

S1 19 244

JUGEMENT DU 15 MARS 2022

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

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

en la cause

X _____, recourante

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé

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

Faits

A. X _____, née le xxx 1966, travaillait comme assistante administrative à 80% auprès de A _____ Sàrl lorsqu'elle a été victime d'une chute en parapente le 9 août 2008, lui causant une luxation postérieure latérale du coude droit avec fracture plurifragmentaire de la tête du radius et de l'apophyse coronoïde. Au début du mois d'octobre 2008, l'intéressée a également été victime d'une chute sur l'épaule droite dans sa salle de bain (pièces OAI 174, p. 418 et 175 pp. 445, 451 et 475).

Durant sa jeunesse, consécutivement à une chute à cheval en 1990, elle avait déjà souffert d'une fracture du trochiter de l'épaule droite avec une symptomatologie algique persistante se manifestant lors d'activités sportives, du travail à l'ordinateur et durant la nuit. Ces troubles avaient finalement évolué vers une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, du sus-épineux en particulier, une tendinopathie du long chef du biceps et une neuropathie inflammatoire du nerf ulnaire (pièce OAI 200, pp. 2111 et 2112). Une déchirure partielle boursale du tendon du muscle sus-épineux avait encore été mise en évidence le 17 avril 2007 par une IRM réalisée au CHUV (pièce OAI 200, p. 2114).

En arrêt complet de travail après ses chutes en 2008, l'assurée a subi plusieurs opérations à l'Hôpital B _____ afin de procéder à une refixation des fibres superficielles du sus-épineux et un ancrage par une vis Spiralok. Le Dr C _____, spécialiste FMH en traumatologie de l'appareil locomoteur, a ensuite entrepris une mobilisation sous narcose du coude, puis une neurolyse du nerf cubital droit associée à une épitrochléectomie en raison d'une neuropathie cubitale qui s'était développée (pièce OAI 175, pp. 436, 451 et 462).

B. En date du 15 juillet 2009, X _____ a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI). Le même jour, elle a rempli une déclaration d'accident à l'attention de son assurance-accidents, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) qui a pris en charge le traitement médical et lui a versé des indemnités journalières (pièces OAI 2 et 174).

L'évolution de l'état de santé de l'assurée lui a permis dans un premier temps de reprendre son travail à un taux de 20%, mais a ensuite été marquée par la persistance d'une capsulite rétractile, d'un conflit sous-acromial et d'une tendinite du sus-épineux, limitant les amplitudes articulaires du coude et laissant suspecter une lésion neurologique (pièces OAI 13 et 177). Ce doute a toutefois été écarté, le 1^{er} septembre

2009, par le Dr D _____, spécialiste FMH en neurologie, qui a conclu à l'absence d'atteinte neurologique (pièce OAI 176).

Le 2 février 2010, le Dr C _____ a estimé que si le syndrome douloureux chronique de l'épaule droite était difficilement améliorable par la rééducation fonctionnelle, en revanche l'évolution du coude droit était favorable. Il a également noté des douleurs apparues dans l'épaule gauche et a recommandé un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) (pièce OAI 21). Une telle conclusion a été partagée par le médecin d'arrondissement de la CNA qui a relevé, le 8 mars 2010, une amyotrophie diffuse de toute l'épaule droite. Il n'arrivait cependant pas à expliquer la pseudo-paralytique de l'assurée qui débouchait sur un handicap majeur et une incapacité de travail prolongée quasi totale (pièce OAI 179, p. 548).

Un séjour a par conséquent eu lieu à la CRR du 13 avril 2010 au 12 mai suivant dans le but d'effectuer des thérapies physiques et fonctionnelles. Au terme de ce séjour, le Dr E _____, spécialiste FMH en rhumatologie, a retenu une capsulite rétractile en amélioration, malgré la persistance d'importantes douleurs qui causaient une importante limitation active et nécessitaient la poursuite d'un traitement médical conservateur. S'agissant du coude droit, ce médecin a constaté qu'il subsistait des douleurs et une limitation à l'extension et la pronation. Quant au spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de la CRR, le Dr F _____, il n'a pour sa part retenu aucune psychopathologie avérée (pièce OAI 27).

Dans un rapport du 27 septembre 2010, le Dr C _____ a posé les diagnostics suivants : « *conflit sous-acromial, status après suture arthroscopique du tendon du sus-épineux vraisemblablement insuffisante avec tendinite de celui-ci. Status après fracture-luxation complexe du coude le tout à droit* ». Il a observé que l'évolution était légèrement favorable grâce aux séances de physiothérapies, mais qu'un syndrome dépressif réactionnel s'était ajouté aux troubles susmentionnés et nécessitait une consultation spécialisée (pièce OAI 181, p. 718).

Un tel suivi a commencé le 3 septembre 2010 au G _____. Après plusieurs examens dans cette institution, il a été diagnostiqué chez l'assurée une réaction à un facteur de stress important avec trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F42.21), ainsi que des traits de personnalité paranoïaque (Z73.1) présents depuis des années, lui causant une incapacité de travail totale. Plus particulièrement, sans relever une symptomatologie psychotique aiguë, les spécialistes ont observé une

humeur dépressive, une anxiété, une inquiétude et un sentiment d'incapacité de faire face, un comportement agressif et antisocial et des idées suicidaires (pièce OAI 42).

Par décision du 25 mars 2011 et après avoir requis l'avis du Service médical régional du Rhône (ci-après : SMR), l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2010 (pièces OAI 46 à 50).

Lors d'une nouvelle consultation effectuée peu avant auprès du Dr C _____ le 17 décembre 2010, ce dernier avait constaté que les douleurs de sa patiente étaient réapparues après la reprise d'une rééducation fonctionnelle, raison pour laquelle il avait préconisé une nouvelle intervention. Une acromioplastie antérieure ainsi qu'une suture du tendon du sus-épineux associée à un renfort de coiffe avaient dès lors été réalisées le 10 mars 2011 par le Dr C _____ (pièce OAI 183, p. 822). Le 21 juin suivant, ce dernier a observé une évolution lentement favorable avec des amplitudes articulaires passives entières en antépulsion, abduction et en rotation, de même qu'une fonction deltoïdienne et du sus-épineux préservée. Cependant, il a relevé une nette diminution de la force dans le membre supérieur droit, ainsi qu'une amyotrophie modérée de la fossette du sus-épineux et du deltoïde (pièce OAI 183, p. 793).

Le 2 août 2011, le SMR a observé que l'intéressée présentait toujours une limitation de la main droite qui l'entravait fortement dans une activité de frappe sur un clavier pendant plusieurs heures d'affilées. Il a ainsi estimé qu'une reprise du travail à 20% était possible dans un travail varié, avec changement de position, qui ne soit pas uniquement de la saisie sur ordinateur et sans port de charges de plus de 5 kilos. L'assurée a par la suite tenté une reprise de son ancienne activité à un taux d'activité de 20% à 30% (pièces OAI 56, 58 et 70).

Dans le cadre de la procédure menée par l'assurance-accident, le Dr H _____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a observé le 17 octobre 2011 que l'assurée se servait normalement de son membre supérieur droit, que sa mobilité active avait nettement progressé, que tous les tendons de la coiffe des rotateurs étaient fonctionnels, et que la flexion et pronosupination du coude étaient complètes. A son avis, les douleurs résiduelles de l'assurée dépendaient de l'intérêt qu'elle portait à l'activité en question, cette dernière ayant repris la pratique du parapente qui lui avait causé un nouveau mouvement brusque lors d'un atterrissage, du VTT et de la luge en hiver, raison pour laquelle le Dr H _____ lui a reconnu une pleine capacité de travail. Se basant sur cet avis, la CNA a accordé, par décision du 4 janvier 2012, une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 15% à l'assurée, mais lui a refusé tout droit

à une rente d'invalidité au motif qu'elle avait retrouvé une entière capacité de travail à partir du 1^{er} décembre 2011 (pièces OAI 183, pp. 747 et 773 ; 185, p. 848). Cette décision a cependant été annulée par la Cour de céans le 3 juillet 2013 qui a renvoyé le dossier à la CNA pour instruction complémentaire (S2 12 10).

Le 25 novembre 2011, le Dr C _____ constatait en effet que sa patiente avait subi un nouveau choc lors d'un atterrissage en parapente, puis une perte d'équilibre sans chute sur une plaque de verglas entraînant un grand mouvement des bras ; ces événements lui avaient causé un syndrome douloureux. Le 16 mars 2012, il a suspecté une nouvelle rupture du tendon du sus-épineux et constaté l'échec de la tentative de reprise d'une activité professionnelle (pièces OAI 73 et 186, p. 884). Ce diagnostic a été confirmé le 13 avril suivant par des radiographies de l' _____, qui ont mis en évidence une déchirure complète du sus-épineux avec rétraction de près de trois centimètres, une atrophie de stade I qui n'était auparavant pas présente, une discrète irrégularité sans déchirure du tendon sous-épineux, une déchirure partielle du tendon sous-scapulaire, une discrète tendinopathie du long chef du biceps, et enfin une petite déchirure antéro-inférieure du labrum (pièce OAI 86).

Une imagerie du coude droit du 1^{er} mai 2012 a encore été réalisée après la mise en place d'une prothèse de la tête radiale au coude droit laquelle a mis en évidence une arthrose huméro-cubitale assez marquée, ainsi que quatre ossifications péri-articulaires probablement extra-articulaires postéro-latérales et antéro-médiales (pièce OAI 191, p. 1047).

Dans un rapport du 8 mai 2012, le Dr J _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a fait état de nouveaux éléments médicaux tant pour l'épaule que pour le coude droits nécessitant une réparation chirurgicale afin d'empêcher la progression de l'atrophie et de la raideur (pièce OAI 186, p. 920). Le même jour, les intervenants du Centre de Compétences en Psychiatrie Psychothérapie (ci-après : CCPP) faisaient toujours état d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21), incapacitant tant que les problèmes physiques de l'intéressée n'étaient pas résolus (pièce OAI 89).

Le Dr K _____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a pour sa part constaté le 25 mai 2012 que l'assurée souffrait de la combinaison d'une dysfonction du coude et d'une lésion importante de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite, causant un manque de mobilité et de force ainsi que des douleurs. Il a préconisé une rapide réparation de la coiffe afin d'éviter la progression de l'atrophie musculaire (pièce OAI 191, p. 1311). Une

arthroscopie de l'épaule droite a ainsi été effectuée le 18 septembre suivant (pièce OAI 107, p. 249).

C. Après l'entrée en force du jugement du 13 juillet 2013 dans la cause S2 12 10, la CNA a repris son instruction médicale en requérant différents avis médicaux. Le 13 septembre suivant, le Prof. L _____ du service d'orthopédie et traumatologie du CHUV relevait ainsi une symptomatologie modérée avec existence d'une petite fuite de liquide de contraste dans l'espace sous-acromial constatée lors d'une IRM. Mise à part cela, il n'a pas constaté de trouble dégénératif et a observé une amélioration significative avec la pratique intensive d'exercices à domicile (pièce OAI 188, p. 1012).

Une nouvelle opération a ensuite été réalisée le 8 octobre 2013, afin de procéder à l'excision de la prothèse radiale du coude droit et à une biopsie capsulaire, dans le cadre d'une gêne à la pro-supination (pièce OAI 188, p. 1005).

Lors d'un examen du 21 janvier 2014, le Dr J _____ a, pour sa part, noté des valeurs de flexion, d'abduction et de rotation en amélioration permettant selon lui la reprise d'une activité adaptée (pièce OAI 188, p. 982). Le médecin traitant de l'intéressée, le Dr M _____, spécialiste FMH en médecine générale, a également posé un pronostic favorable (pièce OAI 188, pp. 990 et 994).

Par communication du 6 mars 2014 dans le cadre d'une procédure de révision d'office, notant que le degré d'invalidité de l'assurée n'avait pas subi de modification notable, l'OAI a maintenu son droit à une rente entière d'invalidité (pièce OAI 99).

Dans le cadre de la procédure menée par l'assurance-accidents, la réalisation d'une expertise orthopédique a finalement été confiée aux HUG qui ont rendu leurs conclusions le 24 septembre 2014. Après avoir passé en revue l'anamnèse de l'assurée et procédé à un examen clinique, les experts ont diagnostiqué un status après luxation complexe du coude droit (S531), un status après traumatisme de l'épaule droit ayant nécessité des chirurgies itératives de la coiffe des rotateurs (S497), une douleur chronique de l'épaule droite (M758) et un tendon du sus-épineux non fonctionnel à droite (M751). Ils ont plus particulièrement observé « *une limitation fonctionnelle douloureuse persistante du coude et de l'épaule droits, avec des éléments en faveur d'une rechute, consécutive aux traumatismes répétitifs suscités, engendrant une impotence douloureuse* ». Selon les experts, le cas était stabilisé sur le plan médical et l'assurée disposait d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans son activité habituelle avec les limitations fonctionnelles suivantes : éviter un port de charges ponctuel de plus de trois kilos, pas de port de charges répétitif de plus d'un kilo, alternance des positions

toutes les deux heures avec des pauses de trente à soixante minutes (pièce OAI 191, pp. 1060 ss).

Le 12 janvier 2015, le Dr M _____ a indiqué que tout effort avec le membre supérieur droit était toujours impossible pour sa patiente. Il a en outre fait parvenir à l'OAI les résultats d'une arthro-IRM réalisée le 16 octobre 2014 et mettant en évidence une nouvelle petite fissuration de la face profonde de l'enthèse distale du tendon supra-épineux (pièce OAI 107).

Le 29 mai 2015, les médecins des HUG ont fait parvenir à l'assureur les réponses aux questionnaires complémentaires.

D. Toujours dans le cadre de son instruction, la CNA a chargé un bureau d'investigation d'établir une surveillance de l'assurée. À l'issue de cette surveillance, effectuée entre le 27 juillet 2015 et le 7 août suivant, le rapport y relatif a fait mention de trois jours consécutifs au cours desquels l'assurée aurait fait des vols en parapente, voire à une reprise deux vols le même jour. La surveillance n'avait en outre mis en évidence aucune limitation ou gêne visible de l'intéressée, cette dernière ne favorisant pas une jambe, ou un bras, plus que l'autre. Il a en particulier été observé que l'assurée portait toujours sa voile sur l'épaule droite lorsqu'elle se déplaçait après un vol et mettait l'intégralité du poids du sac sur l'épaule droite lorsqu'elle mettait son sac sur le dos (cf. dossier S3 16 45).

L'assurée a ensuite été auditionnée par la CNA, le 14 décembre 2015, pour la confronter aux résultats de cette observation. Celle-là indiquait alors encore souffrir de douleurs quotidiennes depuis la nouvelle déchirure partielle observée dans son épaule droite. Elle avait en outre arrêté ses séances de physiothérapie et repris une activité temporaire à un taux de 20% à 30% de décembre 2014 à mars 2015, puis une activité bénévole dans une garderie. Désormais, elle se sentait apte à reprendre une activité professionnelle dans le domaine administratif à 50% avec une gestion souple de son temps de travail. L'assurée a ensuite expliqué avoir maintenu une activité physique, incluant des marches quotidiennes, du vélo et du rameur plusieurs fois durant la semaine selon la météo, de la natation, et une dizaine de vols en parapente entre l'été et l'automne 2015. Elle a cependant nié dans un premier temps avoir effectué plusieurs vols par journée ou des vols qui ont duré plus de quarante-cinq minutes. Selon elle, faire du parapente ne signifiait pas qu'elle était en mesure de travailler. Insatisfaite des explications fournies par son assurée, qui ne correspondaient pas aux observations des mesures de surveillance, la CNA a suspendu ses prestations le 15 décembre 2015 (pièce OAI 195).

Dans un rapport du 19 janvier 2016, le Dr M _____ signalait que l'évolution de l'état de santé de sa patiente était lente mais favorable (pièce OAI 196, p. 1855). Le Dr N _____, spécialiste FMH en médecine générale, a fait état le 29 août suivant que l'assurée souffrait d'une tendinopathie persistante et de douleurs tolérables au coude droit lui permettant à nouveau de faire du parapente avec quelques difficultés. Lors d'une consultation précédente, du 4 août 2016, ce généraliste avait observé que sa patiente s'était accommodée de l'instabilité résiduelle de son coude droit, mais avait cependant relevé que les douleurs se manifestaient régulièrement, également après une courte période devant un clavier d'ordinateur (pièce OAI 197, pp. 1930 et 1932).

Estimant que la CNA avait commis un déni de justice en tardant trop à rendre sa décision, X _____ a saisi le Tribunal de céans le 17 juin 2016. Par jugement du 15 septembre suivant, ce recours a été rejeté (S3 16 45) (pièce OAI 197, p. 1913). Le recours interjeté au Tribunal fédéral contre ce prononcé a été déclaré irrecevable, le 25 novembre 2016 (arrêt 8C_630/2016).

En raison d'un doute sur la réelle capacité de travail de l'assurée, la CNA a requis, par décisions incidentes des 14 septembre 2016 et 21 décembre suivant, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise en chirurgie orthopédique. Entre-temps, l'assurance avait retiré du dossier tous les documents en lien avec l'observation de l'assurée qui avait été effectuée pour se conformer à la nouvelle jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH). Appelé à trancher le recours interjeté contre la décision prononçant une nouvelle expertise, le Tribunal de céans a confirmé dans un jugement du 15 septembre 2017 la nécessité d'entendre un nouvel expert pour que l'assurance dispose de tous les éléments indispensables à l'examen de la cause (S2 16 153).

E. Par décision du 11 novembre 2016, l'OAI a prolongé le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité, en l'absence de motif de révision (pièce OAI 127).

A partir du 22 novembre suivant, l'intéressée a repris une activité auprès de « O _____ » en qualité d'aide-comptable à un taux de 5% à 15%. Elle exerçait en outre une autre activité de comptable auprès de « P _____ » depuis le 1^{er} janvier 2015 à raison de dix à quinze heures par mois (pièce OAI 129).

Une IRM des cervicales a encore été réalisée le 9 août 2017 et a révélé une hernie discale C5-C6, principalement para-médiane droite et relativement volumineuse (pièce OAI 132).

Le 30 novembre 2017, l'assurée a rempli un nouveau questionnaire relatif à la révision de sa rente AI. Elle a indiqué que les douleurs à son coude et son épaule étaient moins marquées, mais qu'elle souffrait à présent de douleurs intenses à la nuque entraînant une paralysie partielle du bras et de la main. L'assurée a ensuite déclaré vouloir vivement travailler comme aide-comptable à hauteur de 20% à 30% avec des horaires libres (pièce OAI 135).

Le 31 janvier 2018, l'OAI a communiqué à X _____ que son droit à une rente entière d'invalidité était maintenu (pièce OAI 139).

Une nouvelle expertise orthopédique, mise en œuvre par l'assurance-accidents, a finalement été réalisée par le Dr Q _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique (pièce OAI 200, pp. 2154 ss). Ce dernier a consigné ses constatations dans son rapport du 9 mai 2018, au terme d'un entretien de deux heures. Il y a détaillé l'anamnèse et les plaintes de l'assurée et consigné ses observations cliniques. A l'examen clinique, il a ainsi observé un excellent état général, une mobilité pratiquement complète de l'épaule droite à l'exception d'un léger déficit en rotation externe, et du coude droit, ainsi qu'une excellente utilisation de ces membres dans la gestuelle (« *pour porter son sac, feuilleter des documents, mettre sa veste, s'habiller, etc.* »). Sur la base du dossier, l'expert a constaté une tendinopathie dégénérative, avancée en 2007 déjà, du tendon du sus-épineux droit pratiquement rompue. Cela étant, il a qualifié le traumatisme d'octobre 2008 de totalement mineur provoquant tout au plus une contusion simple (« *puisque au mieux elle a tapé son épaule droite contre le meuble, qui se trouvait à hauteur de son épaule, sans chuter au sol, les fesses assises sur les WC* ») et a estimé que les douleurs avaient comme origine les lésions dégénératives préexistantes depuis sa chute à cheval en 1990. En revanche, il a observé une évolution très défavorable de l'épaule droite jusqu'à une stabilisation en 2014, permettant une récupération fonctionnelle dans les mouvements quotidiens à l'exclusion d'efforts au-dessus de l'épaule. S'agissant du coude droit, il a relevé une lésion grave qui avait ensuite été marquée par une récupération fonctionnelle habituelle, une fois le coude enraidit et stabilisé. Selon l'expert, l'assurée était clairement gênée dans son activité de comptable en raison d'un déficit de supination de son coude droit. Il a cependant estimé que, depuis la dernière intervention du 8 octobre 2013, elle avait retrouvé un coude stable et présentait ainsi une capacité de travail totale avec un rendement légèrement diminué de 10% et respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'efforts répétés du coude droit particulièrement en flexion/extension, pas de port de charges systématiques et répétés de plus de 5 kilos.

Par décision du 20 mai 2019, la CNA a octroyé à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% et une rente d'invalidité de 10% dès le 1^{er} janvier 2016, en raison des séquelles à son coude droit qui entraînaient une diminution de 10% de sa capacité de gain (pièce OAI 201, p. 2257).

F. Dans le cadre d'une nouvelle procédure de révision d'office de la rente d'invalidité, l'intéressée a rempli le questionnaire habituel en date du 19 février 2019. Elle a indiqué exercer une activité salariée à 50% auprès de « R _____ SA » depuis le 1^{er} octobre 2018. Ce contrat a ensuite été résilié, « *pour des raisons obscures* » selon l'assurée, à fin mars 2019. La lettre de résiliation indiquait alors un solde d'heures supplémentaires de « +58.05 heures » (pièces OAI 147, 150 et 151).

Procédant aux démarches habituelles, l'OAI a requis un rapport du médecin traitant de l'assuré. Le Dr M _____ a indiqué le 28 février 2019 que sa patiente se plaignait toujours de douleurs à son épaule et coude droits sans aucune amélioration, en plus de troubles de la concentration, d'une perte de poids, de cervicalgies et d'un sommeil difficile. Il estimait néanmoins qu'elle pouvait reprendre à plein temps son activité, pour autant que ses douleurs le lui permettaient (pièce OAI 153).

Le 8 mars 2019, l'ancien employeur de l'assurée a expliqué avoir mis un terme à leur relation contractuelle pour des raisons économiques. Il a précisé que son travail de saisie de données était exercé durant quatre heures par jour mais qu'aucune atteinte à la santé n'avait été remarquée, le motif du licenciement étant purement économique (pièce OAI 155).

Mandaté par l'OAI, le SMR a procédé à des examens cliniques psychiatrique et orthopédique le 28 mai 2019. Sur le plan psychiatrique, le Dr S _____, psychiatre, après avoir relevé son anamnèse, détaillé sa journée-type, ses plaintes, a constaté que l'accident du 9 août 2008 avait bien déclenché un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, puis un état dépressif moyen. Cependant, ce psychiatre a considéré que ces diagnostics avaient évolué vers un épisode dépressif moyen en rémission, dès lors que les symptômes de l'assurée étaient à présent d'intensité faible et que celle-ci avait su s'adapter et trouver les ressources nécessaires pour reprendre ses activités et fonctionner normalement au quotidien. Ce spécialiste n'a en outre retrouvé aucun élément en faveur d'un trait paranoïaque, ni d'une réaction aiguë à un facteur de stress. Il n'a par conséquent retenu aucune incapacité de travail pour un motif psychiatrique (pièces OAI 157 et 160).

Sur le plan orthopédique, le Dr T _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation auprès du SMR, a également procédé à un examen médical complet, relevant d'abord l'anamnèse de l'intéressée, ses plaintes, puis arrêtant ses observations cliniques. Il a fait état de séquelles de fracture-luxation du coude droit (T92.1), d'omalgies droites chroniques (Z98.8 et M75.1), et de cervicalgies récidivantes (M50.1) ayant entraîné une discarthrose étagée et une hernie discale C5-C6. Reprenant ses constatations cliniques, ce spécialiste a observé « *l'absence de syndrome cervical douloureux ; une mobilité active complète de l'épaule droite à condition d'effectuer une partie du mouvement en flexion antérieure pour réaliser une abduction complète ; un coude droit stable avec discrète diminution de la flexion-extension et de la pronosupination* ». Il a dès lors retenu une capacité de travail de 90% sur le plan somatique dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux lourds ; position de travail alternée assis/debout ; pas de rotations ni de porte-à-faux du tronc ou de la nuque ; pas d'activités avec le coude décollé du corps ; pas d'activités en force, en traction ni en poussée avec le membre supérieur droit ; port de charges non répétitif et limité à 5 kilos avec le membre supérieur droit, ainsi que non répétitif et limité à 10 kilos avec le membre supérieur gauche ; pas d'exposition aux vibrations, aux intempéries ni au froid (pièce OAI 161).

Faisant la synthèse de ces deux avis médicaux internes, le Dr U _____ du SMR, spécialiste FMH en médecine interne générale, a considéré dans un rapport final du 3 septembre 2019, qu'au vu de l'amélioration manifeste, objective et durable de l'état de santé de l'assurée, celle-ci bénéficiait d'une capacité de travail de 90% (100% de temps de présence avec 10% de diminution de rendement) dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques, en précisant que son ancienne activité était adaptée, et ce dès le 28 mai 2019 (pièce OAI 162).

G. Le 5 septembre 2019, l'OAI a informé l'intéressée de son intention de lui supprimer son droit à une rente d'invalidité. Cette dernière s'est opposée le 1^{er} octobre suivant, en faisant valoir souffrir de douleurs après quelques heures de travail de bureau, d'une perte de concentration et d'une grande tension nerveuse. Selon elle, un taux supérieur à 50% lui causerait des désordres physiques et psychiques irréversibles (pièces OAI 164 et 165).

Par décision du 10 octobre 2019, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé la suppression de la rente, dès le 1^{er} décembre 2019, au motif qu'elle n'avait produit aucun élément médical objectif propre à démontrer ses nouveaux troubles allégués (pièce OAI 168).

H. X _____ a recouru céans le 7 novembre 2019 (date du sceau postal) contre cette décision. Elle a indiqué ne pas comprendre l'avis du SMR et que ses spécialistes ne l'avaient examiné que durant une heure et demie. En outre, elle a estimé que son état de santé ne s'était pas amélioré, qu'elle souffrait notamment d'un isolement social complet et s'est plainte que l'OAI ne l'avait mise au bénéfice d'aucune mesure de réinsertion depuis 2013.

Le 21 janvier 2020, l'OAI a repris les conclusions du SMR pour démontrer que l'intéressée avait récupéré une capacité de travail de 90% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Son taux d'invalidité était ainsi inférieur à 20% ce qui ne lui donnait aucun droit à une rente d'invalidité ni à des mesures d'ordre professionnel, cette question sortant en outre de l'objet du litige selon l'OAI. Il a finalement précisé que le droit à une aide au placement serait examiné dès l'entrée en force de la décision de suppression de rente.

Dans un courrier daté du 10 février 2020, l'assurée a contesté les conclusions du SMR en soutenant que ses médecins n'avaient pas tenu compte de ses réelles douleurs et qu'ils ne pouvaient pas rendre un examen probant en à peine deux heures. En outre, elle a estimé que l'expertise du Dr Q _____ n'avait pas porté sur son épaule droite et donc que l'OAI ne pouvait rien en tirer.

Dans une duplique du 10 mars 2020, l'intimée a relevé que la valeur probante des avis du SMR était entière, dès lors qu'il avait réalisé un examen complet basé sur l'ensemble du dossier et que la durée de l'entretien n'étant pas décisive selon la jurisprudence.

L'échange d'écritures a été clos le 1^{er} avril 2020, la recourante ayant encore versé en cause un rapport de V _____ établi dans le cadre d'une mesure de réinsertion avec l'assurance-chômage.

Le 8 mars 2022, elle a produit un rapport d'IRM du Dr W _____, radiologue FMH, qui mettait en évidence une discarthrose protrusive en L4-L5 et une discarthrose avec une hernie discale medio bilatérale en L5-S1 allant au contact des racines S1. Elle a en outre relevé l'urgence de sa situation, dans la mesure où son droit à des indemnités de l'assurance-chômage prenait fin le 13 juin suivant.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Posté le 7 novembre 2019, le recours à l'encontre de la décision du 10 octobre 2019 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), devant l'instance compétente (art. 56, 57 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2. Le litige s'inscrit dans le cadre d'une procédure de révision ayant amené l'OAI à supprimer la rente entière d'invalidité de la recourante dès le 1^{er} décembre 2019.

3.1. A teneur 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. 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. Les règles sur la révision d'une rente sont applicables par analogie à toute nouvelle demande de rente après un précédent refus (ATF 133 V 108 consid. 5.2 et 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1 et 4.2).

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 V368 consid. 2 et la référence). 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 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 144 I 103 consid. 2.1, 134 V 131 consid. 3, 113 V 273 consid. 1a et les références, 112 V 387 consid. 1b).

3.2. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGa et art. 4 al. 1 LAI). L'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et, qu'au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

L'invalidité est une notion économique et non médicale. Les critères médico-théoriques ne sont pas déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (cf. par analogie, RAMA 1991 n° U 130 p. 272 consid. 3b ; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin, ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

3.3. Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités celle-ci est incapable de travailler. Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2, 125 V 256, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

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

LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Un rapport au sens de cette disposition (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Les rapports du SMR ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1d ; arrêts 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2920).

Même si la jurisprudence a toujours reconnu valeur probante aux rapports des médecins internes à une assurance, il convient cependant de relever qu'en pratique, ces appréciations ne revêtent pas la même force probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur dans le cadre de la procédure selon l'article 44 LPGA. Le tribunal devrait accorder entière valeur probante à cette dernière catégorie d'expertise émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elle remplisse les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de sa fiabilité. Si un cas d'assurance doit être tranché sans recours à une expertise externe, des exigences sévères doivent alors être posées à l'appréciation des preuves. S'il subsiste ne serait-ce qu'un léger doute au sujet du caractère fiable et fondé des conclusions médicales internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt 8C_245/2011 du 25 août 2011 consid. 5.3). Quant aux médecins traitants qui se concentrent principalement sur la question du traitement médical, leurs rapports n'aboutissent pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante et ne remplissent donc que très rarement les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125 V 351 consid. 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait que les médecins de famille, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, se prononcent en cas de doute plutôt en faveur de ceux-ci, la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les

indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.1.2).

3.4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la réf. cit.).

En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; arrêts 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits – même émanant de spécialistes – ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale (arrêts 9C_748/2013 cité consid. 4.1.1, U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

En particulier, les mesures d'instruction d'office nécessaires à l'examen de la demande de prestations au sens de l'article 43 LPGa ne comportent pas le droit de l'assureur de recueillir un deuxième avis (« second opinion ») sur un état de fait déjà constaté dans une expertise, lorsque celui-ci ne lui convient pas. Cette possibilité n'est pas non plus ouverte à la personne assurée. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise résulte de la question de savoir si celle qui se trouve déjà au dossier remplit les exigences de

forme et de fond posées pour la valeur probante d'une expertise médicale (arrêt U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références).

4. Dans le cas d'espèce, il s'agit de comparer la situation de la recourante entre le 1^{er} janvier 2010, date à laquelle elle a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, et le 10 octobre 2019, lorsque l'OAI a décidé de supprimer son droit à la rente.

4.1. A l'octroi de sa rente entière, l'assurée venait de subir successivement deux accidents lui provoquant des troubles au coude et à l'épaule droits. En raison d'une aggravation de la situation, elle a dû subir toute une série d'opérations au coude (résection de la tête radiale droite, résection d'un fragment de la tête disloquée dans la musculature épitrochléenne, suture du ligament collatéral et mise en place d'une prothèse de la tête radiale, et enfin neurolyse du nerf cubital droit associée à une épitrochléectomie) et à l'épaule (réparation du sus-épineux droit avec acromioplastie et adhésiolyse, refixation arthroscopique du sous-scapulaire droit, ténodèse du long biceps droit, réparation du sus-épineux droit). Ce faisant, ces événements ont bousculé la dynamique de vie de l'assurée qui a entièrement arrêté son activité professionnelle et ses nombreuses activités sportives, entraînant une décompensation psychique observée par les spécialistes qui l'avaient examinée à l'époque. Le diagnostic de réaction à un facteur de stress important avec trouble de l'adaptation et réaction dépressive prolongée (F43.21) avait dès lors été posé. Le 8 mars 2012 encore, les intervenants du CCPP faisaient état que ce trouble était totalement incapacitant tant que les problèmes physiques de l'intéressée n'étaient pas résolus (pièce OAI 89).

Les nombreux troubles au niveau somatique, qui entraînaient une durable incapacité de travail, sont venus s'ajouter au diagnostic psychiatrique, raison pour laquelle la recourante a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité. Les différentes complications survenues durant la procédure menée par l'assurance-accidents, dont notamment une nouvelle déchirure du tendon sous-scapulaire et une tendinopathie en 2012 entraînant une nouvelle arthroscopie, ainsi que les différentes procédures judiciaires, ont nécessité un nombre important d'investigations rallongeant d'autant plus l'instruction menée par la CNA. Dans cette mesure, l'OAI a d'office confirmé à trois reprises le maintien du droit à une rente entière de la recourante (6 mars 2014, 11 novembre 2016 et 31 janvier 2018).

Durant l'année 2013, la situation s'est peu à peu améliorée grâce à une pratique régulière d'exercices à domicile. Au début de l'année 2014, les médecins

(Drs J _____ et M _____) posaient dès lors un pronostic favorable. Cela s'est confirmé par la suite, la recourante ayant pu reprendre ses activités sportives, dont la pratique du parapente durant l'été 2015 à une cadence élevée. Une activité professionnelle avait d'ailleurs également été reprise par la recourante à un taux de 20% à 30%. En 2016, les spécialistes indiquaient que la situation évoluait toujours favorablement et que l'intéressée s'était habituée à l'instabilité résiduelle de son coude droit. Au cours de l'année 2017, une hernie discale C5-C6 a été diagnostiquée à la recourante qui prétendait alors que cela entraînait une paralysie partielle de son bras et sa main. La nouvelle expertise réalisée le 9 mai 2018 a cependant fait état d'une mobilité pratiquement complète de l'épaule droite et d'une stabilisation du coude depuis 2013, permettant ainsi de mettre un terme à la procédure menée par l'assurance-accidents. Finalement, en février 2019, le médecin traitant a indiqué que sa patiente avait encore des plaintes douloureuses, mais qu'à son avis, elle pouvait reprendre à plein temps son activité.

Ces éléments ont constitué un motif évident de révision du droit à la rente selon l'article 17 LPGA, raison pour laquelle l'intimé a apprécié une nouvelle fois la capacité de travail médico-théorique de la recourante en 2019.

4.2. L'intimé a dès lors requis un examen clinique psychiatrique et orthopédique de son SMR. De ces examens, il est ressorti que le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et l'état dépressif moyen étaient en rémission. Sur le plan orthopédique, le spécialiste a observé une mobilité active complète de l'épaule droite et un coude droit stable.

Ces rapports, établis en pleine connaissance de l'anamnèse, après des examens cliniques détaillés, sont pleinement motivés et bénéficient dès lors d'une pleine valeur probante. Il n'existe ainsi aucune raison de s'en écarter. Le Dr T _____ a en particulier arrêté un status clinique détaillé du membre supérieur droit, en procédant à l'ensemble des mesures et tests habituels. Les spécialistes ont du reste établi leurs constatations au terme d'un examen complet du dossier, prenant en compte les nombreux avis médicaux. Ces examens ont chacun duré environ deux à trois heures, durant lesquelles la recourante a eu la possibilité de s'exprimer librement sur ses antécédents, sa vie, sa situation familiale et ses plaintes, et à se soumettre à un examen clinique orthopédique complet. Cela a permis aux experts de se faire une idée claire sur son état de santé dans un délai relativement bref en conformité avec la jurisprudence citée par l'intimé (arrêt 9C_352/2017 du 9 octobre 2017 consid. 5.1 et les références). Ce faisant, l'OAI pouvait à juste titre se baser sur l'avis de son SMR, ce d'autant plus

que la recourante n'a produit aucun argument ou élément médical attestant une incapacité de travail de sa part ; même son médecin traitant attestait une possibilité de reprise du travail à 100% et estimait que le pronostic était favorable.

La situation était de toute manière claire et laissait apparaître, sans guère de doute, la récupération d'une capacité de travail entière, s'agissant d'une assurée qui avait repris une pratique intensive de ses activités sportives, ainsi qu'une activité professionnelle à 50% en qualité de comptable. A cet égard, il n'est pas anodin que l'employeur ait mentionné n'avoir constaté aucune limitation de la recourante, le motif du licenciement étant économique, et que cette dernière ait réalisé un solde positif de 58 heures supplémentaires sur une période de six mois (du 1^{er} octobre 2018 au 31 mars 2019), démontrant finalement bien qu'elle n'était aucunement gênée dans son activité de comptable par de prétendues séquelles qui étaient depuis longtemps guéries. Enfin, les documents de V _____ versés en cause par la recourante n'apportent aucun élément suggérant qu'elle aurait une capacité de travail réduite.

4.3. Malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique, il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGGA), 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. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération ; 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 (ATF 145 V 209 consid. 5 ; arrêts 9C_283/2016 du 5 décembre 2016 consid. 6.2 et les références ; 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4 et les références). Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit 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 (arrêt 9C_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.2).

Dans le cas d'espèce, née le xxx 1966, la recourante est actuellement âgée de 55 ans, mais n'avait que 52 ans lors du prononcé de la décision. Elle n'appartenait ainsi pas à la catégorie d'assuré nécessitant des mesures d'ordre professionnel préalables pour réintégrer le marché du travail, ce d'autant plus que depuis 2014, elle avait exercé différentes activités, dont une en qualité de comptable à 50% d'octobre 2018 à mars 2019. Par ailleurs, comme indiqué dans la décision querellée, la recourante pourra

obtenir une aide au placement sur simple demande de sa part à l'OAI. Il ne revenait au demeurant pas à l'intimé de mettre en œuvre des mesures d'ordre professionnel alors que la recourante était au bénéfice d'une rente d'invalidité.

4.4. Attendu de ce qui précède, l'OAI pouvait à raison supprimer la rente d'invalidité de la recourante dès le 1^{er} décembre 2019, au motif qu'elle avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, qui est adaptée à ses limitations fonctionnelles, et avec un rendement diminué de 10% n'entraînant ainsi qu'une invalidité de 10% sa part. La décision querellée doit dès lors être confirmée et le recours du 6 novembre 2019 rejeté.

5. Les frais de justice, arrêtés à 500 frs, fixés selon les principes de la couverture des coûts et de l'équivalence des prestations, sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 61 let. a aLPGA et 83 LPGA ; art. 69 al. 1bis LAI), le montant étant compensé par l'avance de frais, d'un montant équivalent, déjà versée.

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

Prononce

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

Sion, le 15 mars 2022.