

S1 20 293

**JUGEMENT DU 21 SEPTEMBRE 2022**

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

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

**en la cause**

**X \_\_\_\_\_**, recourante, représentée par Maître Michel De Palma, avocat, 1951 Sion

**contre**

**OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS**, 1950 Sion, intimé

(articles 17 LPGA et 88a RAI ; révision du droit à la rente)

## Faits

**A.** X \_\_\_\_\_, née le xxx 1964, a commencé un apprentissage de vendeuse en 1980, sanctionné par l'obtention d'un CFC en 1982. En 2005, elle a repris une formation afin de devenir aide familiale. Après avoir dans un premier temps travaillé pour le centre médico-social de A \_\_\_\_\_, elle a œuvré comme aide familiale au sein du centre médico-social de B \_\_\_\_\_ du mois de novembre 2011 jusqu'au 31 octobre 2016 à un taux de 80%, pour un salaire mensuel brut de 3921 fr. 10 (dossier OAI, pièce n°1).

Le 14 août 2014, l'assurée a été victime d'un accident de canyoning suite auquel elle a présenté une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Opérée le 22 décembre 2014 par le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, elle a développé, dans les suites opératoires, une épaule gelée ayant ralenti la rééducation ainsi que la reprise de son activité professionnelle (dossier OAI, pièce n°17).

**B.** Le 16 juin 2015, l'assurée a présenté à l'Office cantonal AI du Valais (OAI) une demande de prestations, motivée par la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche découlant de l'accident du 14 août 2014, atteinte confirmée par le Dr C \_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 24 août 2015. Par rapport complémentaire du 27 avril 2016, le Dr C \_\_\_\_\_ a précisé que l'évolution de l'intéressée suite à l'opération du 22 décembre 2014 avait été difficile, avec une persistance des douleurs, et qu'une nouvelle IRM avait montré une rupture tendineuse. En date du 31 mars 2016, l'intéressée a ainsi bénéficié d'une re-réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, suite à laquelle son épaule a dû être immobilisée 6 semaines, avant de pouvoir entreprendre de la physiothérapie (dossier OAI, pièce n°39).

Dans le cadre des mesures d'instruction, l'OAI a chargé les Drs D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, et E \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, d'établir des rapports médicaux. Dans un rapport du 12 octobre 2015, le Dr D \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'atrophie des muscles sus- et sous-épineux gauches et n'a pas attesté d'incapacité de travail, dans la mesure où il n'y avait pas de limitation du point de vue neurologique. Il ne pouvait en revanche pas se prononcer sur l'atteinte orthopédique (dossier OAI, pièce n°23). Quant à la Dresse E \_\_\_\_\_, elle a posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail suivants : traumatisme de l'épaule gauche avec lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche sous forme d'une rupture transfixiante et rétraction du moignon tendineux du tendon sus-épineux, épanchement de la bourse sous-acromiodeltoïdienne gauche et de la bourse

péritendineuse dans la gouttière bicipitale gauche ainsi que microfissure de la face profonde du tendon du sous-scapulaire. Elle a précisé que le pronostic dépendrait de la poursuite de la prise en charge orthopédique et que pour le moment, l'assurée ne pouvait pas travailler dans son activité habituelle (dossier OAI, pièce n°25).

Interpellé par l'OAI, le Dr C \_\_\_\_\_ a indiqué par rapport médical du 7 mai 2017 que l'évolution de l'assurée était favorable en ce qui concernait la douleur au niveau de l'épaule gauche, malgré un manque sévère de force dans toute activité nécessitant l'utilisation de la main à l'horizontale. Il a ajouté que l'intéressée présentait également une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, pour laquelle il avait effectué une réparation chirurgicale en date du 13 mars 2017, et qu'au vu de ses antécédents, une activité nécessitant des travaux répétés prolongés avec les mains à l'horizontal n'était pas envisageable.

Le 14 octobre 2017, les Drs C \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, ont vu l'assurée lors d'une consultation pluri-disciplinaire, à l'issue de laquelle il a été retenu qu'elle présentait toujours des douleurs à la montée et à la descente des MS, qu'une IRM avait mis en évidence une re-rupture touchant la partie distale du tendon sus-épineux, et qu'il fallait reconnaître une incapacité totale de travailler, le commencement d'une nouvelle formation n'étant pas envisageable tant que les douleurs gênaient l'intéressée dans ses activités quotidiennes (dossier OAI, pièce n°171). Par certificat médical du 17 janvier 2018, le Dr C \_\_\_\_\_ a indiqué qu'une capacité de travail de 100% était attendue dès le 1<sup>er</sup> mars 2018, ce qu'il a toutefois pondéré dans son rapport médical du 13 avril suivant, indiquant qu'il y avait peu d'amélioration au niveau de l'épaule droite et qu'une reprise de l'activité professionnelle ne semblait pas envisageable (dossier OAI, pièces n°176 et 184).

Par décision du 25 avril 2018, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 31 mai 2017, puis d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juin 2017. Au vu de la pleine capacité de travail attendue au 1<sup>er</sup> mars 2018, dans un emploi léger et adapté aux limitations fonctionnelles, selon le certificat médical du Dr C \_\_\_\_\_ du 17 janvier 2018, une révision de la situation de l'intéressée était prévue quelques semaines plus tard. Non contestée, cette décision est entrée en force (dossier OAI, pièce n°185).

C. Procédant à la révision d'office annoncée, l'OAI a chargé les Drs C \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, d'établir des rapports médicaux afin de poursuivre l'examen du dossier (dossier OAI, pièce n°192).

Le 13 novembre 2018, le Dr C \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée présentait toujours des douleurs au niveau de la ceinture scapulaire droite, que toute activité en élévation était impossible et que si la douleur était toujours aussi invalidante lors du contrôle agendé à mi-janvier 2019, ce médecin prévoyait de proposer une arthroscopie de l'épaule droite avec bursectomie (dossier OAI, pièce n°194). Quant au Dr G \_\_\_\_\_, il a relevé dans son rapport du 5 décembre 2018 que l'assurée présentait des douleurs cervicales, des douleurs scapulaires et du membre supérieur droit proximal ainsi qu'une mobilisation douloureuse de l'épaule droite, mais qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail du point de vue neurochirurgical, ce qui était corroboré par le Dr D \_\_\_\_\_ (dossier OAI, pièce n°195).

En date du 12 juillet 2019, le Dr C \_\_\_\_\_ a indiqué avoir constaté une nette amélioration de la symptomatologie douloureuse au niveau de l'épaule droite de l'intéressée, même si elle se plaignait toujours d'une importante perte de force. Il a ajouté qu'une reprise du programme de réorientation professionnelle était à son sens indiquée (dossier OAI, pièce n°204).

**D.** En date du 9 septembre 2019, l'assurée a eu un entretien avec H \_\_\_\_\_, coordinatrice en réadaptation, afin de mettre en place des mesures de réinsertion. Le 30 septembre suivant, l'OAI a informé l'intéressée que les conditions pour une prise en charge des mesures de réinsertion étaient remplies, que selon le contrat d'objectifs daté du même jour, cette mesure se déroulerait au sein de l'atelier administratif à l'OSEO (Œuvre suisse d'entraide ouvrière) et qu'il attendait de sa part un travail de 2h par jour, à raison de 4 jours par semaine dans un premier temps puis une augmentation progressive (dossier OAI, pièces n°213 [communication du 30 septembre 2019] et 214).

Selon le rapport intermédiaire de réadaptation du 26 novembre 2019, l'assurée n'arrivait pas à trouver du sens à la mesure de réhabilitation socioprofessionnelle à l'OSEO, ce qui mettait à mal le projet. Afin de préserver dite mesure, un coaching supplémentaire avec I \_\_\_\_\_, responsable du bureau J \_\_\_\_\_, a été mis en place, ce qui devait permettre de travailler sur la motivation, l'endurance et la gestion des priorités et de faciliter la transition, l'idée étant que l'intéressée suive désormais la mesure auprès de J \_\_\_\_\_ (dossier OAI, pièces n°228 et 230). La mesure de réinsertion auprès de J \_\_\_\_\_ a commencé le 3 février 2020 à raison de 4h de travail par jour, 4 jours par semaine avec pour objectif d'augmenter ce taux progressivement (dossier OAI, pièce n°237 [communication du 29 janvier 2020]). Par rapport intermédiaire de réadaptation du 5 mars 2020, H \_\_\_\_\_ a souligné que l'assurée était très contente de cette mesure, malgré des désagréments tels que la fatigabilité, des difficultés de

concentration et des douleurs à l'épaule, pour lesquelles elle a dû reprendre une médication de manière ponctuelle. Elle a ajouté que l'intéressée venait de passer à une présence à 50%, difficile à assumer, mais qu'elle allait néanmoins essayer d'augmenter ce taux à 60% (dossier OAI, pièce n°240). Cette mesure a dû être interrompue dès le 16 mars 2020 en raison de la situation sanitaire.

Par courriel du 26 mai 2020, l' \_\_\_\_\_ a indiqué que la reprise de la mesure avait été difficile pour l'assurée, que cette dernière avait récemment ressenti de fortes douleurs, même si elle avait réussi à rester à son poste, et qu'elle semblait très soucieuse de pouvoir maintenir les horaires de travail prévus (dossier OAI, pièce n°245). Lors du bilan du 8 juin 2020, l'assurée a toutefois indiqué rencontrer des difficultés au niveau de sa santé, à savoir de grandes douleurs au niveau des jambes, des coudes et toujours des épaules et avoir rendez-vous avec la Dresse K \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, afin de déterminer la provenance de ces douleurs. Après avoir vu l'assurée en date du 21 juillet 2020, la Dresse K \_\_\_\_\_ a indiqué que l'intéressée présentait une recrudescence de douleurs articulaires ainsi que de nombreuses limitations secondaires aux interventions des épaules et à l'atteinte arthrosique des mains et du genou gauche (dossier OAI, pièce n°260). Le même jour, la Dresse E \_\_\_\_\_ a relevé qu'il existait des limitations fonctionnelles, à savoir des douleurs polyarticulaires ainsi que des coups de fatigue, et que l'intéressée n'était pas en mesure de travailler une journée complète, sa capacité de travail correspondant à 50%. Elle a ajouté que le pronostic sur le potentiel de réadaptation de l'assurée était bon (dossier OAI, pièce n°255).

Par rapport final de réadaptation du 3 août 2020, l'OAI a indiqué que la mesure de réinsertion auprès de J \_\_\_\_\_ avait pris fin au 31 juillet 2020, l'intéressée ne se sentant pas capable d'aller au-delà du taux de 60% et étant au bénéfice d'un certificat médical de la Dresse E \_\_\_\_\_ attestant une incapacité de travail de 40%. L'OAI a ajouté que selon l'avis SMR du 26 septembre 2019, l'assurée pouvait travailler tout en respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges, pas de travaux lourds, position alternée, pas de position non ergonomique de la colonne (porte-à-faux, rotation), pas d'activité au-dessus du plan de l'horizontale avec les membres supérieurs, pas d'activité répétée prolongée avec les bras à l'horizontale. Sur le premier marché du travail, plusieurs activités permettaient de respecter ces limitations, à savoir par exemple opératrice de contrôle sur les chaînes automatisées, caissière dans les musées, patinoires ou piscines, opératrice de saisie ou de scannage ou encore livreuse pour les laboratoires d'analyse ou les pharmacies (dossier OAI, pièce n°259).

Fort de ce qui précède, le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale auprès du SMR, a indiqué que, sur la base de la documentation médicale à disposition et des constatations faites durant les mesures de réinsertion, la capacité de travail de l'intéressée était nulle depuis le 13 mars 2017 dans son activité habituelle d'aide familiale, mais que dans une activité sédentaire adaptée, l'assurée pouvait faire valoir une capacité de travail de 50% dès le 26 juin 2020 (dossier OAI, pièce n°260).

Par décision du 9 novembre 2020, l'OAI a réduit la rente entière d'invalidité versée jusqu'alors à l'assurée à une demi-rente, en raison d'un degré d'invalidité de 51%. Il a en effet constaté que sans ses problèmes de santé, l'intéressée partagerait toujours son temps de travail entre une activité d'aide familiale à 80% et ses tâches ménagères à 20%. Ainsi dès le 26 juin 2020, son incapacité de gain s'élevait à 58.17% pour sa part d'activité lucrative à 80%, d'où un degré d'invalidité de 46.53% (58.17% de 80%). Quant aux tâches ménagères, l'invalidité atteignait 4%, une incapacité de travail au ménage de 20% étant retenue, eu égard à l'aide apportée par son mari conformément à l'obligation de réduire le dommage. Le degré global d'invalidité était ainsi fixé à 50.53% (46.53% + 4%), arrondi à 51% (dossier OAI, pièce n°271).

**E.** Le 14 décembre 2020, sous la plume de son mandataire, Me Michel De Palma, l'intéressée a recouru céans contre cette décision, concluant à son annulation et au maintien du versement de sa rente entière d'invalidité. Elle a soutenu que l'état de fait qui avait mené à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2017 par décision du 25 avril 2018 n'avait pas changé, que malgré les rapports médicaux fixant une capacité de travail à 50% dès le 26 juin 2020, les mesures de réinsertion avaient montré que ce taux était trop élevé et que le calcul du taux d'invalidité selon l'article 16 LPGGA ne pouvait être suivi car le revenu que la recourante aurait pu obtenir en exerçant l'activité qui pouvait raisonnablement être exigée d'elle après les traitements et mesures de réadaptation ne reflétait pas la réalité de la situation.

Dans sa réponse du 2 février 2021, l'OAI a renvoyé à la motivation de sa décision du 9 novembre 2020 et a conclu au rejet du recours.

Répliquant le 5 mars suivant, la recourante a simplement maintenu ses conclusions. L'OAI n'ayant pas fait valoir d'observations complémentaires, l'échange d'écritures a été clos le 14 avril 2021.

### **Considérant en droit**

**1.1** Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Remis à la poste le 14 décembre 2012, le recours dirigé contre la décision du 9 novembre 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 69 LAI ; art. 81a al. 1 de la loi du 6 octobre 1976 sur la procédure et la juridiction administratives – LPJA ; RS/VS 172.6). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

**1.2** Au 1<sup>er</sup> janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux règles de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; arrêt 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**2.** Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à réduire la rente entière d'invalidité allouée depuis le 1<sup>er</sup> juin 2017. La recourante conteste en particulier le fait que sa capacité de travail soit passée de 0% à 50% dès le 26 juin 2020.

**2.1** 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.

En vertu de l'article 88bis alinéa 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a) ou, rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a

manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'article 77 (let. b).

Savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. 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 369 consid. 2; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). On est notamment en présence d'un motif de révision, c'est-à-dire d'une modification déterminante des circonstances donnant droit à la rente, en cas de modification de l'état de santé. Par contre, il n'y a pas de motif de révision lorsqu'on est en présence d'une évaluation simplement différente d'une situation qui est pour l'essentiel restée la même (ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 387 consid. 1b ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 et 9C\_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

L'évaluation de l'invalidité en procédure de révision obéit aux prescriptions générales applicables à l'évaluation du taux d'invalidité. Les circonstances déterminantes pour l'appréciation du cas doivent être à nouveau examinées et établies.

La date à partir de laquelle examiner si le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations est celle de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel complet du droit à la rente. Cet examen doit avoir comporté une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 ; arrêt 9C\_533/2016 du 27 octobre 2016 consid. 2.2).

**2.2** 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). Aux termes de l'article 28 aLAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (al. 1). Un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (al. 2). Pour évaluer le taux

d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique ou sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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 le sont (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).

**2.3** 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 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 aLAI ; cf. CIIAI, ch. 1001 ss). Selon l'article 59 alinéa 2bis aLAI, 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 sur 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 1<sup>er</sup> mai 2015 consid. 4.1 ; Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2920).

Le juge apprécie librement les preuves qu'il a recueillies sans être lié par des règles formelles. Il doit examiner objectivement, de manière complète et rigoureuse tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (art. 61 let. c LPG). S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, 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 du dossier (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 bien 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 et 125 V 351 consid. 3a ; arrêt 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**3.** En l'espèce, la recourante soutient que l'état de fait qui a mené à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2017 n'a pas changé et que malgré les rapports médicaux attestant une capacité de travail à 50% dès le 26 juin 2020, ce taux serait trop élevé et ne correspondrait pas à la réalité. Il s'agit ainsi de comparer sa situation telle qu'elle se présentait au moment de la dernière décision du 25 avril 2018 reposant sur un examen complet du droit à des prestations et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse du 9 novembre 2020.

**3.1** Entre août 2014 et avril 2018, la recourante a été examinée par les Drs D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, qui a indiqué qu'il n'y avait pas de limitation du point de vue neurologique, E \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, qui a notamment diagnostiqué un traumatisme de l'épaule gauche avec lésion

de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et indiqué en octobre 2017 la persistance de douleurs et d'une impotence majeure, précisant que le pronostic fonctionnel était mauvais et qu'il n'était pas envisageable de reprendre une activité professionnelle pour le moment, et enfin C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a vu la recourante à de nombreuses reprises et a relevé dans son dernier rapport médical du 13 avril 2018, qu'il y avait peu d'améliorations après l'infiltration sous-acromiale de l'épaule droite et qu'une reprise de l'activité professionnelle n'était actuellement pas envisageable.

Reprenant ces avis, l'OAI a, par décision du 25 avril 2018, mis l'assurée au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 31 mai 2017, puis d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juin 2017

**3.2** A l'analyse des pièces au dossier, il ressort que dès le mois de novembre 2018, l'OAI a procédé à la révision d'office de la rente entière d'invalidité octroyée par décision du 25 avril 2018. La recourante a ainsi à nouveau été examinée par le Dr D \_\_\_\_\_, qui a maintenu que les symptômes de l'intéressée n'étaient pas spécifiques d'une atteinte neurologique. Le Dr G \_\_\_\_\_ spécialiste en neurochirurgie, a quant à lui relevé dans son rapport du 5 décembre 2018 que l'assurée présentait des douleurs cervicales, des douleurs scapulaires et du membre supérieur droit proximal ainsi qu'une mobilisation de l'épaule droite douloureuse, mais qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail du point de vue neurochirurgical. Le Dr C \_\_\_\_\_ a enfin indiqué une amélioration de la symptomatologie douloureuse au niveau de l'épaule droite et préconisé la reprise d'un programme de réinsertion professionnelle.

Dès le 30 septembre 2019, des mesures de réinsertion ont ainsi été mises en place par l'OAI. La recourante a tout d'abord suivi cette mesure au sein de l'atelier administratif à l'OSEO, où il était attendu de sa part un travail de 2h par jour, à raison de 4 jours par semaine dans un premier temps puis une augmentation progressive. L'assurée n'arrivant pas à trouver du sens à cette mesure à cet endroit, il a été décidé qu'elle la suivrait dès le 3 février 2020 auprès de J \_\_\_\_\_, bureau de I \_\_\_\_\_, à raison de 4h de travail par jour, 4 jours par semaine avec pour objectif d'augmenter ce taux progressivement. H \_\_\_\_\_ a souligné que l'assurée était très contente de cette mesure, malgré des désagréments tels que la fatigabilité, des difficultés de concentration et des douleurs à l'épaule, pour lesquelles elle a dû reprendre une médication de manière ponctuelle. Elle a ajouté que l'intéressée avait pu passer à une présence à 50%, difficile à assumer, mais qu'elle allait néanmoins essayer d'augmenter ce taux à 60%. En raison de la situation sanitaire, cette mesure a été interrompue dès le 16 mars 2020

et jusqu'au mois de mai 2020. I \_\_\_\_\_ a indiqué que la reprise de la mesure avait été difficile pour l'assurée, que cette dernière avait récemment ressenti de fortes douleurs, même si elle avait réussi à rester en poste, et qu'elle semblait très soucieuse de pouvoir maintenir les horaires de travail prévus.

Après avoir vu l'assurée en date du 21 juillet 2020, la Dresse K \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée présentait une recrudescence de douleurs articulaires ainsi que de nombreuses limitations secondaires aux interventions des épaules et à l'atteinte arthrosique des mains et du genou gauche. Par rapport médical daté du même jour, la Dresse E \_\_\_\_\_ a relevé qu'il existait des limitations fonctionnelles, à savoir des douleurs polyarticulaires ainsi que des coups de fatigue, et que l'intéressée n'était pas en mesure de travailler une journée complète, sa capacité de travail correspondant à 50%. Elle a ajouté que le pronostic sur le potentiel de réadaptation de l'assurée était bon.

Le rapport final SMR a repris ces différents éléments, à savoir la documentation médicale ainsi que les constatations faites durant les mesures de réinsertion exposées ci-dessus, et a indiqué que l'assurée pouvait faire valoir, dans une activité sédentaire adaptée, une capacité de travail de 50% dès le 26 juin 2020. Ce rapport mettait ainsi en évidence une modification de l'état de santé de l'intéressée, ce qui constituait un motif de révision du droit à des prestations AI selon l'article 17 LPG. Sur cette base, l'intimé a décidé de diminuer le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Il convient dès lors d'examiner la valeur probante intrinsèque du rapport final du SMR.

Ce dernier constitue un rapport au sens de l'article 59 alinéa 2bis aLAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI), dans la mesure où il ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles le SMR aurait procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur une analyse des documents médicaux versés au dossier. Dans cette mesure, il se distingue d'une expertise mais on ne saurait toutefois d'emblée lui dénier toute valeur probante. Il convient plutôt d'examiner objectivement tous les documents à disposition afin de pouvoir décider s'ils permettent de porter un jugement valable (arrêts 9C\_542/2011 précité et I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3).

**3.3** Cela étant, il apparaît que dans son rapport final du 12 août 2020, le SMR a repris les différents avis médicaux versés au dossier depuis la révision d'office, puis a successivement passé en revue les diagnostics retenus par l'ensemble des médecins qui s'étaient occupés de la courante. Ce faisant, le Dr L \_\_\_\_\_, médecin SMR spécialiste en médecine interne générale, a décrit d'une manière détaillée et motivée les

raisons pour lesquelles une capacité de travail de 50% dès le 26 juin 2020 dans une activité sédentaire adaptée pouvait être retenue. Son rapport, fondé sur l'ensemble des pièces médicales présentes au dossier, bénéficie ainsi d'une pleine valeur probante permettant à l'OAI et à la Cour de céans de porter un jugement valable sur l'affaire.

En outre, s'il est vrai que les constatations effectuées par I \_\_\_\_\_ lors des mesures de réinsertion ne sont pas reprises dans le rapport final du SMR, il convient de relever que ces dernières ne constituent pas des documents médicaux sur lesquels le juge doit se fonder pour déterminer le degré d'invalidité. Ce nonobstant, ces constatations vont elles aussi dans le sens d'une attestation d'une capacité de travail de 50%, dans la mesure où I \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée était très contente de la mesure auprès de J \_\_\_\_\_, que malgré des douleurs et certaines difficultés, elle avait pu débiter une présence à 50% et qu'elle semblait très soucieuse de pouvoir maintenir les horaires de travail prévu. La mesure a par ailleurs été interrompue uniquement car l'intéressée ne se sentait pas capable d'augmenter son taux de travail à 60% et non car le taux exercé de 50% était insupportable.

Ainsi, sur la base du rapport final SMR bénéficiant d'une pleine valeur probante et témoignant d'une situation de fait différente de celle prévalant au 25 avril 2018 ainsi qu'en l'absence de rapports médicaux contradictoires, l'intimé a correctement établi le revenu d'invalidé de la recourante, en tenant compte d'une capacité de travail de 50%. Par ailleurs, la recourante n'a pas fourni d'élément permettant de retenir que les calculs en tant que tels des revenus d'invalidé et hypothétique seraient erronés. C'est ainsi à bon droit que l'intimé a fixé le taux d'invalidité à 51% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2021.

Aucun des griefs articulés par la recourante ne pouvant être retenu, le recours doit dès lors être rejeté et la décision entreprise confirmée.

**4.** 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, par 500 francs, sont mis à la charge de X \_\_\_\_\_.

Sion, le 21 septembre 2022