

S1 20 156

**JUGEMENT DU 16 MARS 2023**

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

Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Ferdinand Vanay, greffier

**en la cause**

**X** \_\_\_\_\_, recourante, représentée par Maître Yannis Sakkas, avocat, 1920 Martigny

**contre**

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

(art. 17 LPGA ; révision ; diminution d'une rente d'invalidité)

## Faits

**A.** X \_\_\_\_\_, née en juin 1961, de nationalité portugaise, sans formation professionnelle, est arrivée en Suisse en 1984. Elle a tout d'abord œuvré en tant que sommelière, puis comme concierge à 50 % de 1990 à 2008. En 2007, elle a pris un emploi de femme de ménage, exerçant cette activité le soir pour un horaire hebdomadaire variant de 15 à 18 heures.

**B.** Le 7 octobre 2010, l'assurée a déposé auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente. Elle y mentionnait deux opérations au genou, en 1989 et 2009, ainsi que la pose d'une prothèse (cf. pièce n° 1 du dossier de l'OAI duquel sont tirées toutes les pièces citées ci-après, sauf mention contraire).

Après avoir recueilli des renseignements auprès des médecins traitants, l'OAI a mandaté le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) qui, dans un avis du 23 mai 2011, a retenu que l'assurée souffrait d'une gonarthrose bilatérale (traitée à droite par prothèse totale du genou en 2009), d'une arthrose du rachis cervical avec discarthroses importantes C2-C3 et C5-C6 ainsi que de troubles dégénératifs du rachis. Le SMR a considéré qu'en raison de ces affections, l'intéressée présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dès le 17 novembre 2009, puis de 50 % dès le 15 février 2010. Il a aussi estimé qu'à partir du 15 novembre 2010, l'état de santé de l'assurée lui permettait d'exercer à temps plein une activité adaptée respectant certaines limitations (positions de travail alternées, port de charges de 10 kg max., pas de travaux lourds, marche à plat uniquement et pas de travail en porte à faux, avec rotation du tronc, à genoux ou sur des échelles ; cf. pièce n° 72).

Se fondant sur cet avis, l'OAI a établi deux décisions datées du 24 août 2011, l'une portant sur le refus d'une rente d'invalidité et l'autre sur le refus d'un reclassement (cf. pièces n<sup>os</sup> 82 s.).

X \_\_\_\_\_ a recouru céans contre ces prononcés, le 4 octobre 2011, concluant principalement à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et subsidiairement à celui d'un reclassement professionnel. En cours de procédure, elle a produit plusieurs avis médicaux portant notamment sur son état de santé psychique (cf. pièces n<sup>os</sup> 90 à 130). Son recours a été rejeté par jugement du 5 décembre 2012 (S1 11 171), dans lequel il a été précisé que les troubles mentionnés dans les avis médicaux postérieurs à la date de la décision attaquée devaient faire l'objet d'une nouvelle demande (cf. pièce n° 131).

C. Le 10 décembre suivant, l'assurée a sollicité de l'OAI la révision de son cas, en se fondant sur les avis médicaux précités (cf. pièce n° 133).

Cet office a repris l'instruction du dossier et obtenu des renseignements médicaux desquels il ressortait notamment que l'assurée présentait une péjoration de ses gonalgies gauches et de ses lombalgies, des douleurs aux deux genoux qui limitaient fortement la marche, une baisse de l'audition, un acouphène constant, des céphalées tensionnelles fréquentes ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4 ; cf. pièce n°s 132 à 156).

Interpellé par l'OAI, le SMR a décidé de mettre en œuvre un examen bidisciplinaire rhumato-psychiatrique, lequel s'est déroulé le 10 décembre 2014. Du point de vue rhumatologique, l'assurée a été examinée par le Dr A \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 7 janvier 2015, ce spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation a retenu les diagnostics de gonalgies droites et gauches chroniques, cervicalgies et lombalgies chroniques ainsi que surdité de l'oreille droite. Il a estimé que, du point de vue somatique, l'activité de femme de ménage n'était plus possible, mais que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : positions de travail alternées, port de charges d'au maximum 10 kg, pas de travaux lourds, marche à plat, pas de porte à faux ni de rotation du tronc, pas d'activité accroupie ou agenouillée. Le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie ayant examiné l'intéressée sur le plan psychiatrique, n'a retenu quant à lui aucun diagnostic incapacitant, mentionnant comme seule atteinte un état anxieux et dépressif mixte non susceptible d'altérer la capacité de travail (cf. pièce n° 193).

Faisant siennes les conclusions de ces deux spécialistes, le SMR a considéré, dans un rapport final du 3 avril 2015, que la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée (cf. pièce n° 193), ce qui a conduit l'OAI à refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, par décision du 29 juin 2015 (cf. pièce n° 202).

Dans le recours qu'elle a interjeté céans contre ce prononcé, le 2 septembre suivant, l'intéressée a conclu principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique (cf. pièce n° 210).

Par jugement du 30 novembre 2015 (S1 15 160), la Cour de céans a renvoyé l'affaire à l'OAI pour instruction complémentaire (cf. pièce n° 213), issue que dit office avait proposée dans sa réponse du 10 novembre 2015 (cf. pièce n° 211). En effet, le Tribunal

fédéral avait modifié en date du 3 juin 2015 sa jurisprudence sur l'évaluation des troubles somatoformes douloureux, de sorte que l'examen clinique du Dr B \_\_\_\_\_ devait être complété à la lumière des nouveaux critères jurisprudentiels.

**D.** Le 8 février 2016, l'assurée a informé l'OAI qu'un cancer du sein venait de lui être diagnostiqué et qu'au vu de ses nombreux troubles tant physiques que psychiques, une expertise pluridisciplinaire devait être mise en œuvre (cf. pièce n° 216).

Les spécialistes en chirurgie orthopédique chargés du suivi de l'intéressée ont indiqué, dans des rapports produits au mois de mars 2016, que celle-ci présentait toujours des douleurs aux deux genoux prédominantes à droite. Ils ont notamment mentionné les diagnostics de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie, de rachialgies chroniques, de *status* après prothèse totale du genou droit avec gonalgies persistantes et de déconditionnement physique et psychique. Ils ont aussi relevé que les limitations étaient fonctionnelles lors des postures prolongées au-delà de 30 minutes, que la montée et la descente des escaliers étaient difficiles et qu'en conséquence, les postures de déplacement étaient à éviter (cf. pièces n<sup>os</sup> 224 et 226).

Le cancer du sein (carcinome canalaire invasif bifocal) a été traité d'abord par segmentectomie du quadrant inféro-externe (cf. protocole opératoire du 26 janvier 2016, sous pièce n° 240), puis par radiothérapie et chimiothérapie, le Dr C \_\_\_\_\_, oncologue, attestant une incapacité de travail complète en lien avec ce traitement (cf. rapports des 9 septembre 2016 et 16 janvier 2017, sous pièces n<sup>os</sup> 248 et 260).

Sur demande du SMR, une expertise psychiatrique a été mise en œuvre, afin de déterminer la capacité de travail de l'assurée à cet égard. Dite expertise a été confiée au Dr D \_\_\_\_\_, lequel a examiné l'intéressée les 2, 16 et 30 mai 2017. Dans son rapport du 12 juin suivant, ce spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie a indiqué que les indices jurisprudentiels de gravité pour un éventuel trouble douloureux somatoforme persistant n'étaient pas remplis. En revanche, il a retenu les diagnostics d'état dysthymique depuis 2009 avec des moments ponctuels de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) jusqu'en décembre 2015, avec une évolution défavorable vers des troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique (F33.11) depuis janvier 2016. Il a considéré que dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016, la capacité de travail était de 50% et que, de 2009 à 2015, elle était entière avec toutefois une baisse de rendement de 30% en raison de la dysthymie. Quant au pronostic, l'expert a relevé qu'une augmentation de la capacité de travail à 100 % dans les douze mois était possible

(probabilité de 50 %), tout en soulignant que la situation n'était pas encore stabilisée et qu'elle devait être réévaluée dans une année (cf. pièce n° 276).

Dans un avis du 27 septembre 2017, le SMR a retenu, sur la base des différentes pièces au dossier, les diagnostics incapacitants suivants :

- cancer du sein gauche de type canalaire invasif T2N2b et *status* après mastectomie, chimiothérapie adjuvante, radiothérapie et hormonothérapie ;
- gonalgies droites chroniques et *status* après prothèse totale du genou droit le 20 novembre 2009 pour gonarthrose unicompartmentale (Z96.6) ;
- gonalgies gauches chroniques sur gonarthrose tricompartmentale débutante et tendinopathie de la patte d'oie (M17) ;
- cervicalgies chroniques sur discarthrose cervicale prédominant en C5-C6 (M50.3) ;
- lombalgies chroniques sur spondylose lombaire et discopathie L3-L4 (M61.3) ;
- schwannome du nerf acoustique droit avec surdité appareillée diagnostiqué en février 2012 et traitée par *Gamma Knife* le 6 septembre 2012 (H90.5X-005) ;
- trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11) depuis janvier 2016.

Au vu de ce tableau clinique, le SMR a estimé qu'à partir du 25 janvier 2016, date de l'hospitalisation pour le traitement du cancer du sein, la capacité de travail était nulle, mais qu'auparavant, soit dès le 15 novembre 2010, une activité adaptée pouvait être exercée à temps plein (cf. pièce n° 290).

Sur la base de cet avis, l'OAI a rendu une première décision, le 21 novembre 2017, qui octroyait à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre suivant. Dans une seconde décision du 27 novembre 2017, il lui a accordé une rente entière du 1<sup>er</sup> janvier au 30 novembre 2017 (cf. pièces n<sup>os</sup> 298 et 301).

Le 11 janvier 2018, l'intéressée a contesté ces deux décisions, en soutenant que son droit à une rente d'invalidité aurait dû être reconnu dès le 1<sup>er</sup> décembre 2012. La Cour a rejeté ce recours, le 10 janvier 2020 (cf. jugement S1 18 9, sous pièce n° 346).

**E.** En parallèle à cette procédure de recours, l'OAI a poursuivi l'instruction du dossier, la situation médicale de l'assurée étant susceptible de s'améliorer et de conduire à une révision de son droit à une rente d'invalidité.

A la demande de l'OAI, la Dresse E \_\_\_\_\_, médecin-assistante au Centre de compétence en psychiatrie et psychothérapie (ci-après : CCPP), a établi un rapport, le 19 juin 2018, dans lequel elle a confirmé l'incapacité de travail totale de la patiente, en

raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4 ; cf. pièce n° 327).

Sur le plan oncologique, la Dresse F \_\_\_\_\_, médecin agréé au Service interdisciplinaire de cancérologie de l'Hôpital Riviera-Chablais, a attesté une incapacité de travail totale de l'intéressée dans toute activité lucrative, en raison d'une asthénie marquée (état de faiblesse et manque d'énergie), de douleurs articulaires diffuses et de mastodynies gauches (douleurs au sein). Elle a aussi relevé que l'évolution était difficile à prédire (cf. rapport du 7 mai 2018, sous pièce n° 324 ; v. aussi notes manuscrites reçues par l'OAI le 9 novembre 2018, sous pièce n° 330). Dans un rapport du 22 janvier 2019, le Dr G \_\_\_\_\_, médecin chef de l'unité d'oncologie à l'Hôpital Riviera-Chablais, a indiqué, quant à lui, qu'il était très difficile d'évaluer la capacité de travail de la patiente. Il a néanmoins précisé qu'il ne voyait, pour le moment et au plan strictement oncologique, aucune raison empêchant une réinsertion professionnelle, avec pour commencer une activité à 50 % ménageant les algies au niveau de la cicatrice du sein gauche (cf. pièce n° 335).

Dans un rapport final du 18 février suivant, la Dresse H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin au SMR, a retenu les mêmes diagnostics incapacitants que dans l'avis du 27 septembre 2017. Elle a relevé que, sur le plan oncologique, il n'y avait pas de maladie active et que l'état de santé de l'assurée était stabilisé, avec une bonne tolérance au traitement et sans effet secondaire rapporté. Elle s'est ainsi référée à la capacité de travail de 50 % admise par le Dr G \_\_\_\_\_ dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles précédemment reconnues (positions de travail alternées, port de charges d'au maximum 10 kg, pas de travaux lourds, marche à plat, pas de porte à faux ni de rotation du tronc, pas d'activité accroupie ou agenouillée), auxquelles s'ajoutaient de nouvelles limitations (pas de travail dans un plan supérieur à l'horizontale avec le membre supérieur gauche, pas de port de charges avec le bras gauche, pas de poste sollicitant de manière accentuée le bras gauche ; cf. pièce n° 336). Quant aux affections psychiatriques, la Dresse H \_\_\_\_\_ avait déjà retenu qu'elles n'empêchaient pas l'assurée d'exercer une activité adaptée à mi-temps (cf. avis du 8 octobre 2018, sous pièce n° 328).

Le 20 février suivant, l'OAI a communiqué à l'intéressée un projet de décision qui constatait que son état de santé s'était amélioré et qu'on pouvait exiger de sa part, depuis le 22 janvier 2019, l'exercice à 50 % d'une activité légère et adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a indiqué que la comparaison du revenu sans invalidité (48 117 fr. 60 en 2019) et du revenu d'invalidité (23 476 fr. 45, selon les statistiques de

l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ci-après : ESS], après abattement de 15 %) montrait un degré d'invalidité de 51 %. En conséquence, l'assurée avait droit à une demi-rente, au lieu de la rente entière versée depuis 2017 (cf. pièce n° 347).

Le 16 juin 2020, l'OAI a rendu une décision de diminution de rente avec effet au 1<sup>er</sup> août 2020 et dont la motivation était identique à celle du projet de décision précité (cf. pièce n° 361).

**F.a** Le 18 août suivant, X \_\_\_\_\_ a contesté césans cette décision, en concluant, sous suite de frais et de dépens, à son annulation et au maintien de saa rente entière de l'AI, subsidiairement à la reconnaissance d'un droit à une réadaptation à hauteur de 50 %.

A l'appui de ses conclusions, elle a fait valoir que l'OAI aurait dû mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire après le renvoi de la cause à cet office en novembre 2015. A cet égard, elle a soutenu qu'au plan somatique, aucun examen médical probant n'avait été mené. Elle a également relevé que l'OAI ne pouvait pas fonder sa décision sur le rapport du Dr G \_\_\_\_\_, qui s'écartait des appréciations émises par la Dresse F \_\_\_\_\_, médecin en charge de son suivi oncologique, et qui émettait de fortes réserves quant à son appréciation de la capacité de travail de la patiente. Celle-ci a aussi souligné que sa situation n'avait jamais été appréciée dans sa globalité, l'OAI ayant tenu compte uniquement de l'incapacité de travail à 50 % évoquée par l'oncologue, sans prendre en considération les autres atteintes somatiques dont elle souffrait ainsi que les troubles psychiques qui l'affectaient. A la suivre, ces affections cumulées justifiaient la reconnaissance d'un taux d'invalidité minimal de 70 %. Par ailleurs, l'assurée a critiqué l'expertise psychiatrique du Dr D \_\_\_\_\_, estimant que celle-ci n'était pas fiable. En outre, elle a affirmé qu'en raison des multiples limitations causées par ses problèmes de santé, elle n'était pas en mesure d'exercer une activité sur le marché du travail équilibré. Elle a aussi constaté que sa situation personnelle (femme âgée de près de 60 ans, sans formation, avec des difficultés à s'exprimer en français, sans activité exercée depuis 2010) rendait concrètement impossible la reprise d'un quelconque emploi. Enfin, à titre subsidiaire, elle a contesté l'abattement de 15 % retenu sur le salaire d'invalidé, requis une déduction de 25 % et reproché à l'OAI de n'avoir pas analysé son droit à des mesures de réadaptation.

A titre de moyens de preuve, l'assurée a sollicité l'édition du dossier de la cause, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire ainsi que l'audition des Drs G \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_.

**F.b** L'OAI a déposé son dossier, le 13 octobre 2020, et conclu au rejet du recours. Il a notamment rappelé que, s'agissant d'une révision du droit à une rente, la situation médicale de l'assurée lors de l'octroi de cette rente en novembre 2017 devait être comparée à celle prévalant au moment de la décision litigieuse. A ce sujet, il a relevé que le principal diagnostic incapacitant admis en 2017 était la découverte du cancer du sein, affection qui justifiait à elle seule une incapacité de travail totale. L'OAI a souligné qu'en janvier 2019, le Dr G \_\_\_\_\_ indiquait que l'état de santé de l'assurée était stable et que cette atteinte oncologique n'empêchait pas un retour progressif à l'emploi, faisant état d'ores et déjà d'une capacité de travail de 50 %. Il a estimé que cet avis médical était probant. Il a en outre maintenu qu'au plan psychique, l'état de santé de l'intéressée était identique à celui connu en 2017, de sorte que l'incapacité de travail de 50 % précédemment admise restait d'actualité. Quant aux perspectives pour l'assurée de retrouver un emploi, il a précisé que celle-ci avait clairement fait savoir au service de réadaptation de l'OAI qu'elle ne souhaitait pas entreprendre de démarches en ce sens et qu'elle considérait que son état de santé était incompatible avec l'exercice de n'importe quelle activité lucrative.

L'intéressée a répliqué, le 23 décembre 2020, en maintenant ses motifs et conclusions. Elle a en outre demandé à pouvoir déposer des rapports médicaux complémentaires et requis la suspension de la procédure jusqu'à la requête de la partie la plus diligente.

Le 7 janvier suivant, la Cour de céans a refusé de suspendre la procédure et imparti à l'assurée un délai pour le dépôt des pièces qu'elle annonçait.

Le 8 février 2021, l'intéressée a produit deux rapports émanant de praticiens travaillant au centre de psychiatrie et de psychothérapie *Les Toises*, à Lausanne. Le premier de ces rapports, daté du 24 août 2020, est une évaluation établie par trois neuropsychologues, à la suite de plaintes mnésiques. Le second rapport, daté du 2 février 2021, a été établi par les Drs I \_\_\_\_\_, médecin chef d'établissement et spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie, et J \_\_\_\_\_, médecin. Ceux-ci ont retenu les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F43.1), troubles dissociatifs (F44), trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11) et troubles mixtes de la personnalité (anxieuse, labile, F61) ; ils ont notamment indiqué que l'état de santé psychique de la patiente évoluait en dents de scie depuis 2018 (avec une irritabilité, des angoisses, des attaques de panique, un trouble de la concentration et de la mémoire, une fatigue et des douleurs chroniques persistantes dans tout le corps), que le trouble somatoforme douloureux était invalidant depuis 2012

et que le traitement mis en œuvre n'avait pas permis d'améliorer cette symptomatologie qui entraînait une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle.

Le 23 mars 2021, l'OAI a dupliqué, en observant que les deux rapports précités n'apportaient aucun élément médical objectif nouveau par rapport à l'expertise psychiatrique menée par le Dr D \_\_\_\_\_ et qu'ils étaient, partant, impropres à démontrer une aggravation sur le plan psychiatrique.

Le 25 mars 2021, l'assurée a déposé un rapport établi le 26 janvier précédent par le Dr K \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, qui la suivait depuis 2009. Celui-ci a indiqué, en particulier, que des lâchages articulaires au niveau du genou droit étaient apparus depuis 2019 et avaient motivé une nouvelle intervention pratiquée le 22 janvier 2021 (resurfaçage de la rotule droite).

En outre, l'intéressée a produit, le 12 avril 2021, un rapport du 8 janvier 2021 émanant de la Dresse L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant. Celle-ci y diagnostiquait chez sa patiente notamment des gastralgies récidivantes, des douleurs récidivantes du rachis avec troubles statiques et dégénératifs, des troubles de l'équilibre et de la marche avec un schwannome vestibulaire droit (grade III, traitée par *gamma knife* en 2013) et apparition d'un schwannome du cavum de Meckel gauche (stable) ainsi que des troubles dépressifs récurrents (F33.11), chroniques et avec troubles de l'humeur aggravés et troubles du sommeil. Le traitement incluait la prise quotidienne de plusieurs médicaments, notamment un antalgique central et un antidépresseur.

Le 12 août 2021, l'assurée a déposé une lettre de l'OAI du 26 juillet précédent, dans laquelle cet office indiquait qu'il avait requis des renseignements complémentaires auprès de l'Hôpital Rivera Chablais et du Dr K \_\_\_\_\_. Elle a soutenu que cette lettre démontrait que sa situation médicale n'était pas clarifiée.

### **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.

**1.2** Remis à la poste le 18 août 2020, le recours dirigé contre la décision du 16 juin précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 38 al. 4 let. b et 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA ; art. 69 al. 1 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.

**1.3** L'intimé a déposé ceans son dossier, de sorte que la demande de la recourante en ce sens est satisfaite. Quant aux autres moyens de preuve que celle-ci sollicite (expertise pluridisciplinaire, audition des Drs G \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_), la nécessité de les administrer sera examinée dans les considérants qui suivent (cf. *infra*, consid. 4.4.3 et 4.5.3).

**2.1** Le litige porté ceans concerne la diminution de la rente d'invalidité dont bénéficie la recourante, soit le remplacement de cette rente entière par une demi-rente.

**2.2** La modification de la LAI (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022. La décision litigieuse a été rendue antérieurement à cette date. Selon les principes généraux du droit intertemporel (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et les références), les dispositions de la LAI et du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) ainsi que de la LPGA sont donc applicables en l'espèce dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**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.

Tout changement important des circonstances propre 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). C'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente sur

demande ou d'office (ATF 133 V 108 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_140/2017 du 18 août 2017 consid. 4.2). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est en soi resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3, 113 V 273 consid. 1a et les références, 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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI).

**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-là 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 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et les réf. cit.).

Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a). 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 143 V 124 consid. 2.2.2 et 125 V 351 consid. 3a ainsi que les références ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a).

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). 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 du Tribunal fédéral 8C\_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.1.2).

Un rapport du SMR 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 du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_670/2020 du 28 juillet 2020 consid. 3.2 et 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2).

**3.4** Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références citées ; v. aussi, en matière d'expertise psychiatrique, ATF 148 V 49 consid. 6.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la différence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 et arrêt I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* : SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 124 I 170 consid. 4a et arrêt 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

**3.5** Selon la jurisprudence (ATF 143 V 418), il y a lieu d'appliquer à toutes les maladies psychiques la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues, à savoir au moyen d'une grille d'indicateurs (ATF 141 V 281).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, mais également celui d'un trouble psychique, suppose en premier lieu un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6), en tenant compte en particulier

du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et 2.1.2). L'analyse doit également prendre en considération d'éventuels facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2).

Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit ensuite être analysé au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4.1.1). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

**3.6** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1, 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les réf. cit.). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et arrêt du Tribunal fédéral 9C\_298/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.2).

**3.7** De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse

a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et 131 V 242 consid. 2.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1 et les autres arrêts cités).

**4.1** En l'occurrence, l'intimé a estimé, sur la base des renseignements médicaux au dossier, que l'état de santé de la recourante s'était amélioré et que, depuis le 22 janvier 2019 (date du rapport du Dr G \_\_\_\_\_), on pouvait raisonnablement exiger de celle-ci qu'elle exerce, à mi-temps et avec un rendement normal, une activité légère et adaptée, respectant plusieurs limitations fonctionnelles (positions de travail assise et alternée, port de charges limitées à 10 kg, pas de travaux lourds, marche à plat uniquement, pas d'activité en porte à faux, ni de rotation du tronc, pas d'activité à genoux, pas de travaux nécessitant de monter sur des échelles, pas de travail dans un plan supérieur à l'horizontal avec le membre supérieur gauche, pas de port de charges avec le bras gauche, pas d'activité sollicitant de manière accentuée le bras gauche).

La recourante critique cette évaluation à plusieurs égards, invoquant notamment une violation de son droit à la preuve et reprochant à l'intimé de n'avoir pas correctement instruit le dossier au plan médical. La Cour examinera ci-après la valeur probante des renseignements médicaux aux plans somatique (cf. *infra*, consid. 4.2), psychiatrique (cf. *infra*, consid. 4.3) et oncologique (cf. *infra*, consid. 4.4), puis en discutera la synthèse (cf. *infra*, consid. 4.5).

**4.2** La recourante relève d'abord qu'elle souffre de multiples atteintes somatiques incapacitantes, qui se sont aggravées depuis 2015 et qui n'ont jamais fait l'objet d'un examen probant. Elle soutient qu'une situation aussi complexe impose la mise en œuvre d'une expertise externe appréciant le tableau clinique dans son ensemble, ce qui n'a jamais été fait.

Dans sa réponse, l'intimé expose notamment, en se référant au rapport final du SMR du 27 septembre 2017 (cf. pièce n° 290), que l'atteinte oncologique diagnostiquée en 2016 justifiait à elle seule l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Les autres atteintes

somatiques identifiées à ce moment-là entraînaient diverses limitations fonctionnelles, mais n'empêchaient pas l'exercice à temps plein d'une activité lucrative adaptée.

**4.2.1** La Cour rappelle que, dans son jugement S1 18 9 (consid. 3.2), elle avait estimé que l'examen effectué le 10 décembre 2014 par le Dr A \_\_\_\_\_, médecin au SMR qui concluait à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante, disposait d'une valeur probante entière que les avis divergents des médecins traitants (rapport du Dr K \_\_\_\_\_ du 10 février 2016, sous pièce n° 224 ; avis du Dr M \_\_\_\_\_ du 23 septembre 2015, sous pièce n° 226) ne permettaient pas de remettre en cause. La Cour a aussi retenu, dans ce même jugement, qu'à l'exception de l'apparition notable du cancer du sein, les autres affections somatiques que présentait l'assurée n'avaient pas évolué durant l'année 2015 de manière à influencer sa capacité de travail avant janvier 2016, date à laquelle l'incapacité totale de travailler avait été reconnue par l'OAI. Elle en a déduit que l'intimé n'avait pas à examiner plus avant le volet somatique du dossier de la recourante, l'avis précité du Dr A \_\_\_\_\_ étant suffisant à cet égard.

**4.2.2** Il convient dès lors de déterminer si les pièces médicales versées au dossier permettent de retenir qu'entre les décisions d'octroi de rente entière de novembre 2017 entrées en force et reposant sur un examen complet du droit à la rente et celle du 16 juin 2020 la réduisant de moitié, les atteintes somatiques dont la recourante est atteinte (autres que le cancer du sein) se sont péjorées au point de remettre en question les conclusions du Dr A \_\_\_\_\_. Or, force est de constater que le dossier de l'intimé ne comporte aucun rapport médical allant dans ce sens. La seule nouvelle affection somatique signalée est une anémie ferriprive importante, avec asthénie marquée et douleurs articulaires diffuses, qu'atteste la Dresse F \_\_\_\_\_ en charge du suivi oncologique de l'assurée (cf. rapport du 7 mai 2018, sous pièce n° 324 ; courrier annoté reçu par l'OAI le 9 novembre 2018, sous pièce n° 330). Or, cette praticienne relève que cette affection est en cours d'investigation, mais elle n'évoque nullement une péjoration durable de l'état de santé de l'assurée. Dans ces conditions, c'est à bon droit que l'intimé a centré son examen sur l'évolution de l'atteinte oncologique et des problèmes psychiatriques et qu'il a renoncé à investiguer les autres affections somatiques, à propos desquelles les conclusions du Dr A \_\_\_\_\_ sont toujours valables. Les critiques que la recourante formule à ce sujet sont donc écartées.

**4.2.3** Céans, la recourante a déposé un rapport établi le 26 janvier 2021 par le Dr K \_\_\_\_\_. Ce document indique notamment qu'il suit la patiente depuis 2009 et que celle-ci fait état, depuis la mise en place de sa prothèse au genou droit la même

année, de douleurs persistantes de type mécanique au niveau de cette articulation. Ce spécialiste précise avoir fait de nombreuses investigations, qui avaient montré une intolérance de la rotule au matériel prothétique. Il relève que la patiente a été opérée à nouveau, le 22 janvier 2021, afin de mettre en place un resurfaçage de la rotule droite et de résoudre les lâchages articulaires qui étaient apparus depuis 2019 et avaient rendu la situation de plus en plus invalidante. Le Dr K \_\_\_\_\_ fait état d'une évolution simple et d'une situation assez stable, les douleurs étant modérées et uniquement liées à des fatigues ou des efforts particuliers. La Cour est d'avis que ces renseignements ne mettent pas en évidence l'existence chez l'assurée d'atteintes au niveau du genou droit qui seraient antérieures au 16 juin 2020 et de nature à influencer sur l'évaluation de l'invalidité. Elle rappelle que l'OAI a admis plusieurs limitations fonctionnelles en raison des problèmes de genoux de la recourante (en particulier, positions de travail assise et alternée, aucuns travaux lourds, marche à plat uniquement et aucune activité à genoux ou nécessitant de monter sur des échelles). A cet égard, il ne ressort nullement du rapport du Dr K \_\_\_\_\_ que ces limitations seraient inadéquates ou qu'elles devraient être complétées. Dans ces circonstances, cette nouvelle pièce n'est pas de nature à remettre en question l'appréciation médicale sur laquelle l'intimé s'est fondé pour rendre sa décision du 16 juin 2020. Il en va de même du fait que l'OAI a chargé l'Hôpital Riviera-Chablais et le médecin précité d'établir un rapport médical, le 26 juillet 2021 (cf. lettre de l'OAI produite par la recourante, le 12 août 2021). En effet, ces mesures d'instruction visent à déterminer l'évolution de la situation médicale après le 16 juin 2020 et, contrairement à ce que l'intéressée affirme, elles ne sont donc pas aptes à démontrer un défaut d'instruction du dossier au moment où l'intimé a rendu sa décision.

La recourante a aussi produit, le 12 avril 2021, un rapport du 8 janvier 2021 émanant de son médecin traitant, la Dresse L \_\_\_\_\_. Les atteintes au niveau du rachis (discopathies étagées cervicales et lombaires) et des genoux (gonalgies et gonarthrose) qui y sont diagnostiquées sont connues et ont été dûment prises en compte par l'OAI. Quant aux gastralgies récidivantes (avec plusieurs épisodes d'hémorragies digestives et d'anémie ferriprive) et aux troubles de l'équilibre et de la marche avec un schwannome vestibulaire droit (grade III, traitée par *gamma knife* en 2013) et un schwannome du cavum de Meckel gauche (stable), rien ne permet d'affirmer que ces affections sont susceptibles d'influer durablement sur la capacité de travail de la recourante. Au demeurant, la Cour relève, s'agissant des troubles de l'équilibre et de la marche, que l'intimé a retenu à juste titre que l'assurée ne pouvait pas monter sur des échelles et qu'elle devait uniquement marcher à plat. Il apparaît donc que l'OAI a bien tenu compte des troubles précités dans la fixation des limitations fonctionnelles. Enfin, les deux autres

diagnostics posés par la Dresse L \_\_\_\_\_ concernant respectivement les atteintes oncologique et psychiatrique, à propos desquelles elle ne fait état d'aucun élément nouveau particulier et qui seront discutées dans les considérants qui suivent. Dès lors, cette nouvelle pièce médicale n'est, elle non plus, d'aucune aide à la recourante.

**4.3** S'agissant de l'appréciation de la situation psychiatrique, la recourante critique la valeur probante de l'expertise du Dr D \_\_\_\_\_ qui, selon elle, ne respecte pas les réquisits jurisprudentiels. Elle relève que les conclusions de l'expert s'écartent des avis des psychiatres traitants et ont été partiellement remises en question par l'OAI. Elle pointe également le fait que cette expertise réalisée en 2017 n'est pas apte à rendre objectivement compte de son état de santé en 2020, celui-ci s'étant péjoré entre-temps.

**4.3.1** Dans son jugement S1 18 9 (consid. 3.3.1 et 3.3.2), la Cour a cependant retenu que le rapport d'expertise du Dr D \_\_\_\_\_ remplissait tous les réquisits jurisprudentiels permettant d'établir sa valeur probante et qu'il n'était donc pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique comme demandé par la recourante. Elle a précisé que l'expert avait exclu le trouble douloureux somatoforme persistant, en expliquant de manière convaincante pour quelles raisons les critères jurisprudentiels fixés pour l'évaluation de la gravité de cette atteinte n'étaient pas remplis au point de justifier une incapacité de travail. Elle a aussi retenu que les éléments mis en avant par les psychiatres du CCPP – à savoir de l'irritabilité, de l'anxiété, des douleurs chroniques, une humeur dépressive, de la fatigabilité, une baisse de l'élan vital, une anhédonie, des difficultés à se projeter dans l'avenir et des insomnies d'endormissement – ne traduisaient pas une atteinte grave au point de justifier une incapacité de travail. La Cour a encore indiqué que lesdits psychiatres n'avaient pas mis en évidence un retrait ou un isolement social de l'assurée en lien avec son affection psychique, que celle-là disposait encore d'un réseau, à tout le moins familial, qu'elle continuait d'entretenir et sur lequel elle pouvait compter et que son traitement médicamenteux était le même depuis plusieurs années. Au plan de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part, la Cour a constaté qu'à la lecture de l'anamnèse des rapports médicaux du CCPP et de l'expertise du Dr D \_\_\_\_\_, aucune répercussion concrète des troubles psychiques de la recourante sur sa qualité de vie n'était mentionnée.

Céans, l'intéressée n'énonce aucun argument précis et ciblé à l'encontre de l'expertise précitée, de sorte que la Cour s'en tient à ses précédentes conclusions, selon lesquelles la valeur probante de ladite expertise est entière.

**4.3.2** Quant à l'évolution de l'état de santé psychique de l'assurée depuis les décisions de l'intimé de novembre 2017, il y a lieu de relever encore les éléments suivants.

**4.3.2.1** Dans son rapport du 19 juin 2018, la Dresse E \_\_\_\_\_ qualifie cette évolution de « lentement favorable » et ne fait mention d'aucun diagnostic nouveau (cf. pièce n° 327). On ne peut donc pas suivre la recourante lorsque celle-ci affirme que cette praticienne met en évidence une péjoration de son état de santé psychique, en raison de symptômes plus graves ou plus nombreux.

**4.3.2.2** La recourante a en outre déposé ceans, le 8 février 2021, un rapport établi le 2 février précédent par les Drs I \_\_\_\_\_ et J \_\_\_\_\_, médecins en charge de son suivi psychiatrique. Ceux-ci diagnostiquent plusieurs affections chez la patiente :

- Ils identifient d'abord un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11), ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux qu'ils qualifient d'invalidant depuis 2012. Il s'agit des mêmes diagnostics que ceux posés par l'expert. Toutefois, celui-ci a conclu, après analyse circonstanciée et convaincante des indices jurisprudentiels de gravité, que le trouble somatoforme ne remplissait pas un tel critère de gravité et n'avait donc pas de répercussion sur la capacité de travail (cf. rapport d'expertise p. 46 à 48 et p. 52, sous pièce n° 276). La simple affirmation contraire des psychiatres traitants, d'une valeur probante moindre, n'est pas apte à remettre en cause l'avis de l'expert.
- Ensuite, les Drs I \_\_\_\_\_ et J \_\_\_\_\_ indiquent que la patiente souffre d'un état de stress post-traumatique (F43.1), qui est la conséquence du cancer dont elle a été atteinte (image d'un corps mutilé et altéré, reviviscences, flashbacks de l'annonce de la maladie). Le Dr D \_\_\_\_\_ ne mentionne pas l'existence d'un tel trouble, mais parle d'une détérioration nette de la santé psychique, avec un effondrement dépressif, depuis la découverte de l'affection oncologique en janvier 2016 (cf. *idem* p. 57). Il indique à plusieurs reprises que cette péjoration a engendré chez la recourante des limitations significatives, à savoir une tristesse modérée mais présente la plupart de la journée, un ralentissement psychomoteur modéré, une fatigabilité, des troubles de la concentration modérés mais significatifs, des idées noires fluctuantes sans projets suicidaires, un isolement social partiel avec une fragilité au stress et une instabilité émotionnelle (cf. *idem* p. 30, 35, 43 et 53). Ces limitations ont conduit l'expert à reconnaître une incapacité de travail de 50 %. Les psychiatres traitants n'expliquent pas en quoi le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1)

créerait chez l'intéressée des limitations différentes de celles précitées, que l'OAI a reconnues, ou un impact plus important sur la capacité de travail de l'assurée. Dans ces conditions, la Cour n'a pas de raison de s'écarter de l'avis de l'intimé, qui estime dans sa détermination du 23 mars 2021 que le rapport desdits psychiatres dépeint une situation similaire à celle qui prévalait précédemment.

- Les psychiatres traitants mentionnent aussi des troubles dissociatifs (F44). Ils n'exposent toutefois ni en quoi ces troubles – qui sont par nature très hétérogènes – consistent, ni quel en serait l'origine, ni en quoi ils pourraient faire obstacle à l'exercice d'une activité lucrative adaptée. La Cour ne s'attardera donc pas sur ce diagnostic, dont on ignore en outre s'il pourrait correspondre à une pathologie entièrement nouvelle ou déjà présente lorsque l'intimé a rendu ses décisions de novembre 2017.
- Enfin, les psychiatres traitants diagnostiquent des troubles mixtes de la personnalité (anxieuse, labile ; F61). L'expert s'est penché également sur cette question et n'a pas retenu de troubles anxieux spécifiques, mais des symptômes anxieux résiduels faisant partie d'un épisode dépressif récurrent moyen. Il a indiqué que la patiente présentait des traits d'une personnalité émotionnellement labile de type borderline, mais que ceux-ci n'avaient aucune influence sur la capacité de travail et n'étaient pas décompensés. Il a ainsi exclu la présence d'un trouble de la personnalité en relevant que, par le passé, l'intéressée n'avait pas été empêchée de travailler à 100 % et d'avoir une vie familiale relativement normale (cf. rapport d'expertise p. 43 s., p. 47, p. 50 et p. 55). Les Drs I \_\_\_\_\_ et J \_\_\_\_\_ n'apportent dans leur rapport aucun argument médical visant à contester l'appréciation probante de l'expert, à laquelle il y a lieu de se rallier.

Il s'ensuit que le rapport précité des psychiatres traitants ne met non plus pas en évidence une péjoration de l'état de santé psychique de l'assurée depuis les décisions de l'intimé de novembre 2017.

**4.3.2.3** La recourante a produit un autre rapport médical, le 8 février 2021. Il s'agit d'une évaluation datée du 24 août 2020 et établie par trois neuropsychologues. Celles-ci se penchent sur les plaintes mnésiques de l'assurée et concluent à une atteinte cognitive d'intensité modérée, qui touche essentiellement le fonctionnement exécutif et attentionnel et qui s'inscrit de manière cohérente dans le cadre de l'épisode dépressif actuel moyen. La Cour remarque que le Dr D \_\_\_\_\_ relevait déjà en 2017 que la concentration et les capacités cognitives de l'assurée étaient faiblement conservées

cliniquement et que les tests pratiqués faisaient état de capacités intellectuelles et de concentration nettement sous la moyenne, ce qui concordait avec les plaintes subjectives et le niveau d'acquisition (cf. rapport d'expertise p. 34 et 36). L'expert retenait, parmi plusieurs limitations, notamment un ralentissement psychomoteur modéré ainsi que des troubles de la concentration modérés mais significatifs (cf. *idem* p. 30 et 35). De l'avis de la Cour, ce nouveau rapport médical ne met donc pas en évidence une détérioration de l'état de santé de la recourante au plan neurocognitif depuis les décisions de novembre 2017. Quant à la conclusion des neuropsychologues, qui indiquent que l'atteinte cognitive rend « peu envisageable » la reprise d'une activité professionnelle, elle doit être relativisée. En effet, ces spécialistes ne sont pas très affirmatives dans leur propos et elles relèvent que d'autres facteurs participent vraisemblablement à la symptomatologie (faible niveau socio-éducatif, maîtrise partielle de la langue française, lunettes apparemment non adaptées à la vue actuelle, fatigue en lien avec une perturbation du sommeil, douleurs physiques, possibles séquelles dues aux traitements suivis).

**4.3.2.4** Partant, il y a lieu de retenir que l'état de santé psychique de l'assurée n'a pas évolué significativement depuis les décisions de l'intimé de novembre 2017 et que les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr D \_\_\_\_\_, pour qui l'assurée présente une capacité de travail de 50 % sans baisse de rendement dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016, étaient toujours valables au moment où l'OAI a rendu sa décision de diminution de rente, le 16 juin 2020.

**4.4** La recourante conteste encore l'appréciation de l'intimé en ce qui concerne l'atteinte oncologique. Elle rappelle que la Dresse F \_\_\_\_\_, en charge de son suivi à l'Hôpital Riviera-Chablais, avait mentionné l'existence de douleurs importantes chroniques, une asthénie ainsi que des mastodynies gauches et concluait à une incapacité de travail complète (cf. rapport du 7 mai 2018, sous pièce n° 324 ; courrier annoté reçu par l'OAI le 9 novembre 2018, sous pièce n° 330). Elle soutient que le rapport que le Dr G \_\_\_\_\_ a établi en remplacement de la Dresse F \_\_\_\_\_, le 22 janvier 2019, n'est pas probant, dès lors que ce médecin n'était pas en charge de son suivi, qu'il ne l'avait jamais vue, qu'il émettait des réserves quant à son appréciation de la capacité de travail et qu'il ne formulait, en définitive, qu'un souhait visant à encourager celle-ci à reprendre un emploi à mi-temps. D'après la recourante, l'intimé ne pouvait donc pas se fonder sur ce rapport médical pour conclure à une capacité de travail de 50 % en lien avec l'atteinte oncologique.

**4.4.1** Ces griefs ne sont pas convaincants. En effet, la Cour relève d'abord qu'en janvier 2019, le Dr G \_\_\_\_\_ était le médecin chef *ad interim* du service d'oncologie de l'Hôpital Riviera-Chablais (cf. pièce n° 335). Elle ne saurait sérieusement considérer que ce spécialiste en oncologie, qui était hiérarchiquement supérieur à la Dresse F \_\_\_\_\_, ne disposait pas des compétences ou des renseignements adéquats lui permettant de se prononcer en connaissance de cause sur la situation médicale de la recourante, laquelle avait été prise en charge depuis trois ans dans le service en question. Ensuite, la Cour remarque que, dans son rapport, le Dr G \_\_\_\_\_ indique que la patiente n'a pour le moment pas de maladie active et qu'elle montre un état général stable, avec une bonne tolérance au traitement oncologique. Il signale qu'elle présente des mastodynies gauches qui sont « ennuyantes » et qui proviennent du mouvement régulier du bras gauche. De l'avis de la Cour, ces constatations sont rassurantes quant à l'état de santé de la recourante. Elles permettent objectivement de retenir que l'atteinte cancéreuse n'est plus active et que la patiente fait l'objet de contrôles et d'une médication qu'elle supporte bien.

**4.4.2** Certes, il est exact que le Dr G \_\_\_\_\_ indique que « pour nous, oncologues, il est très difficile d'évaluer la capacité de travailler ». Cette affirmation, qui peut s'expliquer compte tenu des autres affections somatiques et psychiques dont souffre l'intéressée, ne remet pas fondamentalement en question l'appréciation de ce spécialiste quant à la capacité de travail de l'assurée du point de vue oncologique. En effet, ce médecin indique par la suite : « pour le moment, je ne vois pas de raison pour que la patiente ne soit pas intégrée dans le processus du travail. Je commencerais, de base, avec un 50 % dès ce jour » ; plus loin, il ajoute : « je ne vois pas, strictement, des raisons oncologiques qui justifient l'incapacité, sauf les problèmes à la cicatrice du sein gauche qui peuvent être évalués par un confrère de la médecine du travail. De plus, le chirurgien peut donner son avis en ce qui concerne ce sujet-là ». Comme le relève l'OAI dans sa réponse, ces affirmations sont claires et permettent de retenir que l'atteinte oncologique ne justifie *per se* aucune incapacité de travail et que l'assurée est apte à reprendre une activité lucrative adaptée à 50 % (au minimum) dès le 22 janvier 2019. Enfin, les mastodynies gauches que signalent les Drs F \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_ ont été prises en compte par l'OAI, qui a retenu à cet égard, conformément à l'avis du SMR du 18 février 2019 (cf. rapport final p. 3, sous pièce n° 336), des limitations fonctionnelles particulières pour le membre supérieur gauche. Les réserves que le Dr G \_\_\_\_\_ émet à ce propos ont donc été dûment prises en considération, de sorte qu'il n'était pas nécessaire de requérir l'avis d'un autre médecin.

**4.4.3** Il s'ensuit que l'appréciation faite par l'intimé des impacts de l'atteinte oncologique sur la capacité de travail de la recourante échappe à la critique.

Cette conclusion rend superflue la requête de l'assurée visant à auditionner les Drs F \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_ (par appréciation anticipée des moyens de preuve, cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1 et 140 I 285 consid. 6.3.1).

**4.5** Dans un autre moyen, l'intéressée reproche à l'intimé de n'avoir pas apprécié la situation médicale dans sa globalité. Elle relève que plusieurs médecins l'ayant examinée ont attesté une incapacité de travail de 50 % au moins, tant au plan orthopédique que pour des motifs strictement oncologiques ou psychiatriques. Or, l'OAI s'était borné à retenir une incapacité de travail partielle, sans tenir compte des effets conjugués de chacune de ces affections, ce qui revenait à nier l'existence de certaines d'entre elles.

**4.5.1** Lorsqu'un assuré souffre de diverses atteintes à la santé, son taux d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale incluant tous les handicaps (cf. p. ex. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_252/2021 du 9 février 2022 consid. 6 et 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.3). Une simple addition des degrés d'incapacité de travail estimés en fonction des différents troubles fonctionnels et tableaux cliniques n'est pas admissible (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_548/2013 du 2 octobre 2013 consid. 5.2.2 et la réf. cit.).

**4.5.2** En l'occurrence, la recourante a bénéficié, le 10 décembre 2014, d'un examen bi-disciplinaire rhumato-psychiatrique. Au plan rhumatologique, il a déjà été dit que les conclusions rendues à cette occasion par le Dr A \_\_\_\_\_ étaient toujours valables au moment où l'intimé a rendu sa décision de réduction de rente, le 16 juin 2020 (cf. *supra*, consid. 4.2.2). Dite décision prend bien en compte les limitations fonctionnelles admises par le médecin précité, lequel ne retient aucune incapacité de travail. Au niveau psychiatrique, l'examen du Dr B \_\_\_\_\_ a été complété par l'expertise du Dr D \_\_\_\_\_, à la suite du changement de jurisprudence relatif à l'évaluation des troubles somatoformes douloureux. Il en ressort que l'assurée présente diverses limitations psychiques qui lui permettent d'exercer une activité adaptée à 50 % au maximum (cf. *supra*, consid. 4.3.1 et 4.3.2). Cela a également été pris en considération par l'intimé dans sa décision. Enfin, du point de vue oncologique, le Dr G \_\_\_\_\_ estime que l'état de santé de l'intéressée ne l'empêche nullement d'être intégrée dans le processus du travail avec, pour commencer, une activité à mi-temps respectant certaines limitations fonctionnelles particulières pour le membre supérieur

gauche (cf. *supra*, consid. 4.4.2). L'OAI a aussi tenu compte desdites limitations dans sa décision de réduction de rente. Quoiqu'en dise la recourante, l'intimé a ainsi considéré toutes les affections incapacitantes attestées médicalement. Il n'a non plus pas ignoré les effets conjugués de ces affections, en retenant un cumul de limitations restreignant le type d'activité que l'assurée peut encore exercer. Quant au taux d'incapacité de travail, aucun élément médical au dossier ne laisse penser qu'il devrait être supérieur à 50 %. En effet, tant l'expert psychiatre que l'oncologue indiquent que l'état de santé de l'intéressée est compatible avec l'exercice d'une activité adaptée à mi-temps. En particulier, les renseignements fournis par le Dr G \_\_\_\_\_ ne permettent pas d'admettre que l'affection oncologique, qui a été traitée et n'est plus active, justifierait *per se* une incapacité de travail distincte de celle reconnue au plan psychiatrique, respectivement imposerait de reconnaître une incapacité de travail de plus de 50 %. Par ailleurs, contrairement à ce que semble penser la recourante, une discussion interdisciplinaire de synthèse entre les différents spécialistes consultés ne constitue pas une condition nécessaire pour la valeur probante de chacun des rapports médicaux particuliers, dans la mesure où les appréciations respectives sont compatibles les unes avec les autres (cf. p. ex. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_282/2012 du 29 août 2012 consid. 4.1 et les réf. cit.), ce qui est le cas en l'espèce. Partant, ce grief doit être écarté.

**4.5.3** Cela conduit à rejeter la demande de la recourante visant la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire, moyen qui n'est pas nécessaire à la résolution de l'affaire.

**4.6** Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que l'intimé a rendu sa décision de réduction de rente en se fondant sur des renseignements médicaux probants.

**5.1** Ensuite, il convient d'examiner si les modalités d'évaluation du taux d'invalidité conduisent effectivement à une révision de la rente, ce que la recourante conteste.

A cet égard, l'OAI a d'abord évalué le revenu que l'assurée pouvait tirer d'une activité adaptée et l'a fixé à 23 476 fr. 45, sur la base des tableaux de l'ESS et avec un abattement de 15 %. Puis, il a comparé ce revenu avec le revenu sans invalidité (48 117 fr. 60), comparaison qui mettait en évidence un degré d'invalidité de 51 %, soit un taux donnant droit à une demi-rente de l'AI. Il a donc décidé que la rente entière dont l'assurée bénéficiait depuis 2017 devait être diminuée.

**5.2** 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 (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et les réf. cit.). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

**5.3** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4).

En page 29 de son mémoire, la recourante indique qu'elle conteste notamment le revenu sans invalidité. Elle mentionne le montant de 48 117 fr. 60 fixé par l'intimé et soutient qu'en se fondant sur les statistiques suisses du salaire, son revenu hypothétique est inférieur audit montant, puisque la branche économique prise en considération par l'intimé ne peut être retenue en l'espèce. La Cour relève que l'OAI a fixé le revenu sans invalidité sur la base d'un salaire horaire pour l'activité de femme de ménage (19 fr. 40), d'un nombre d'heures annuelles (2184) et d'un supplément pour le 13<sup>e</sup> salaire (8.33 % ; cf. feuille de calcul jointe à la décision du 16 juin 2020). Ce salaire horaire correspond aux informations données par l'ancien employeur de l'assurée (cf. lettre du 2 novembre 2010 et décomptes de 2007 à 2009, sous pièce n° 18). Certes, ces décomptes montrent que le revenu annuel de l'intéressée avoisinait les 13 000 ou 14 000 fr., mais cela s'explique par le nombre d'heures effectuées (env. 700) qui correspond à une activité à 30 %. L'OAI a en outre adapté ce revenu sans invalidité pour l'année 2010 à l'évolution nominale des salaires jusqu'en 2019 pour la branche économique « activités de service administratif et de soutien ». La recourante critique le choix de cette branche, mais n'indique pas quel autre secteur figurant dans les statistiques de l'OFS il aurait fallu considérer. A l'examen des différentes branches économiques que répertorie l'OFS, la Cour estime que le calcul opéré par l'intimé échappe à la critique. Il y a donc lieu de confirmer le montant retenu à titre de revenu sans invalidité.

**5.4** S'agissant du revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité

normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS publiée par l'Office fédéral de la statistique. Aux fins de déterminer le revenu d'invalidé, les salaires fixés sur la base des données statistiques de l'ESS peuvent à certaines conditions faire l'objet d'un abattement de 25 % au plus (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 et 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et 146 V 16 consid. 4.1).

**5.4.1** *In casu*, la recourante affirme qu'il est irréaliste de considérer qu'elle puisse trouver une activité lucrative qui soit adaptée aux multiples limitations causées par ses problèmes de santé. Elle soutient que ceux-ci sont si nombreux qu'on ne peut sérieusement retenir qu'un employeur pourrait être à même de l'engager. L'intéressée ajoute que sa situation personnelle (femme âgée de près de 60 ans, sans formation, avec des difficultés à s'exprimer en français, sans activité exercée depuis 2010) rend concrètement impossible la reprise d'un quelconque emploi. Elle conteste donc toute prise en compte d'un revenu d'invalidé.

**5.4.1.1** La Cour estime d'abord que la recourante se réfère en vain aux limitations identifiées par l'expert psychiatre (à savoir une tristesse modérée mais présente la plupart de la journée, un ralentissement psychomoteur modéré, une fatigabilité, des troubles de la concentration modérés mais significatifs, des idées noires fluctuantes sans projets suicidaires, un isolement social partiel avec une fragilité au stress et une instabilité émotionnelle). Elle souligne que ces limitations ont été prises en considération dans le taux d'activité, en ce sens que l'expert a retenu une capacité de travail de 50 % au maximum, permettant ainsi à l'intéressée d'aménager des périodes de repos qui lui sont nécessaires. Elle ajoute que ces limitations ne restreignent pas significativement le choix des activités adaptées à l'état de santé de la recourante, dans la mesure où celles-ci sont légères, simples et accessibles sans formation préalable particulière.

**5.4.1.2** Ensuite, au plan somatique, la recourante est en mesure d'exercer une activité qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes :

- positions de travail assise et alternée,
- port de charges limité à 10 kg,
- pas de travaux lourds,

- marche à plat uniquement,
- pas d'activité en porte à faux, ni de rotation du tronc,
- pas d'activité à genoux,
- pas de travaux nécessitant de monter sur des échelles,
- pas de travail dans un plan supérieur à l'horizontal avec le membre supérieur gauche,
- pas de port de charges avec le bras gauche,
- pas de poste sollicitant de manière accentuée le bras gauche.

Il est exact que ces limitations peuvent paraître nombreuses. Il faut néanmoins relever que certaines d'entre elles sont plutôt spécifiques et n'excluent qu'un nombre très restreint d'activités (pas de travaux lourds, marche à plat uniquement, pas d'activité à genoux, pas de travaux nécessitant de monter sur des échelles), tandis que d'autres ne concernent que le bras gauche, lequel doit être ménagé autant que possible. On ne saurait d'ailleurs suivre la recourante lorsque celle-ci soutient que ce bras est totalement inutilisable ; cela ne ressort nullement des limitations précitées. La Cour ne peut ainsi pas considérer qu'il n'existe aucun poste de travail adapté à l'état de santé de l'assurée sur le marché du travail équilibré, qui est une notion théorique et abstraite impliquant notamment un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre ainsi qu'un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (cf. p. ex. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_597/2018 du 18 janvier 2019 consid. 5.2). En effet, il n'est pas irréaliste d'admettre qu'un tel marché équilibré, et non concret, offre à l'intéressée de réelles possibilités d'embauche dans une activité à temps partiel adaptée à son état de santé. Dans un compte rendu du 20 mai 2019, les conseillers en matière d'orientation professionnelle de l'OAI retiennent d'ailleurs qu'il existe, sur le premier marché de l'emploi, des postes adaptés aux limitations fonctionnelles et accessibles sans formation, comme par exemple surveillante de chaîne de conditionnement, ouvrière de contrôle de production, ouvrière à la pose des bracelets de montres, opératrice de contrôle, ouvrière de montage industriel léger, ouvrière de contrôle qualité de petites pièces (cf. pièce n° 341). Selon la jurisprudence, ces tâches de surveillance, de vérification ou de contrôle offrent en principe un éventail suffisamment large d'activités accessibles (cf. p. ex. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_232/2022 du 4 octobre 2022 consid. 4.3 et les réf. cit.).

**5.4.1.3** Quant aux facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques, que la recourante invoque également, il est vrai qu'ils peuvent jouer un rôle non négligeable pour déterminer, dans un cas concret, les activités que l'on peut encore

raisonnablement exiger d'un assuré. Toutefois, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible, la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2 et 9C\_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

*In casu*, la recourante, née en juin 1961, était âgée de 57 ans au moment où il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible (soit au 22 janvier 2019, date du rapport du Dr G \_\_\_\_\_ ; à ce sujet, cf. ATF 138 V 457 consid. 3.3). Elle n'avait donc pas encore atteint le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé (soit autour de 60 ans, cf. ATF 138 V 457 consid. 3.1) et qui impose un examen particulier de la situation. Quant aux difficultés linguistiques alléguées par l'assurée, elles doivent être relativisées puisque celle-ci a été en mesure de communiquer avec l'OAI et de se soumettre aux expertises médicales sans les services d'un interprète. Enfin, le manque de formation n'est pas un critère déterminant en l'occurrence, puisque les activités lucratives dont il est question sont accessibles sans formation préalable.

**5.4.1.4** Pour ces motifs, la Cour ne peut pas considérer que les possibilités d'emploi sont en l'espèce si restreintes qu'elles n'existent pratiquement pas sur le marché général du travail ou que leur exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu pour la recourante de trouver une activité correspondante.

**5.4.2** La recourante conteste aussi, à titre subsidiaire, l'abattement de 15 % retenu sur le salaire statistique d'invalidé ; elle demande une déduction de 25 %, en invoquant les limitations causées par son état de santé.

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/ catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 consid. 5.2, 134 V 322 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces

facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_66/2022 du 11 août 2022 consid. 6.1.2).

Selon la jurisprudence, lorsque les limitations fonctionnelles ont été prises en compte dans le choix du type d'activité adaptée, elles ne doivent en principe pas être retenues une seconde fois dans la détermination de l'abattement (cf. p. ex. arrêts du Tribunal fédéral 8C\_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.1 et 9C\_497/2020 du 25 juin 2021 consid. 5.2.2). En l'espèce, il y a lieu de relever que les limitations que présente l'assurée ont été prises en considération dans la détermination du type d'activité adaptée (limitations au plan somatique) et de l'incapacité de travail à 50 % (limitations au plan psychiatrique). Bien que ces limitations ne devraient en principe pas entrer en ligne de compte pour la question de l'abattement, on peut néanmoins considérer que l'intéressée présente certains handicaps physiques et limitations psychiatriques susceptibles d'influer négativement sur sa rémunération, à l'instar de son âge. Ces désavantages ne sont toutefois pas aussi importants au point de justifier l'abattement maximum de 25 % que permet la jurisprudence. Un abattement de 15 %, tel que décidé par l'intimé, apparaît ainsi approprié. Le grief que la recourante formule à cet égard est donc rejeté.

**5.4.3** Il y a par conséquent lieu de confirmer le salaire avec invalidité fixé par l'OAI.

**5.5** Il s'ensuit qu'aucun des arguments de la recourante n'est de nature à jeter le doute sur l'évaluation du taux d'invalidité ressortant de la décision de l'intimé. Le degré d'invalidité de 51 % retenu par l'OAI doit donc être confirmé.

Attendu ce qui précède, l'intimé a constaté à bon droit que l'assuré ne remplissait plus les conditions pour l'octroi d'une rente entière d'invalidité et a décidé à juste titre que celle-ci serait remplacée par une demi-rente.

**6.** Enfin, la recourante reproche à l'OAI de n'avoir pas analysé son droit à des mesures de réadaptation.

Ce grief est manifestement mal fondé. En effet, comme le relève l'OAI dans sa réponse, la recourante n'a jamais manifesté sa volonté de se réadapter professionnellement. Les mesures mises en œuvre par l'intimé à ce propos sont restées sans suite, l'intéressée ayant clairement indiqué qu'elle n'envisageait pas de reprendre une activité professionnelle (cf. compte-rendu de l'orientation professionnelle du 20 mai 2019, sous pièce n° 341). Dès lors, l'OAI n'avait pas à se prononcer sur le droit de la recourante à des mesures de réadaptation.

**7.1** Attendu ce qui précède, le recours est rejeté.

**7.2** Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. en fonction de l'importance de la procédure (art. 69 al. 1bis LAI), sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 1 al. 2, 81a al. 2 et 89 al. 1 LPJA). Ils sont compensés par l'avance du même montant versée par l'intéressée.

**7.3** Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario* ; art. 91 al. 1 LPJA *a contrario*).

**Par ces motifs, le Tribunal cantonal prononce :**

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

Sion, le 16 mars 2023.