

S1 23 2

**ARRÊT DU 11 DÉCEMBRE 2024**

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

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

**en la cause**

**X \_\_\_\_\_**, recourante, représentée par Maître Hervé Bovet, avocat, à Fribourg

**contre**

**OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS**, intimé

(17 LPGA ; révision d'office, stabilisation et exigibilité)

## Faits

**A.** X \_\_\_\_\_, née le xx.xxxx, mère de deux enfants nés en 2004 et 2006, travaillait comme aide de cuisine à 50% et femme de ménage à 19% (cf. rapport d'enquête pour ménagères et mixtes, pièce 26, et pièces 14 et 27), lorsqu'elle a dû être mise en incapacité de travail totale dès le 26 juillet 2019, en raison de coxalgies droites permanentes associées à des lombalgies basses (pièces 14 et 15).

Le 8 octobre 2019, elle a été opérée d'une dysplasie de la hanche, dont les suites n'ont pas été favorables, avec absence de consolidation nécessitant une nouvelle intervention en juin 2020 (pièce 15).

**B.** Le 4 décembre 2019, l'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI).

Dans son rapport du 2 juin 2020, le Dr A \_\_\_\_\_, médecin généraliste, a confirmé qu'une reprise chirurgicale était programmée pour le 4 juin 2020 (recte : 5 juin 2020 ; pièce 31, p. 129) et que l'assurée était en incapacité de travail totale dans ses deux activités lucratives (pièce 15).

Le 12 novembre 2020, il a remis les rapports de l'Hôpital cantonal de B \_\_\_\_\_ où avait été opérée sa patiente, lesquels faisaient état d'une pseudarthrose du pubis à droite, traitée par ostéotomie périacétabulaire le 8 octobre 2019, puis par vissage rétrograde percutané le 5 juin 2020 (pièce 32). Il a attesté une incapacité de travail totale (ch. 1.3) en indiquant que sa patiente ne pouvait pas travailler en station debout prolongée (ch. 2.7). S'agissant d'une éventuelle réadaptation, il a qualifié le pronostic de favorable (ch. 4.3) et a estimé que sa patiente pourrait travailler à 50% si l'activité ne demandait pas de station debout (ch. 4.2), ceci en raison de la douleur et de la gêne fonctionnelle (ch. 4.4).

Mandaté, le Service médicale régionale de l'assurance-invalidité (SMR) a admis, le 30 novembre 2020, que les activités habituelles d'aide-cuisinière et de femme de ménage n'étaient plus exigibles. Se ralliant à l'avis du Dr A \_\_\_\_\_, il a considéré que la capacité de travail était en l'état de 50% dans une activité adaptée, à savoir en position assise, sans travaux lourds, avec port de charges limité à 10 kg et marche limitée sans escaliers ni échelles. Il a toutefois relevé que ce taux augmenterait avec la stabilisation de la situation et la disparition des douleurs, étant précisé que des

infiltrations étaient en cours de réalisation. Il a dès lors proposé une réévaluation après trois mois (pièce 33).

En mars 2021, l'OAI a dès lors recueilli de nouveaux rapports du Dr A \_\_\_\_\_ et de l'Hôpital cantonal de B \_\_\_\_\_ afin de connaître l'évolution de la situation et la capacité de travail dans une activité adaptée (pièce 40). Dans son rapport du 11 mars 2021, le Dr C \_\_\_\_\_ de l'Hôpital cantonal de B \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale du 10 août 2020 au 31 janvier 2021 dans toutes activités physiques en raison des limitations de mouvement et d'une dysbalance musculaire (ch. 1.3), des douleurs dans la hanche droite (ch. 3.2) et des difficultés à charger la jambe droite (ch. 3.4). S'agissant du potentiel de réadaptation, il a estimé que l'assurée pouvait exercer 2 à 3 heures dans une activité adaptée (ch. 4.2) (pièce 41). Le 1<sup>er</sup> avril 2021, le Dr A \_\_\_\_\_ a estimé que le pronostic de réadaptation serait bon dans un travail adapté mais seulement après que le problème de la hanche aurait été résolu (ch. 4.3 ; pièce 42, p. 178 et 179). Il a expliqué que la patiente présentait toujours des douleurs chroniques invalidantes et que le Dr D \_\_\_\_\_ de l'Hôpital de E \_\_\_\_\_, qui avait vu la patiente en consultation d'orthopédie le 26 mars 2021, proposait l'ablation de la vis d'ostéosynthèse, le 22 avril 2021, afin de soulager les douleurs et d'améliorer la boiterie (pièce 42, p. 181).

Le 28 mai 2021, l'assurée a informé l'OAI que l'opération n'avait pas permis d'améliorer les douleurs (pièce 45). Le 14 juin 2021, l'OAI a appris que l'assurée bénéficiait d'un suivi psychiatrique auprès du F \_\_\_\_\_ (pièce 47).

Interpellé pour connaître les suites de l'opération, le Dr A \_\_\_\_\_ a expliqué que les douleurs au niveau de la hanche droite, de rythme mécanique et inflammatoires, avaient perduré malgré l'ablation de la vis et qu'elles avaient nécessité le recours aux morphiniques. Pour cette raison, il a estimé que la capacité de travail était nulle dans toutes activités même légères et sédentaires (pièce 48).

Dans son rapport du 12 juillet 2021, le Dr G \_\_\_\_\_ du F \_\_\_\_\_ a indiqué suivre l'assurée depuis le 16 novembre 2020 à la demande de l'assureur perte de gain maladie, en raison d'un épuisement et d'un découragement dans le contexte de douleurs chroniques non soulagées par les traitements (pièce 49). Il a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique depuis juin 2021, pour lequel il n'avait pas instauré de médication psychotrope ; il a également relevé des traits de personnalité passive accentués qui pouvaient participer à l'entretien de la symptomatologie dépressive (ch. 2.7). Au chapitre des symptômes (ch. 2.2), il a noté

que l'assurée se plaignait de douleurs somatiques sans plainte psychiatrique explicite et pouvait exprimer un ras-le-bol sans pour autant se décourager. Il a précisé qu'il n'avait pas attesté d'incapacité de travail, mais qu'il estimait que celle-ci était de 50% dans les activités habituelles, comme dans une activité adaptée (ch. 1.3, 4.1 et 4.2). Il a considéré que le pronostic était réservé, tout en relevant que la symptomatologie dépressive était fortement liée à la santé physique et à la situation socio-asséculoologique (ch. 4.3).

Le dossier a été transmis au SMR qui a constaté, d'une part, qu'une nouvelle atteinte était apparue sur le plan psychiatrique qui entraînerait une incapacité de travail de 50%, alors même que l'assurée ne formulait aucune plainte explicite sous cet angle et que le psychiatre n'avait pas prescrit de médication psychotrope, et, d'autre part, que la situation orthopédique n'avait pas évolué depuis l'opération de juin 2020 et que la capacité de travail restait nulle selon les médecins. Il a dès lors proposé de demander un avis psychiatrique interne avant de compléter le dossier sur le plan orthopédique (pièce 51).

Dans son avis du 30 août 2021, le Dr H \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du SMR, a constaté que l'ensemble des plaintes de l'assurée était lié à la problématique somatique. Il a estimé que le descriptif succinct de la symptomatologie ne permettait pas de retenir le diagnostic d'épisode dépressif moyen, qui aurait d'ailleurs justifié l'introduction d'un traitement médicamenteux, ce qui n'était pas le cas. De son point de vue, le lien très précis qui était fait avec les problèmes somatiques renvoyait clairement à un trouble de l'adaptation ou à un épisode dépressif léger, qui ne produisait habituellement pas d'incapacité de travail de longue durée (pièce 53).

Interpellé pour connaître le résultat des infiltrations, le Dr I \_\_\_\_\_ du Service d'orthopédie et traumatologie de l'Hôpital de E \_\_\_\_\_ a attesté que l'assurée se plaignait toujours de douleurs localisées à la racine du membre inférieur droit et que la mobilisation passive était douloureuse dans tous les mouvements avec une flexion limitée à 90 et des rotations à 20-0-10. De son point de vue, la situation médicale n'était pas stabilisée, de sorte qu'il ne pouvait pas se prononcer sur la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée (pièce 58).

Prenant position le 21 septembre 2021, le SMR a suivi l'avis des médecins et a considéré que la situation n'était pas stabilisée et qu'une incapacité de travail totale dans toute activité était justifiée. Il a toutefois proposé une réévaluation dans trois mois avec

analyse objective de la capacité de travail exigible dans une activité légère et sédentaire (pièce 59).

Ceci étant, l'OAI a rendu un projet de décision d'octroi de rente d'invalidité le 29 septembre 2021 (pièce 62), suivi d'une décision le 5 janvier 2022, par laquelle il a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité fondée sur un taux de 78% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2020 (pièce 72).

**C.** Entre-temps, le 26 novembre 2021, l'OAI a reçu un rapport du Dr D \_\_\_\_\_ par le Dr I \_\_\_\_\_, qui indiquait que l'arthro-IRM réalisée le 21 septembre 2021 était rassurante et que l'examen clinique parlait plutôt pour des douleurs au niveau lombaire, de sorte que le spécialiste proposait d'effectuer une IRM lombaire et de demander un avis au K \_\_\_\_\_ (pièce 71).

Le 25 mars 2022, l'OAI a mis en œuvre une révision d'office de la rente d'invalidité comme l'avait préconisé le SMR dans son avis du 21 septembre 2021 (pièce 77).

Dans son rapport du 15 avril 2022, le Dr A \_\_\_\_\_ a expliqué que la situation complexe de la patiente avait été reprise par la Dresse J \_\_\_\_\_ du K \_\_\_\_\_ et que le pronostic devait être évalué selon cette prise en charge (pièce 77). Il a remis le rapport de l'IRM lombaire du 3 décembre 2021 montrant des dégénérescences discales en L4-L5 et L5-S1, le rapport de la consultation d'antalgie du 10 février 2022 émettant plusieurs propositions de traitement, ainsi qu'un rapport du 9 mars 2022 concernant une intervention ambulatoire de ligature élastique des hémorroïdes.

Le 4 septembre 2022, le Dr A \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait vu l'assurée le 18 mai 2022 pour des douleurs lombaires et sacro-iliaques d'évolution favorable, puis le 24 août suivant pour une infection urinaire. A cette occasion, l'assurée a expliqué que les douleurs à la hanche étaient toujours identiques et qu'elle avait manqué une consultation au K \_\_\_\_\_ avec la Dresse J \_\_\_\_\_ en juillet 2022. De l'avis du médecin traitant, la capacité de travail dans une activité adaptée ne pourrait être déterminée qu'en fonction des résultats de la prise en charge en antalgie, mais qu'il faudrait de toute façon tenir compte des limitations liées à la hanche, à savoir pas de marche, pas de positions statiques assise et debout et pas de port de charges (pièce 79).

Mandaté, le SMR a estimé qu'étant donné que l'orthopédiste n'avait pas pu se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée, il convenait de demander un avis interne au spécialiste de l'appareil locomoteur (pièce 81). Dans son rapport du 14 septembre 2022, le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et

traumatologie de l'appareil locomoteur au SMR, a pris connaissance du dossier médical de l'assurée et a constaté que les examens cliniques réalisés par les différents médecins étaient concordants et rassurants au niveau de la hanche droite et que les examens paracliniques avaient mis en évidence un status post-opératoire, l'absence d'anomalie osseuse coxo-fémorale droite et des troubles lombaires dégénératifs de caractère banal correspondant à l'âge de l'assurée, ainsi qu'une intégrité des articulations sacro-iliaques. Il a estimé que les observations cliniques seraient identiques en cas d'examen par le SMR de sorte qu'il n'apparaissait pas nécessaire. De son point de vue, la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues dans l'avis SMR du 13 septembre 2022 (pièce 82).

Dans son rapport final du 16 septembre 2022, le SMR a relevé que dans son rapport de septembre 2022, le Dr A \_\_\_\_\_ avait indiqué que les douleurs lombaires et sacro-iliaques avaient évolué favorablement, que les douleurs à la hanche droite restaient identiques et que l'assurée avait manqué la consultation d'antalgie de juillet 2022. Au vu de l'avis du Dr L \_\_\_\_\_, le SMR a estimé qu'une pleine capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée pouvait être admise depuis la dernière consultation auprès du Dr A \_\_\_\_\_ le 24 août 2022 (pièce 83).

Par projet de décision du 21 septembre 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait supprimer sa rente d'invalidité dès lors qu'à partir du 24 août 2022, on pouvait exiger de sa part la reprise d'une activité adaptée, de sorte qu'elle ne subissait plus de perte de gain après comparaison des revenus sans et avec invalidité (pièce 84).

**D.** Le 24 septembre 2022, l'intéressée a nié que son état s'était amélioré depuis la décision d'octroi de rente ; au contraire, elle a remarqué que son problème de hanche avait entraîné des douleurs dorsales, qui avaient nécessité des traitements (pièce 86).

Le 4 octobre 2022, le Dr A \_\_\_\_\_ a également contesté la position de l'OAI au motif que l'assurée souffrait toujours de la hanche droite et qu'il n'avait en aucun cas certifié qu'elle était apte à travailler (pièce 89).

Interpellé, le SMR a remarqué que le Dr A \_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément nouveau dans l'histoire médicale de l'assurée, de sorte qu'il maintenait son appréciation (pièce 93).

L'assurée n'ayant déposé aucun autre rapport (cf. pièce 94), l'OAI a rendu une décision le 7 décembre 2022, par laquelle il a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée avec effet au 1<sup>er</sup> février 2023 (pièce 96).

E. Par courrier du 4 janvier 2023 (date du sceau postal), l'intéressée a recouru céans contre ce prononcé, au motif que son état de santé ne s'était pas amélioré mais, au contraire, s'était dégradé avec l'apparition d'autres problèmes, de sorte qu'elle ne comprenait pas l'évaluation faite par l'OAI, respectivement le SMR qui ne l'avait même pas examinée. A l'appui de son recours, elle a déposé une copie du rapport du 4 septembre 2022 du Dr A \_\_\_\_\_.

Le 23 janvier 2023, M<sup>e</sup> Hervé Bovet a informé la Cour qu'il avait été mandaté par l'assurée pour défendre ses intérêts, selon procuration signée le 20 janvier 2023.

Répondant au recours le 21 février 2023, l'OAI a conclu à son rejet. Il a relevé que l'avis du SMR du 14 septembre 2022 tenait compte de tous les rapports médicaux, dont celui du Dr A \_\_\_\_\_ déposé par l'assurée, et qu'un examen clinique n'aurait pas apporté de plus amples renseignements. Enfin, il a observé que l'assurée ne s'était pas rendue à la consultation d'antalgie de juillet 2022 (selon le rapport du Dr A \_\_\_\_\_) et qu'il n'avait aucune information sur un éventuel autre rendez-vous.

Dans sa réplique du 22 mars 2023, le mandataire de l'assurée a soutenu qu'il n'existait pas d'éléments nouveaux depuis la décision d'octroi de rente justifiant la révision de cette dernière. Il a remis un rapport du 7 mars 2023 de la Dresse J \_\_\_\_\_ qui expliquait les raisons pour lesquelles l'assurée ne s'était pas rendue à la consultation de juillet 2022 (céphalées intenses), mais attestait que l'assurée s'était présentée aux consultations suivantes des 12 septembre 2022, 15 décembre 2022, 17 janvier 2023 et 6 mars 2023. Était encore joint à la réplique un certificat médical du 23 janvier 2023 du Dr A \_\_\_\_\_ qui attestait l'absence d'éléments nouveaux depuis l'octroi de la rente, plus particulièrement l'absence d'amélioration notable de l'état de santé malgré les soins.

Le 4 avril 2023, il a complété son écriture, en répétant qu'il n'y avait pas de motif de révision et en remettant un certificat du 14 mars 2023 du F \_\_\_\_\_ attestant une incapacité de travail de 50% sur le plan psychiatrique.

Prenant position sur ces écritures les 25 avril 2023 et 2 mai suivant, l'intimé a rappelé que dans le cadre de la procédure de révision d'office, le Dr A \_\_\_\_\_ n'avait pas pu se prononcer sur la capacité de travail médico-théorique, raison pour laquelle un avis orthopédique interne avait été demandé, lequel tenait compte de l'ensemble des rapports médicaux au dossier. Il a ajouté que les nouveaux rapports déposés par la recourante n'apportaient rien et a rappelé que l'incapacité de travail psychiatrique n'était pas motivée ni établie sur la base des éléments au dossier.

La recourante n'ayant pas d'autres observations à faire valoir dans son courrier du 4 mai 2023, l'échange d'écritures a été clos par ordonnance du 10 mai 2023.

### **Considérant en droit**

#### **1.**

**1.1** Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la LPGGA s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Posté le 4 janvier 2023, le présent recours à l'encontre de la décision du 7 décembre 2022 a été interjeté dans le délai légal de trente jours prolongé par les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 et 60 LPGGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGGA 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 LPGGA), 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). Compte tenu de la date de la décision entreprise et des faits déterminants pour la suppression de la rente, c'est cette nouvelle loi qui s'applique.

**2.** Le litige porte sur la suppression par voie de révision au 1<sup>er</sup> février 2023 de la rente entière accordée à la recourante depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2020, par décision du 5 janvier 2022. La recourante conteste en particulier l'existence d'un motif de révision permettant de mettre fin au versement de sa rente, dès lors que son état de santé ne se serait pas amélioré dès le 24 août 2022.

**2.1** A teneur de l'article 17 LPGGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré : a. subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage, ou b. atteint 100% (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence ; 133 V 108 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_140/2017 du 18 août 2017 consid. 4.2). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est en soi resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; 113 V 273 consid. 1a et les références).

**2.2** En l'espèce, la recourante soutient qu'aucune pièce médicale ne mettrait en évidence que son état de santé et sa capacité de travail se seraient améliorés, au sens de l'article 17 LPGA, dès le 24 août 2022. Or, il ressort du dossier, plus particulièrement du rapport du 4 septembre 2022 du Dr A \_\_\_\_\_ (pièce 79), que la situation au niveau de la hanche était toujours identique au contrôle du 24 août 2022 et ceci malgré les interventions chirurgicales et les traitements ; dans ces conditions, il sied d'admettre que l'état de santé de l'assurée s'était stabilisé, ce qui permettait de définir avec précision les limitations fonctionnelles et d'évaluer la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée.

L'assurée est ainsi passée d'une situation dans laquelle elle était incapable de travailler dans toute activité depuis le 27 juillet 2019, selon la décision de l'OAI du 5 janvier 2022, en raison essentiellement des interventions chirurgicales subies et des traitements médicaux entrepris, à une situation dans laquelle on pouvait exiger d'elle la reprise à 100% d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles au vu de l'absence d'évolution de l'état de santé constatée par le Dr A \_\_\_\_\_ à la consultation du 24 août 2022. En effet, l'état de santé de la recourante ne nécessite plus d'autres mesures thérapeutiques que la poursuite du traitement médicamenteux (cf. rapport de la Dresse J \_\_\_\_\_ du 7 mars 2023).

Le grief de la recourante quant à l'absence de motif de révision est dès lors mal fondé.

**3.** Au vu de la stabilisation de l'état de santé, l'intimé se devait d'apprécier la capacité de travail exigible de la part de l'assurée dans une activité adaptée.

**3.1.1** A cet égard, il sied de rappeler que la notion d'invalidité est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé

n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). Selon l'article 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. En outre, dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et les références).

**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<sup>er</sup> janvier 2022, ch. 1109). En effet, selon l'article 54a LAI, les SMR sont à la disposition des offices AI pour l'évaluation des conditions médicales du droit aux prestations (al. 3) et établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'article 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 4). Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce (al. 5). 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 différents 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 précité 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 125V 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).

**3.2** En l'occurrence, comme on l'a vu, l'intimé était en droit de procéder à l'appréciation de la capacité de travail médico-théorique de l'assurée au vu de la stabilisation de son état de santé. Dans ce sens, il a sollicité l'avis du médecin traitant de l'assurée, lequel a toutefois déclaré, dans son rapport du 4 septembre 2022, ne pas pouvoir se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Cela étant, le SMR a demandé un avis interne à son spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le Dr L \_\_\_\_\_, qui - sur la base de l'ensemble des rapports médicaux (notamment ceux postérieurs à la décision du 5 janvier 2022) et du dossier radiologique de l'assurée - a conclu qu'une pleine capacité de travail était exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles engendrées par les troubles à la hanche droite et à la colonne lombaire, à savoir : position essentiellement assise, pas de position debout prolongée, pas de travaux lourds, pas de port de charges supérieures à 10 kg occasionnellement, marche limitée, pas d'escaliers ni d'échelle et pas de position à genoux et accroupie (cf. pièce 83). A cet égard, il est rappelé que la réalisation d'un examen personnel de l'assuré n'est pas obligatoire pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 et 8C\_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1). Le Dr L \_\_\_\_\_ a d'ailleurs expliqué qu'il disposait de suffisamment de constatations cliniques et qu'en cas d'examen, ses observations seraient identiques.

De l'avis de la Cour, l'appréciation du SMR ne souffre d'aucune critique et n'est contredite par aucun avis médical contraire d'une force probante prépondérante. Notamment, dans ses rapports des 4 octobre 2022 et 23 janvier 2023, le Dr A \_\_\_\_\_ n'explique pas sur quels aspects l'avis du SMR serait erroné, ni quel élément médical objectif aurait été ignoré. Il ne conteste aucune des limitations fonctionnelles retenues par le SMR, lesquelles permettent l'épargne des membres inférieurs et de la zone lombaire. Quant aux autres médecins du Service orthopédique de l'hôpital ou du K \_\_\_\_\_, aucun n'a émis d'avis sur la capacité de travail résiduelle de la recourante.

Contrairement à ce que celle-ci semble penser, ni le SMR ni l'intimé ne nient les troubles à la hanche et au dos. En revanche, ils estiment - et la Cour se rallie à leur opinion - qu'il n'y a pas de raisons que la recourante ne soit pas en mesure de reprendre à plein temps une activité lucrative légère pleinement adaptée à ses difficultés physiques, étant rappelé que le marché de l'emploi recouvre un éventail large d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (ATF 135 V 297 consid. 5.2, 129 V 472 consid. 4.2.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_484/2016 du 10 février 2017 consid. 4.3 ; I 613/05 du 8 janvier 2007 consid. 7 ; I 171/04 du 1<sup>er</sup> avril 2005 consid. 4.2, in REAS 2005 p.240).

**4. Mal fondé le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.**

**5.**

**5.1** La recourante, qui n'a pas obtenu gain de cause, supportera les frais arrêtés à 500 fr. (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA et 69 al.1bis LAI).

**5.2** Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g *a contrario* LPGA).

Par ces motifs,

**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 11 décembre 2024