segmentaire précise, qui demandait toutefois des investigations complémentaires pour écarter une spondylo-arthropathie axiale (pièce 479, p. 1125 ss). Selon le spécialiste, la capacité de travail était de 50% en attendant de pouvoir confirmer ou écarter une atteinte rhumatismale, mais serait entière à partir de la fin juin 2014 en cas d'absence d'atteinte objective, dans la mesure où l'activité de secrétaire était peu pénible, sans port de charges et bien adaptée aux problèmes rachidiens.

Mandaté, le SMR a partagé l'avis de l'expert et a admis la plausibilité d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée (pièce 482).

Dans un rapport du 11 octobre 2014, le Dr M _____, médecin généraliste, a attesté une incapacité de travail de 50% depuis le 1^{er} avril 2014 en raison d'une réactivation des séquelles au membre inférieur gauche après l'accouchement et a indiqué qu'une nouvelle orthèse incluant la hanche devait être confectionnée (pièce 496, p. 1346). Il a remis le rapport de l'examen neurologique réalisé le 15 septembre 2014 par le Dr N _____ à la O _____, qui avait mis en évidence une sévère parésie du quadriceps, de la musculature fessière et des abducteurs gauches, ainsi qu'un important Trendelenburg gauche lors de la phase d'appui, pour lequel le neurologue proposait de recourir à un corset pour soutenir la fesse et le dos et éviter l'importante bascule (pièces 501, p. 1362 ss).

Le 15 janvier 2015, l'OAI a procédé à une enquête pour ménagères et mixtes (pièce 506, p. 1382). A cette occasion, l'assurée a expliqué qu'elle était enceinte de son deuxième enfant dont le terme était prévu pour le 24 juillet 2015, ce qui rendait impossible le port d'un corset de soutien. Elle s'est plainte de douleurs dorsales tenaces la limitant dans les déplacements et le port de charges. Elle a signalé qu'elle avait démissionné pour la fin avril 2015, dès lors que son employeur avait refusé sa demande de reprendre uniquement à 50% au terme du congé maternité. Cependant, elle a affirmé qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100% malgré ses deux enfants, pour lesquels elle avait des solutions de garde.

Dans un rapport du 10 février 2015 (pièce 509, p. 1396), le Dr N _____ a attesté une incapacité de travail de 50% dans un poste adapté sans long déplacement, sans port de charges lourdes et avec position de travail alternée, tout en précisant que l'utilisation d'une canne dans la main droite permettrait certainement de limiter les douleurs lombaires.

Interpellé, le SMR a retenu les diagnostics de séquelles de poliomyélite du membre inférieur gauche et de lombo-sciatalgies (pièce 520, p. 1428). Il a noté que ces dernières avaient été entraînées par l'importante instabilité du bassin qui n'avait pas pu être améliorée par la nouvelle orthèse. Il a rejoint l'avis du Dr N _____ et a admis une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée, sans travaux lourds, en position alternée, avec port de charges limitées à 10 kg et avec marche à plat sur de courtes distances, telle que l'activité d'employée de commerce qui était exigible et adaptée.

Par projet de décision du 9 avril 2015 (pièce 518, p. 1419), l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui octroyer une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2015, une capacité de travail restreinte lui étant reconnue depuis le 13 février 2014 dans son activité habituelle

adaptée. Dans un projet séparé du même jour, il a indiqué qu'il comptait lui refuser tout droit à des mesures d'ordre professionnel (pièce 519, p. 1423).

En l'absence d'objections de l'intéressée, l'OAI a rendu une décision de refus de reclassement et d'aide au placement le 26 mai 2015 (pièce 524, p. 1439) et une décision d'octroi dès le 1^{er} février 2015 d'une demi-rente d'invalidité, le 1^{er} juillet 2015 (pièce 527, p. 1448).

E. A la suite de l'enquête pour impotence du 11 septembre 2015 (pièce 537, p. 1529), l'OAI a maintenu le droit à la contribution d'assistance (pièces 538 et 541 p. 1542) et le droit à l'allocation pour impotent de degré faible (pièces 539, p. 1538).

En février 2017, l'assurée a sollicité l'aide de l'OAI pour retrouver un emploi, ayant épuisé son droit aux indemnités chômage en avril 2016 (pièce 568, p. 1611). Lors de l'entretien du 16 mars 2017, une aide a été mise en place (pièce 575, p. 1631) et de nombreuses recherches ont été effectuées sans succès (pièce 622, p. 1801). Un placement à l'essai a finalement été trouvé auprès de P _____ à D _____ du 4 septembre 2018 au 28 février 2019 (cf. communication du 26 juillet 2018, pièce 639, p. 1833). Contactée en cours de stage, l'assurée a déclaré que tout se passait bien mais a demandé l'octroi d'une chaise ergonomique (pièce 653, p. 1871 ; pièce 662, p. 1894 et pièce 665, p. 1900). Le 7 décembre 2018, elle a signalé que le taux de 50% était trop élevé pour elle et qu'elle réduirait son taux à 40% dès janvier 2019 et déposerait une demande de révision de sa rente (pièce 668, p. 1906).

F. Le 19 décembre 2018, l'OAI a reçu un rapport du Dr M _____, qui attestait une aggravation des douleurs lombaires depuis le stage à P _____ et estimait la capacité de travail entre 20 et 30% (pièce 669, p. 1907).

Dans un rapport du 27 décembre 2018, le Dr Q _____ du Service d'orthopédie et traumatologie du R _____ a indiqué qu'une demande de renouvellement de l'orthèse était en attente et qu'un nouvel appareil cruro-pédieux avec verrous, plus long, était vivement attendu. Il a noté que la patiente trouvait son 50%, effectué sur deux jours complets, un peu lourd. Il n'a pas relevé de douleurs particulières au niveau du rachis, des épaules et des membres supérieurs, ni de problèmes trophiques ou cutanés liés à l'appareil (pièce 672, p. 1915).

Le 9 janvier 2019, l'assurée a demandé formellement le réexamen de son cas (pièce 677) et a rempli le questionnaire pour la révision de la rente, dans lequel elle a déclaré

que les douleurs augmentaient au quotidien au niveau du dos, du bassin, de la cuisse, de la hanche, du genou et de la cheville (pièce 680, p. 1930).

Interpellé par l'OAI, le Dr N _____ a rendu un rapport le 28 janvier 2019, dans lequel il a indiqué qu'il avait vu l'assurée pour la dernière fois le 4 juillet 2018 et qu'à ce moment-là, la patiente était satisfaite de l'orthèse et avait moins de douleurs à la marche (pièce 684, p. 1938). De son point de vue, l'assurée pouvait exercer une activité sans long déplacement, avec alternance régulière des positions et un soutien en position assise.

Pour sa part, dans son rapport du 8 février 2019, le Dr M _____ a attesté une capacité de travail de 30% au plus dans l'activité exercée à P _____ et a indiqué qu'un taux de 30%, réparti en plusieurs jours, serait souhaitable pour ne pas aggraver les douleurs au dos, à la cheville et au genou gauches (pièce 688, p. 1963).

Mandaté, le SMR a remarqué, le 18 février 2019, que lors de la consultation de novembre 2018, le Dr Q _____ n'avait pas observé de lombalgies, de douleurs au niveau des épaules et membres supérieurs et que le médecin traitant n'attestait une capacité de travail de 30% que pour éviter la survenance des douleurs, de sorte qu'il n'y avait pas d'élément médical objectif attestant une aggravation significative de l'état de santé de l'assurée, qui restait compatible avec l'exercice à 50% d'une activité d'employée de commerce (pièce 690, p. 1974).

Ceci étant, par projet de décision du 1^{er} mars 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait ne pas augmenter sa rente d'invalidité (pièce 692).

Par courrier du 28 mars 2019, l'intéressée s'est opposée à ce refus en répétant que son état physique se dégradait selon les Drs M _____ et Q _____ (pièce 698, p. 1991).

Par décision du 12 avril 2019, l'OAI a refusé d'augmenter la demi-rente d'invalidité versée à l'assurée (pièce 701, p. 1998).

Celle-ci a accouché de son troisième enfant le 31 décembre 2020 (pièce 751, p. 2222).

G. Lors de la consultation du 10 janvier 2023, le Dr Q _____ a constaté que l'orthèse de sa patiente nécessitait une révision et nouvelle adaptation du pied, voire un remplacement total. Il a indiqué que la patiente avait fait de la rééducation qui l'avait bien aidée, qu'elle avait repris une activité à temps partiel et qu'elle n'avait pas de douleurs au niveau des hanches (pièce 802, p. 2445).

Dans le questionnaire pour la révision de la rente de janvier 2023, l'assurée a indiqué qu'elle avait plus régulièrement des douleurs au bassin et des pertes d'équilibre en raison du lâchage du genou (pièce 807). Elle a mentionné la reprise d'une activité à 20% auprès de S _____ Sàrl, société active dans l'événementiel (à savoir un poste d'animatrice pour enfants le mercredi après-midi de 12h30 à 17h30 chez T _____ à U _____ ; cf. enquête pour impotent, pièce 839, p. 2524).

Sollicité par l'OAI, le Dr Q _____ a revu l'assurée le 27 juin 2023. Dans son rapport du 11 juillet suivant (pièce 834, p. 2509), il a attesté une capacité de travail de l'ordre de 20% dans le cadre d'animations pour enfants, tout en ajoutant qu'elle ne dépasserait pas les 30% en raison des difficultés de déplacement. De son point de vue, le potentiel de réadaptation était faible en raison de l'atteinte orthopédique et de la formation.

Prenant position le 3 août 2023, le SMR a constaté que le chirurgien orthopédiste mentionnait toujours les mêmes troubles, à savoir les séquelles de la poliomyélite, sans nouvelle atteinte objective, et que même s'il attestait une capacité de travail de 20-30%, il ne signalait aucune aggravation des troubles séquellaires, de sorte que la capacité de travail médico-théorique de 50% dans une activité adaptée restait exigible (pièce 838, p. 2522).

Par communication du 3 août 2023 (pièce 837, p. 2518), l'OAI a informé l'assurée qu'il n'avait constaté aucun changement du degré d'invalidité et maintenait le droit à la demi-rente.

Le 16 août 2023, l'assurée a appelé l'OAI pour signaler qu'elle n'était pas d'accord avec la communication et souhaitait une augmentation de sa rente (pièce 842, p. 2537). Par courrier du 28 août 2023, elle a demandé à l'OAI de lui faire parvenir une décision formelle (pièce 844).

L'OAI a dès lors rendu un projet de décision le 1^{er} septembre 2023, par lequel il informait l'assurée qu'il entendait refuser tout droit à une rente supérieure à celle admise depuis le 1^{er} février 2015 (pièce 846, p. 2572).

Le 14 septembre 2023, l'assurée a contacté l'OAI pour contester le projet de décision. Selon le procès-verbal de cet appel téléphonique, il lui aurait été expliqué qu'elle pouvait le faire par écrit ou en personne en se présentant au guichet avec les éléments médicaux justifiant une aggravation de son état de santé, que l'intéressée aurait pris note de ces explications et qu'elle aurait indiqué qu'un courrier serait transmis prochainement (pièce 851, p. 2601).

Par courriel du 9 octobre 2023, l'assurée a demandé à l'OAI de lui envoyer la décision définitive munie des voies de droit, dès lors qu'une entrevue pour faire valoir ses objections contre le projet lui avait été refusée (pièce 854, p. 2611).

Le 11 octobre 2023, l'OAI a rendu sa décision de refus d'augmentation de la rente d'invalidité, maintenue à une demi-rente (pièce 855).

H. Le 13 novembre 2023, l'assurée a recouru céans contre ce prononcé en invoquant une violation de son droit d'être entendue durant la procédure de préavis et en contestant sur le fond le refus d'augmentation de sa rente dans la mesure où elle souffrait de douleurs même en position assise et que son orthèse provoquait irritations et cloques sur la jambe gauche.

Répondant le 5 décembre 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision, en rappelant que lors de l'entretien téléphonique du 14 septembre 2023, l'assurée avait reçu toutes les explications utiles sur les possibilités de faire valoir ses objections. Sur le fond, il a relevé que le SMR s'était prononcé sur les rapports du Dr Q _____ et avait constaté qu'ils n'apportaient pas de nouvel élément.

Le 17 janvier 2024, la recourante a soutenu qu'elle avait demandé à être entendue lors du téléphone du 14 septembre 2023 et qu'on lui avait expliqué qu'elle devait déposer un recours, raison pour laquelle elle avait demandé la décision définitive. Sur le fond, elle a contesté la valeur probante de l'avis du SMR qui ne l'avait pas suivi au fil des années contrairement au Dr Q _____.

Prenant position le 30 janvier 2024, l'intimé a estimé que les explications données par téléphone étaient claires et que le courriel du 9 octobre 2023 confirmait que l'assurée voulait attendre la décision pour recourir.

L'échange d'écritures a été clos le 1^{er} février 2024.

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 13 novembre 2023 (date du cachet postal), le présent recours à l'encontre de la décision du 11 octobre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et art. 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

2. Dans un grief d'ordre formel qu'il convient d'examiner en premier lieu (ATF 137 I 195 consid. 2.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1), la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue au stade de la procédure de préavis.

2.1 Selon l'article 57a alinéa 1 LAI, au moyen d'un préavis, l'office AI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée. L'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'article 42 LPGA. Cette procédure prévue à l'article 73^{ter} RAI concrétise les garanties de rang constitutionnel lors de la phase de l'instruction de la demande (ATF 124 V 180 consid. 1c). En vertu de l'article 73^{ter} RAI, les parties peuvent faire part à l'office AI de leurs observations sur le préavis dans un délai de 30 jours (al. 1) ; l'assuré peut communiquer ses observations à l'office AI par écrit ou oralement, lors d'un entretien personnel ; si l'audition a lieu oralement, l'administration établit un procès-verbal sommaire qui est signé par l'assuré (al. 2).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa). Il comprend le droit de s'exprimer, le droit de consulter le dossier, le droit de faire administrer des preuves et de participer à l'administration de celles-ci, le droit d'obtenir une décision motivée et le droit de se faire représenter ou assister. Une violation du droit d'être entendu est toutefois considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 138 I 97 consid. 4.16.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2).

2.2 En l'occurrence, la recourante affirme avoir sollicité un entretien personnel qui lui a été refusé (cf. recours du 13 novembre 2023 : « dans ce projet il était stipulé que j'avais le droit d'être entendue, mais ce droit m'a été refusé » et réplique du 17 janvier 2024 : « j'ai demandé, lors du contact téléphonique du 14 septembre 2023 avec M. V _____ à être entendue [...] et il m'a indiqué que je devais instruire un recours contre ce projet »).

A la lecture du dossier, il n'est pas possible de déterminer avec certitude quelles explications ont été données à la recourante lors de l'entretien téléphonique du 14 septembre 2023. La notice (p. 2601) mentionne que l'assurée a été invitée à faire valoir ses objections soit par écrit, soit en venant personnellement au guichet de l'OAI avec les pièces médicales attestant l'aggravation de son état de santé, comme l'indiquait d'ailleurs clairement le projet de décision. Or, l'assurée ne semble pas s'être rendue personnellement au guichet de l'OAI pour faire valoir ses objections par oral. Elle ne le prétend d'ailleurs pas dans ses écritures. Il sied dès lors de reconnaître qu'il y a eu un malentendu, de part et d'autre, puisque, dans son courriel du 9 octobre 2023 (p. 2611), l'assurée a relevé : « Selon votre courrier, il est indiqué que j'ai la possibilité d'apporter des objections à ce projet oralement lors d'une entrevue (possibilité qui m'a été refusée). Dès lors, j'attends la décision définitive munie des moyens de droit afin de pouvoir avancer dans ce dossier ».

Dans ces conditions et compte tenu du fait que la recourante a eu la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen, comme c'est le cas en l'espèce, il sied d'admettre que même si une violation était avérée, il conviendrait en tout état de cause de constater que ce vice a pu être réparé en procédure cantonale.

3. Sur le fond, le litige porte sur le refus de l'intimé d'augmenter la demi-rente d'invalidité allouée à la recourante depuis le 1^{er} février 2015, singulièrement sur le point de savoir si cette dernière a rendu plausible une aggravation durable de son état de santé depuis la décision de l'intimé du 1^{er} juillet 2015, confirmée après nouvelle instruction le 12 avril 2019.

3.1

3.1.1 Selon l'article 17 LPGA (dans sa teneur au 1^{er} janvier 2022), 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). C'est la dernière décision entrée en force qui repose 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 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente sur demande ou d'office (ATF 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). Il n'y a en revanche pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'article 17LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, 2011, n° 3065 p.833).

3.1.2 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 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^{er} 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). Le rapport du SMR (en corrélation avec l'art. 49 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à lui donner sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci.

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGa ; ATF 125 V 351 consid. 3a), les autorités appelées à statuer ont le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3 ; 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3). Si 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 135 V 465 consid. 4.5), il ne peut écarter son avis pour cette seule raison (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). En cas de divergence d'opinions entre les experts, respectivement le SMR, et les médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui

permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ATF 145 I 167 consid. 4.1). Ainsi, le juge ne saurait écarter les rapports du SMR, dont les conclusions peuvent être suivies, tant qu'il n'existe pas de doutes quant à la fiabilité et à la pertinence de leurs constatations médicales (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

3.2 En l'espèce, il s'agit de comparer la situation de la recourante entre la décision d'octroi d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juillet 2015, confirmée lors la dernière procédure de révision le 12 avril 2019, et la demande de révision de janvier 2023.

3.2.1 Lors de l'octroi de la demi-rente d'invalidité en 2015, la recourante souffrait de séquelles de la poliomyélite au niveau du membre inférieur gauche ; elle bénéficiait pour cela d'un appareillage (orthèse) qui entraînait une boiterie compensatoire avec attitude scoliotique au niveau du dos et qui avait induit au fil du temps des douleurs dorsales. Dans son expertise du 22 mai 2014, le Dr K _____ avait posé le diagnostic de syndrome rachidien diffus sans atteinte segmentaire précise (p. 1129).

Par la suite, les troubles rachidiens ont été confirmés par le Dr N _____ (p. 1396) et le SMR a retenu, dans son rapport final du 1^{er} avril 2015, le diagnostic de lombosciatalgies (p. 1428). Ces atteintes justifiaient une incapacité de travail de 50% dans l'activité d'employée de commerce qui était adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : position de travail alternée, pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de travaux lourds, marche limitée, uniquement à plat et sur de courtes distances, pas de rotation du tronc et pas de position en porte à faux.

A la fin de l'année 2018, durant son emploi à P _____, la recourante s'est plainte d'une aggravation des douleurs lombaires et au membre inférieur gauche (p. 1906 et 1907). L'intéressée a alors été adressée au Dr Q _____ qui a considéré que l'appareillage n'était pas optimal et a prescrit la confection d'une nouvelle orthèse cruro-pédieux avec verrous, plus longue. Lors de l'examen du 20 novembre 2018, il n'a pas constaté de douleurs au niveau du rachis, des épaules et des membres supérieurs (p. 1915). Selon le Dr N _____, grâce au nouvel appareil, il y avait moins d'appui et moins de douleurs à la marche ; dans une activité adaptée sans longs déplacements, en

position alternée et en position assise soutenue, l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail (p. 1939).

Même si le Dr M _____, médecin traitant, estimait que sa patiente ne devait pas travailler à plus de 30% pour ne pas aggraver les douleurs (p. 1961), le SMR a considéré - à juste titre - que les rapports médicaux ne mentionnaient pas de nouveaux éléments objectifs témoignant d'une modification significative de l'état de santé de l'assuré et que ce dernier restait compatible avec l'exercice à 50% d'une activité adaptée, telle que celle d'employée de commerce (p. 1973).

3.2.2 Lors de la révision de janvier 2023, le Dr Q _____ a remis le rapport de sa consultation du 10 janvier 2023, qui retenait le diagnostic de « séquelles de poliomyélite sévères prédominantes à l'hémicorps gauche, patiente équipée d'un long appareil à gauche » et mentionnait que la patiente allait mieux, qu'elle avait repris une activité professionnelle à temps partiel, qu'elle avait fait de la rééducation qui l'avait bien aidée, qu'elle n'avait pas de douleurs au niveau des hanches, mais que son appareil présentait des ruptures mécaniques fréquentes et un valgus trop important au niveau du pied, de sorte qu'il fallait le remplacer (p. 2445). Après le rendez-vous de contrôle du 27 juin 2023, il a rendu un rapport dans lequel il a attesté que la capacité de travail de sa patiente était de l'ordre de 20% dans le cadre de son emploi d'animatrice pour enfants et a estimé que dans un travail de validation, la capacité ne dépasserait pas 30% en raison des difficultés de déplacement (p. 2510).

Ces rapports ont été soumis au SMR qui a constaté, le 3 août 2023, que le chirurgien orthopédique signalait toujours les mêmes troubles au niveau du membre inférieur gauche, séquellaires à la poliomyélite, et qu'il n'avait pas mentionné de nouvelle atteinte à la santé (p. 2522). Le SMR a estimé que même si le Dr Q _____ attestait une capacité de travail de 20-30%, il n'y avait pas lieu de remettre en question la capacité de travail médico-théorique de 50% dans une activité adaptée aux limitations, en l'absence de toute aggravation objective de l'état de santé.

La Cour ne voit aucune raison de s'écarter de ce point de vue. En effet, force est de constater qu'aucun médecin n'a diagnostiqué de nouvelles atteintes à la santé et que la recourante souffre toujours des séquelles de la poliomyélite à son membre inférieur gauche, avec également des répercussions au niveau du rachis. En outre, dans son dernier rapport, le Dr Q _____ n'a pas fait état de limitations fonctionnelles supplémentaires à celles reconnues depuis 2015. Notamment, la Cour constate que les difficultés de déplacement ont déjà été dûment prises en compte dans la capacité de

travail médico-théorique fixée à 50%. Ainsi, la position du Dr Q _____ semble relever d'une appréciation différente d'un état de faits resté identique et être basée davantage sur les plaintes de sa patiente et le taux qu'elle estime pouvoir effectuer dans l'activité d'animatrice pour enfants (dont on peut d'ailleurs se demander si elle est pleinement adaptée) que sur des éléments médicaux objectifs.

La recourante n'a apporté à l'appui de son recours aucun nouveau rapport médical, venant contredire l'appréciation du SMR sur sa situation médicale. Contrairement au Dr Q _____, que son rôle de chirurgien traitant rend enclin à prendre parti pour son patient, le SMR ne s'est pas fondé sur des considérations subjectives et les seules allégations de la recourante ne sauraient suffire à mettre en doute le bien-fondé de ses conclusions, dont la valeur probante n'est pas diminuée du fait que le médecin du SMR n'a pas examiné personnellement l'assurée, dans la mesure où ses conclusions s'appuient sur des rapports médicaux fondés, pour leur part, sur un examen personnel concret (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1 ; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2, in SVR 2010 UV n° 17 p. 63 ; U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345 consid. 3d).

4. Il s'ensuit que le recours est mal fondé, qu'il est rejeté et que la décision du 11 octobre 2023 est confirmée.

5. Les frais judiciaires, fixés sur le vu du principe de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations à 500 fr., sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 61 let. f^{bis} LPGA, art. 69 al. 1bis LAI, art. 1 al. 2, 81a al. 2, 89 al. 1 LPJA) et compensés avec son avance. En outre, eu égard à l'issue de la cause, elle ne peut pas prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

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 13 mars 2025