

S1 25 24

ARRÊT DU 29 AVRIL 2026

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

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Matthieu Sartoretti, juges ;
Mireille Allegro, greffière

en la cause

A._____, recourante, représentée par Maître Michel De Palma, avocat, à Sion

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

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

Faits

A. A._____, née le XX.XX.1963, travaillait comme femme de ménage à temps partiel (pages 21 et 8). Dès mars 2008, elle a dû cesser son activité en raison de douleurs, de troubles de l'équilibre et de chutes.

Le 11 août 2008, une demande de prestations a été déposée auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI ; page 10). A la demande de l'assurance perte de gain SOC_A, une expertise psychiatrique a été diligentée le 7 octobre 2008 auprès du Dr C._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (page 24). Dans son rapport du 15 octobre 2008, celui-ci a décrit une assurée présentant des spasmes musculaires, avec une respiration parfois hoquetante, triste et fatiguée, mais ne présentant pas de troubles attentionnels ou mnésiques ni de déficit praxique ou gnosique ni de signes de délire ou d'hallucination. Au terme de son examen, il a retenu un trouble dépressif majeur récurrent d'épisode actuel moyen (F33.1), ainsi qu'un trouble de la conversion (F44.4) en raison d'une spasticité musculaire épisodique, sans base organique probante. De son point de vue, il y avait lieu d'admettre une incapacité de travail de 50 % en lien avec le trouble dépressif et non avec le trouble de conversion pour éviter une compensation et une chronicisation des troubles, qu'il estimait vraisemblable (pages 1177 ss).

Mandaté par l'OAI, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a constaté, le 20 février 2009, que l'assurée présentait des troubles de l'humeur avec un ralentissement, une fatigabilité et des troubles de la concentration, qui justifiaient une incapacité de travail de 100 % dès le 3 mars 2008 et de 50 % dès le 1^{er} octobre 2008 (page 70).

Nanti de ces informations, l'OAI a refusé à l'assurée tout droit à un reclassement et à une aide au placement et l'a mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2009 (pages 91 et 100).

B. Le 10 septembre 2010, l'assurée a signalé une aggravation de son état de santé sans produire de pièces médicales (page 111). En juillet 2011, elle a indiqué que son état n'avait pas évolué (page 117). Selon le rapport du 4 septembre 2011 de son médecin traitant le Dr D._____, spécialiste FMH en médecine générale, le syndrome de conversion et les crises de convulsions empêchaient sa patiente de travailler (page 127). Pour la Dresse E._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, l'état de santé de l'assurée était stable depuis l'expertise du Dr F._____ ; elle présentait

toujours un état de fatigue et de régression, un découragement, un pessimisme, un manque de résistance et des somatisations multiples (page 131).

Prenant position les 2 janvier et 6 mars 2012, le SMR a constaté que l'état de santé était stable et qu'une capacité de travail de 50 % demeurait exigible (pages 137 et 143).

Sur cette base, l'OAI a communiqué à l'assurée, le 8 octobre 2012 que sa demi-rente était maintenue (page 157).

C. En février 2013, l'assurée a signalé à l'OAI que son état s'était aggravé (page 161). Selon le rapport de la Dresse G. _____ du 11 mai 2013, l'incapacité de travail était toujours de 50 % et l'assurée recherchait un psychiatre plus proche de son domicile (page 173).

Sollicité, le SMR a constaté que la psychiatre ne décrivait pas de nouveaux symptômes et attestait toujours une capacité de travail de 50 %, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'entrer en matière (page 193).

Par décision du 24 septembre 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision du 6 février 2013 (page 202).

D. Le 8 avril 2014, le Dr H. _____ a demandé à l'OAI de bien vouloir réexaminer le cas de sa patiente en raison de crises de contracture musculaire trop fréquentes (page 215). L'assurée a confirmé cette demande de réexamen et a signalé avoir été hospitalisée à SOC_B du 29 octobre au 13 novembre 2013 (page 227).

Dans son rapport du 21 novembre 2013, le Dr I. _____, médecin-assistant à l'Hôpital de SOC_B, a indiqué que l'assurée avait été hospitalisée pour l'aggravation de la symptomatologie comprenant des crises tonico-cloniques, des douleurs et des crampes diffuses et qu'un travail intégrant physiothérapie, ergothérapie et relaxation avait permis un retour à domicile (page 224). Le 25 mai 2014, le Dr H. _____ a confirmé que, de son point de vue, l'incapacité de travail était totale en raison du trouble dissociatif de conversion (page 239). Le 20 juin 2014, la Dresse G. _____ a signalé que l'assurée n'était plus suivie par elle (page 248).

Interpellé, le SMR a considéré, le 4 juillet 2014, que les diagnostics étaient connus et que les rapports ne mentionnaient pas de nouvel élément médical laissant supposer une aggravation de l'état de santé (page 250).

L'OAI a dès lors décidé, le 25 septembre 2014, d'écarter la demande de révision et de maintenir le degré d'invalidité à 50 % (page 260).

E. Par courrier du 28 janvier 2016, l'assurée a informé l'OAI qu'elle était devenue plus fatigable et plus angoissée, ce qui l'empêchait d'assumer ses tâches quotidiennes et de travailler, de sorte qu'elle demandait le réexamen de sa situation (page 263). Dans son rapport du 23 février 2016, le Dr H._____ a posé les diagnostics de trouble dissociatif, d'épisode dépressif sévère, de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et de syndrome douloureux chronique, en relevant que sa patiente avait un faciès de dépressive profonde (page 267).

De l'avis du SMR, cet élément rendait plausible une aggravation de l'état de santé puisque jusque-là l'état dépressif était moyen. Il a dès lors ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique (cf. avis du 22 avril 2016, page 271).

Mandaté à cet effet, le Dr J._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a examiné l'assurée le 20 mars 2017. Dans son rapport du 31 mars 2017 (pages 300 ss), l'expert a décrit une assurée souffrant de douleurs, de fatigue, de vertiges et de crampes, ainsi que de tristesse. Durant l'examen, il a constaté des difficultés de mémoire épisodiques, des difficultés de concentration s'aggravant vers la fin de l'examen et des signes de ralentissement psychomoteur légers, ainsi qu'une humeur légèrement déprimée avec parfois une présentation démonstrative. L'expert n'a pas remarqué de signes d'angoisse ni de symptômes de la lignée psychotique. Il n'a pas observé de comportement algique important malgré la prise d'un Dafalgan après 90 minutes d'entretien permettant de retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il a relevé une structure de personnalité marquée par une labilité et une hyper-expressivité émotionnelle, sans pouvoir retenir un trouble de la personnalité morbide. Il a constaté que les plaintes de l'assurée concernant des symptômes physiques variables, comme des douleurs, des vertiges et des crampes, s'inscrivaient dans des périodes d'abaissement de l'humeur, qui se manifestaient de manière récurrente depuis 1997. Au regard des éléments objectivables de l'anamnèse et de son examen, il a retenu un épisode dépressif léger, après des épisodes moyens attestés par le Dr F._____. Il a expliqué que les symptômes physiques sans explications organiques survenaient au cours d'un trouble dépressif et ne constituaient pas une manifestation somatoforme justifiant un diagnostic autonome. Il a relevé que l'assurée n'avait pas montré de signe de crise ou de comportement inhabituel durant l'examen et n'avait non plus pas mis en avant de crise dramatique l'empêchant par exemple de sortir seule de chez elle, puisqu'elle pouvait aller faire de petites courses dans son quartier. Il a noté que les

plaintes physiques se limitaient à des vertiges et des crampes qui ne l'empêchaient pourtant pas de participer à une bonne partie des tâches ménagères. De son point de vue, la présentation de l'assurée et son anamnèse correspondaient à une évolution favorable compatible avec la rémission d'un trouble dissociatif, diagnostic au demeurant hypothétique et peu étayé. Il a conclu à un trouble dépressif récurrent d'épisode actuel léger justifiant une incapacité de travail de 30 % maximum dans une activité manuelle simple, en raison d'une diminution de la tolérance au stress, d'une diminution de l'attention et de la concentration, ainsi que d'une fatigabilité accrue.

Après avoir pris connaissance de cette expertise, le SMR a estimé qu'il n'y avait aucune raison de s'en écarter et qu'il y avait lieu d'admettre une capacité de travail de 70 % dès le 20 mars 2017 (page 324).

Nanti de ces informations, l'OAI a informé l'intéressée, par projet de décision du 4 mai 2017, qu'il entendait supprimer son droit à la demi-rente dès lors que son degré d'invalidité était inférieur à 40 %, mais qu'il lui octroierait un soutien à la reprise d'une activité lucrative (page 327). Par décision du 16 juin 2017, il a supprimé la demi-rente d'invalidité de l'assurée avec effet au 1^{er} août 2017 (page 335).

F. Le 23 octobre 2017, l'assurée a été vue par le Service de réadaptation de l'OAI. La conseillère en réadaptation lui a expliqué qu'elle pourrait par exemple œuvrer comme ouvrière au montage de petites pièces, ouvrière de conditionnement ou employée de télésurveillance, qu'elle pouvait s'annoncer à l'assurance-chômage et que l'OAI pourrait l'aider à trouver un stage dans une activité adaptée. L'intéressée s'est toutefois déclarée incapable d'exercer une quelconque activité. Elle a expliqué que si son état s'était certes amélioré au printemps 2017, il s'était à nouveau aggravé en été 2017. Au vu de la situation, le mandat a été classé (page 343).

G. Le 15 novembre 2017, l'assurée a demandé à l'OAI que son dossier soit réexaminé (page 351). Dans un rapport du 23 novembre 2017, le Dr H. _____ a fait état de troubles schizo-affectifs de type dépressif qui étaient cachés jusqu'alors. Il a expliqué que la patiente décrivait des pierres dans la tête qui descendaient dans la bouche et le côté gauche de son corps, ce qui créait des contractions musculaires dans l'hémicorps gauche (page 352).

Mandatée, le SMR a relevé, le 6 décembre 2017, que l'expert K. _____ avait observé des incohérences qui s'inscrivaient dans une structure de personnalité marquée par une labilité et une hyper-expressivité émotionnelle à l'origine d'une tendance à la dramatisation et que le refus de l'assurée de mettre en valeur ses ressources

personnelles pouvait expliquer le tableau clinique et était maintenu par des bénéfices secondaires. De son point de vue, l'état de santé était inchangé (page 356).

Par projet de décision du 13 décembre 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il comptait ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande du 23 octobre 2017 (page 358).

Le 10 janvier 2017 (recte : 2018), le Dr L._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a signalé à l'OAI qu'il avait été consulté par l'assurée et souhaitait pouvoir bénéficier d'un délai pour établir un rapport médical (page 366). Le 28 février 2018, il a expliqué suivre la patiente depuis le 4 janvier 2017 (recte : 2018) et l'avoir vue régulièrement à neuf reprises. De son point de vue, l'expertise du Dr K._____ était incorrecte puisque la pathologie principale était le trouble de conversion retenu par tous les médecins depuis 2008 au moins. Il a décrit la persistance de plaintes allant dans le sens d'un trouble de la conversion décompensé avec des épisodes d'absence, des crampes, des tensions musculaires prenant une dimension tonico-clonique avec des troubles moteurs et sensitifs. Il a précisé que l'assurée s'était présentée à la consultation à la limite de la crise nerveuse estimant que l'expert psychiatre avait voulu la casser, qu'elle était en permanence à la limite des larmes, était parfois comme ailleurs et réfléchissait de manière peu rationnelle. Il a conclu que l'assurée souffrait d'un trouble de conversion, d'un trouble somatoforme douloureux persistant et d'un trouble dépressif récurrent d'épisode actuel moyen, qui justifiaient de reconnaître une incapacité de travail de 50 % (page 368).

Prenant position le 13 mars 2018, le SMR a estimé que le Dr M._____ avait effectué une appréciation différente d'une même atteinte psychiatrique et qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter de l'expertise du Dr K._____ qui était de bonne qualité. De son point de vue, l'accentuation de la symptomatologie apparue depuis la décision de suppression de la rente était de nature réactionnelle et ne mettait pas en doute les conclusions de l'expertise (page 374).

Le 14 mars 2018, l'OAI a reçu un rapport du Dr N._____, spécialiste FMH en neurologie, du 22 février 2018 qui indiquait que l'examen neurologique était dans la norme et relevait la présence de nombreux points de fibromyalgie ainsi que de nombreux signes de surcharge émotionnelle ou trouble somatoforme avec hypersensibilité et des symptômes sévères d'anxiété et de dépression. De son point de vue, une prise en charge multidisciplinaire, associée à un traitement pharmacologique et des hospitalisations de deux à trois semaines une ou deux fois par année était à considérer (page 376).

Contacté par téléphone, le SMR a relevé que les diagnostics rapportés par le Dr O._____ étaient déjà connus et qu'il n'y avait pas de diagnostic neurologique incapacitant, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'entrer en matière (page 385).

Par décision du 16 mars 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du 23 octobre 2017 en l'absence d'aggravation rendue plausible (page 378).

H. Les 25 avril et 1^{er} mai 2018, l'intéressée a recouru céans contre ce prononcé, en relevant que, selon le Dr M._____, le trouble de conversion était à nouveau décompensé, le trouble dépressif était d'épisode moyen et le trouble somatoforme douloureux avait pris de l'ampleur, ce qui justifiait de mettre en œuvre une nouvelle expertise (pages 411 ss).

Par jugement du 20 avril 2020 (S1 18 102), la Cour de céans a admis le recours. Elle a comparé la situation médicale telle qu'elle se présentait au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente, soit la décision du 16 juin 2017, avec celle existant à la date de la décision querellée du 16 mars 2018, et a considéré que les éléments transmis par l'assurée à l'appui de sa demande rendaient plausibles une aggravation de son état de santé depuis juin 2017 sur le plan psychiatrique. Elle a dès lors annulé la décision de l'OAI du 16 mars 2018 et lui a renvoyé le dossier pour qu'il entre en matière et instruisse la demande de réexamen du 23 octobre 2017 (page 461).

I. L'OAI a repris l'instruction médicale du dossier en demandant un rapport au Dr P._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, lequel a indiqué suivre l'assurée depuis 2019 à raison d'une à deux fois par mois pour des troubles anxieux et dépressifs sévères avec des somatisations importantes et des polyalgies (notamment des rachialgies hautes cervico-dorsales) invalidantes chroniques (page 474).

Dans son rapport du 16 juin 2020, le Dr M._____ a retenu les diagnostics de trouble de conversion et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (pages 489 ss). Il a indiqué que la patiente se plaignait de pertes de mémoire et de troubles de la concentration, de sensations de vertige et de brûlures dans l'hémicorps droit, de douleurs cervicales et de manque de force. Le psychiatre a noté que l'assurée n'avait pas eu de crises dissociatives en 2019. Il a relevé que des troubles cervicaux avec un canal étroit avaient été mis en évidence, lesquels avaient péjoré la thymie et les fonctions cognitives. De son point de vue, la capacité de travail de la patiente était nulle, ce d'autant qu'elle n'avait pas travaillé depuis plus de dix ans et

qu'elle avait 57 ans. Il a remis toute une série de rapports médicaux, dont ceux des examens d'imagerie réalisés au niveau cervical en raison des céphalées (pages 520 ss).

Mandaté, le SMR a admis qu'il y avait lieu de mettre en œuvre un examen clinique psychiatrique auprès du SMR ou une expertise psychiatrique (pages 535 et 537).

L'expertise a été confiée au Dr Q._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (page 549). Dans son rapport du 1^{er} février 2021, l'expert n'a pas relevé de troubles mnésiques proprement dits, mais un focus pas toujours tenu. Il a observé une assurée fatiguée, avec une thymie abaissée, mais sans tristesse aigue, sans larme ou proche des larmes ni effondrement. Il n'a pas constaté de symptômes de la lignée psychotique, d'hallucinations ou de bizarrerie. Il n'a pas remarqué qu'elle était particulièrement anxieuse, mais un peu nerveuse, sans toutefois présenter de manifestation neurovégétative. Il a relevé qu'il s'agissait d'une personne profondément ancrée dans une conviction d'être atteinte au niveau de sa santé, ceci avec une nette dominance du côté corporel et secondaire du côté psychique (« je ne suis pas bien »), qui faisait une fixation sur l'importance ainsi que sur l'étendue des atteintes somatiques et était convaincue d'être incapable de pouvoir faire son ménage et en conséquence de travailler. L'expert a appliqué l'échelle de dépression, laquelle a montré une valeur légèrement significative dans le registre de dépression légère, et a effectué un monitoring médicamenteux qui a montré que l'antidépresseur était pris à une quantité peu ou pas efficace. Il a estimé que le traitement devait être étoffé, varié et contrôlé. Cependant, il a constaté que l'assurée prenait une multitude de médicaments, dont elle avait eu de la peine à expliquer les raisons et dont plusieurs substances avec un fort potentiel sédatif, qui pouvaient très bien expliquer le ralentissement constaté, la fatigue et la fatigabilité. De l'avis de l'expert, il était donc de première importance de clarifier véritablement la situation somatique. Il a posé les diagnostics psychiatriques suivants :

- syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4),
- trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndromes somatiques (F33.01),
- accentuation de certains traits de personnalité, histrioniques (Z73.1),
- troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, utilisation continue sous prescription médicale (F19.25).

Il a précisé qu'il existait un état dépressif de légère intensité, mais que celui-ci était susceptible d'amélioration avec un traitement appliqué et suivi et qu'il n'existait aucun indice laissant suspecter la présence d'un trouble schizo-affectif. Il a ajouté que l'impact du trouble douloureux somatoforme ne pouvait pas à ce stade être clarifié avec certitude,

au vu de l'absence d'appréciation somatique claire et objective. En définitive, il a estimé que, malgré un léger déplacement de la symptomatologie, l'état clinique de la patiente était assez proche de ce qui avait été décrit en 2017 et qu'il concluait à une incapacité de travail de 20 % associée à une diminution de rendement de 10 % pour cause de ralentissement, probablement d'origine médicamenteuse (pages 573 ss).

Prenant position le 4 février 2021, le SMR, par la Dresse R._____, spécialiste en médecine générale, a considéré que l'expertise était probante. Après avoir procédé à l'analyse des indicateurs jurisprudentiels, il a constaté que les critères de gravité étaient faiblement remplis, qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle sur le plan psychique retenue par l'expert et que l'état dépressif et les traitements sédatifs pouvaient entraîner une petite baisse de rendement de l'ordre de 10 %. Cependant, il a admis qu'il ne pouvait pas se prononcer définitivement sans effectuer une évaluation clinique de l'appareil locomoteur, puisque la possibilité d'une fibromyalgie et l'existence de lésions dégénératives rachidiennes cervicales et lombaires avaient été évoquées par les médecins traitants, dont il convenait d'évaluer l'impact sur tous les domaines d'activité et sur la capacité de travail. C'est pourquoi il proposait de réaliser un examen clinique ou une expertise rhumatologique ou de médecine physique et de réadaptation (pages 620 ss).

Le mandat d'expertise a été confié à la Dresse S._____, spécialiste FMH en rhumatologie, qui a examiné l'assurée le 8 juin 2021 (page 641). Dans son rapport du 22 septembre 2021, l'experte a retenu les diagnostics suivants :

- douleurs généralisées (MG30.01) identifiées sous la terminologie de fibromyalgie ou de syndrome douloureux somatoforme ;
- troubles dégénératifs rachidiens (spondylarthrose ; FA8Z), stables, sans compression radiculaire ni compression de la moelle ;
- PSH (périarthrite scapulo-humérale) à l'épaule gauche (FB55.Z), sans déformation ni synovite, avec amplitude normale, mais limitant le port de charges de plus de 5 kg et les activités en hauteur avec le membre supérieur gauche ;
- syndrome métabolique (5A44), avec bilan cardiaque sans particularité ;
- goitre multinodulaire euthyroïdien (5A01.2), sans besoin de suivi ou de traitement ;
- status après gastro-duodénite sévère en novembre 2020.

L'experte a estimé que, depuis la suppression de rente en août 2017, l'état de santé de l'assurée était stationnaire, au plan somatique, tant à l'examen de médecine interne générale, avec un bon état général apparent et un poids stable, qu'à l'examen de

l'appareil locomoteur. Elle a indiqué qu'étaient identifiables un syndrome cervical modéré, un syndrome lombaire modéré et des éléments pour une périarthrite scapulo-humérale à gauche dans le contexte de douleurs insertionnelles diffuses, sans évidence de signes inflammatoires articulaires. Elle a conclu que l'assurée présentait des atteintes dégénératives spondylarthrosiques étagées, prédominant au niveau cervical sans signe d'appel pour une souffrance neurologique. Elle a ajouté qu'elle gardait une bonne mobilité avec un examen clinique stationnaire, comparé à ceux figurant dans les actes du dossier. Elle a considéré que son état ne contre-indiquait pas – au plan médico-théorique – l'exercice d'une activité légère (charges de moins de 5 kg), principalement sédentaire, avec des alternances de position, sans activités en hauteur avec les bras. Dans le respect de ces limitations fonctionnelles de l'appareil locomoteur, elle a conclu que l'assurée pouvait effectuer un travail adapté tenant compte de l'affection psychiatrique faisant reconnaître dans toute activité une incapacité de travail de l'ordre de 30 %.

S'agissant de la cohérence, l'experte a relevé que les plaintes étaient importantes et avaient motivé de nombreux examens médicaux et paramédicaux, très régulièrement, ce qui contrastait avec l'examen clinique rassurant, le bon état général, ainsi que la mobilité articulaire fluide et non limitée lors de l'examen. Elle n'a pas remarqué de limitation homogène dans tous les domaines de la vie puisque même si l'assurée affirmait ne plus pouvoir travailler, elle décrivait une vie familiale très active et des activités variées tous les après-midis (pages 649 ss).

Dans son rapport final du 4 octobre 2021, le SMR a estimé que l'expertise de la Dresse T._____ était pleinement probante. Ainsi, en raison des atteintes dégénératives, il a admis qu'il y avait une aggravation objective, significative et durable de l'état de santé somatique de l'assurée depuis la dernière décision du 16 juin 2017, puisque les limitations ne permettaient plus l'activité de femme de ménage depuis le 14 mai 2018 (date du premier CT cervical). En revanche, il a conclu à une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques et psychiques comme antérieurement, soit depuis le 20 mars 2017 (page 719).

Le dossier a été soumis au Service de réadaptation de l'OAI pour examen des mesures envisageables. Dans son rapport du 15 octobre 2021, le conseiller a relevé que l'assurée avait la ferme conviction d'être incapable d'exercer une activité lucrative. Il a estimé qu'aucune formation (de type CFC, AFP ou formation pratique) n'était possible au vu des faibles capacités d'adaptation de l'assurée, des difficultés attentionnelles et de concentration. Il a expliqué que, comme lors de la précédente exigibilité du 23 octobre

2017, l'assurée pourrait œuvrer comme ouvrière au montage de petites pièces, comme ouvrière de conditionnement, comme employée de télésurveillance, comme employée à l'ajustage dans une fabrique d'instruments dentaires, comme employée à l'étiqueteuse dans une usine de denrée alimentaire, comme aide de laboratoire, comme employée de scannage, comme contrôleuse ou employée de production ou encore comme caissière (par exemple, pour la vente d'entrées à la piscine ou dans un musée), tout en rappelant que ce type de postes étaient suffisamment représentés sur un marché équilibré de l'emploi. Il a donc renoncé à organiser des mesures d'ordre professionnel et a clos son mandat de réadaptation (page 726).

Par projets de décision séparés du 27 octobre 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait, d'une part, lui refuser tout droit à un reclassement professionnel mais lui octroyer une aide au placement (page 733) et, d'autre part, lui refuser tout droit à une rente (page 730).

J. Dans le cadre de la procédure d'audition, l'assurée a produit un rapport du Service de neurologie de l'Hôpital de LIEU_1 du 22 novembre 2021 évoquant une atteinte multi-radiculaire aux membres supérieurs (page 743), ainsi qu'un rapport du Dr M._____ du 26 novembre 2021 soutenant qu'une expertise neurologique devait être mise en œuvre pour déterminer les conséquences exactes du canal cervical étroit.

Prenant position le 7 décembre 2021, le SMR a constaté que le rapport médical du Dr M._____ ne contenait aucune information d'ordre psychiatrique mais seulement une énumération de données somatiques déjà connues. En revanche, compte tenu des atteintes radiculaires aux membres supérieurs mises en évidence, il a jugé utile de demander un rapport de neurochirurgie à la Dresse U._____ pour connaître les suites de la prise en charge du canal cervical étroit (page 753).

Dans un rapport du 15 décembre 2021, la Dresse V._____ a expliqué qu'en raison de la compression médullaire C3-C4, C4-C5 et C5-C6, elle avait proposé à l'assurée de procéder à une décompression antérieure et fusion à trois niveaux (page 762). Entendue par l'OAI le 5 janvier 2022, l'assurée a confirmé que son opération était prévue le 10 janvier suivant et impliquait une hospitalisation de 4 jours (page 772).

Par projet de décision du 3 février 2022, annulant et remplaçant le projet du 27 octobre 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui octroyer le droit à un quart de rente, basé sur un degré d'invalidité de 40 % (après calcul du taux moyen au terme du délai d'attente, le 21 décembre 2021), du 1^{er} décembre 2021 au 28 février 2022, puis une rente entière dès le 1^{er} mars 2022, dès lors qu'à partir du 18 novembre 2021 son état de

santé s'était aggravé et son incapacité de travail était totale dans toute activité (page 782).

En l'absence de remarques de l'intéressée, l'OAI a confirmé sa position par décision du 2 mai 2022 (pages 813 ss).

K. Le 12 janvier 2024, l'OAI a entamé une procédure de révision d'office de la rente d'invalidité de l'assurée (page 828). Dans le questionnaire y relatif, cette dernière a indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis 5 à 6 mois.

Interpellé, le Dr X. _____ a indiqué, dans son rapport du 4 février 2024, que l'assurée était toujours suivie pour des céphalées, des cervicalgies invalidantes, une anxiété avec des crises de panique, des somatisations multiples et une thymie basse et fluctuante. Il a attesté une incapacité de travail totale dans toute activité au vu des multiples pathologies lourdes, symptomatiques et limitantes, avec des traitements en cours (pages 838 ss).

Le 26 mars 2024, la Dresse V. _____ a expliqué qu'elle avait proposé à la patiente une nouvelle prise en charge au Centre de traitement de la douleur, dès lors que les douleurs dépassaient le contexte de l'atteinte cervicale, mais que la concernée ne s'était pas présentée (page 844).

Dans un rapport du 2 mai 2024, le Dr M. _____ a mentionné voir la patiente à un rythme mensuel. Il a expliqué qu'il n'y avait pas eu complications post-opératoires, mais que l'évolution restait préoccupante avec la persistance des douleurs cervicales, des craquements au niveau des vertèbres concernées et des plaintes neurologiques localisées sur les membres supérieurs. Il a précisé que l'assurée avait vécu le décès de sa mère en octobre 2022, ce qui avait engendré une augmentation de la souffrance, et qu'elle continuait à avoir des angoisses, pour lesquelles plusieurs benzodiazépines avaient été testés puis abandonnés. Il a indiqué qu'en février 2024, l'assurée s'était plainte de douleurs à l'épaule gauche et que les examens avaient mis en évidence une coiffe dégénérative avec bursite sous-acromiale, pour laquelle une infiltration de l'épaule avait été proposée ; le bilan médical n'avait pas révélé d'autres troubles et l'assurée se plaignait toujours de douleurs et d'un manque de force dans la nuque, les épaules, avec des mouvements limités des bras, ce qui la handicapait dans ses gestes du quotidien, surtout si elle devait accomplir une tâche en levant les bras, prendre des objets, nettoyer en hauteur ou simplement mobiliser un peu de force. Il a conclu à une incapacité de travail totale chez une assurée âgée de 61 ans ne travaillant plus depuis plus de 15 ans en raison de malaises/vertiges, de troubles dissociatifs et troubles neurologiques,

entraînant un manque de force et de proprioception ainsi que de la fatigue et de la thymie basse, avec troubles de la mémoire et angoisses (pages 846 ss).

Mandaté, le SMR a relevé que, sur le plan psychique, le Dr M._____ maintenait les mêmes diagnostics que ceux retenus antérieurement par le Dr F._____ avec en plus la notion d'amélioration du trouble de conversion depuis la chirurgie cervicale. Il a remarqué que, sur le plan somatique, l'assurée alléguait toujours des douleurs cervicales pour lesquelles elle avait accepté un suivi à LIEU_2, qui devait être effectué, et que le Dr M._____ avait indiqué que les douleurs étaient réapparues au décès de sa mère, mais que les anxiolytiques prescrits avaient été arrêtés par la patiente et que les limitations fonctionnelles décrites dans le quotidien étaient en rapport avec la problématique cervicale. Le SMR a dès lors proposé d'attendre le rapport de la prise en charge à LIEU_2 (page 865).

L'assurée a séjourné à SOC_C pour une réadaptation musculosquelettique stationnaire du 11 au 21 juillet 2023. Dans le rapport du 28 juillet 2023, le Dr W._____, médecin chef, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, a indiqué que la patiente présentait des douleurs polyarticulaires qui s'inscrivaient dans un contexte psychosocial extrêmement difficile et qui étaient associées à un déconditionnement musculaire global et aussi psychique. Il a relevé que, durant le séjour, la patiente n'avait pas présenté de problème considérable et qu'il lui était recommandé de poursuivre la physiothérapie et les exercices appris (page 870).

Dans son rapport final du 25 juin 2024, le SMR a constaté que l'assurée avait bénéficié d'une chirurgie de décompression cervicale le 10 janvier 2022 avec succès, sans déficit neurologique à l'examen clinique. Il a relevé qu'elle alléguait toujours des douleurs mais plus diffuses pour lesquelles la Dresse V._____ évoquait une origine plus large que celle de l'atteinte cervicale, dans un contexte psychosocial difficile. Il a remarqué que les limitations fonctionnelles décrites par l'assurée étaient liées à l'atteinte cervicale et à la périarthrite scapulo-humérale gauche. Il a observé que, sur le plan psychique, le Dr M._____ avait confirmé les mêmes diagnostics que ceux retenus antérieurement par le Dr F._____, mais avait toutefois noté une amélioration du trouble de conversion depuis la chirurgie cervicale. Ainsi, le SMR a considéré qu'il y avait une amélioration objective, significative et durable de l'état de santé de l'assurée depuis la dernière décision AI sur le plan somatique, de sorte qu'il y avait lieu d'admettre dès le 10 octobre 2022 (date de la consultation en antalgie) une capacité de travail de 70 % (100 % sur le plan somatique mais 70 % pour la part psychiatrique, les diagnostics psychiatriques étant inchangés depuis la dernière décision AI) dans une activité légère et parfaitement

adaptée, à savoir sans travail avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, sans flexion/extension/rotation répétée du rachis cervical, sans position en porte-à-faux du rachis cervical, sans port de charges supérieures à 5 kg, sans travail de force avec les membres supérieurs (pages 877).

Compte tenu de ces conclusions, le Service de réadaptation de l'OAI a convoqué l'assurée pour un entretien le 9 octobre 2024 (page 883). A cette occasion, le conseiller en réadaptation lui a proposé une aide au placement avec au préalable la mise en œuvre d'une mesure d'orientation professionnelle pour une durée d'un à trois mois en institution (ARPI, Ateliers St-Hubert, CRTO, OSEO, ORIF, etc.) suivi de stages sur le marché du travail, avec un accompagnement auprès des employeurs par le Service de placement. L'assurée a déclaré qu'elle ne pouvait pas travailler, que déjà à son domicile elle ne pouvait rien faire et qu'elle souffrait de vertiges et pouvait tomber. Elle ne voyait pas quel patron pourrait vouloir d'une employée comme elle et surtout ne comprenait pas que le médecin du SMR qui ne la connaissait pas et ne l'avait jamais vue était en mesure d'estimer qu'elle pouvait travailler. Dès lors qu'elle avait clairement indiqué ne pas souhaiter participer aux mesures et qu'elle avait fait valoir de nouveaux éléments médicaux par l'intermédiaire de son médecin (cf. ci-dessous), le Service de réadaptation a clos son mandat (page 925).

Le 10 octobre 2024, le Dr X._____ a remis divers rapports d'examens médicaux et a demandé à l'OAI de bien vouloir réexaminer le dossier de sa patiente qui présentait des comorbidités invalidantes dans toute activité y compris adaptée, à savoir : trouble anxieux, trouble panique, trouble dépressif récurrent et trouble somatoforme suivi par le Dr M._____, céphalées de tension et aspécifiques d'étiologie indéterminée, avec probable composante d'abus médicamenteux, cervicalgies de prédominance gauche chroniques invalidantes et omalgies gauches chroniques (page 890).

Prenant position le 6 novembre 2024, le SMR a constaté que les derniers rapports médicaux n'apportaient aucun élément significatif nouveau susceptible de modifier ses conclusions et ne posaient pas de nouveau diagnostic. Il a noté que l'assurée s'opposait à la mise en place de mesures professionnelles en adoptant une attitude de malade, alors même qu'il n'y avait pas de raisons médicales objectives pouvant l'empêcher de suivre ces mesures (page 927).

Par projets de décision séparés du 8 novembre 2024, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait, d'une part, refuser la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel (page 930) et, d'autre part, supprimer sa rente d'invalidité dès lors qu'à partir du 10 octobre

2022, on pouvait exiger de sa part l'exercice de toute activité adaptée à 70 %, ce qui représentait un taux d'invalidité de 25 % après comparaison des revenus idoines (page 933).

L. Le 11 novembre 2024, le Dr M._____ a écrit à l'OAI que la patiente était prête à collaborer et à participer à des mesures pour préserver sa rente d'invalidité bien que, d'un point de vue médical, sa capacité de travail soit toujours nulle. Il a rappelé qu'elle présentait un ralentissement psychomoteur, qu'elle marchait doucement, bougeait lentement et prenait garde à ne pas faire de faux mouvements avec sa tête, de sorte qu'il ne voyait pas quelle forme d'activité même occupationnelle pouvait être réalisée (page 938).

Le même jour, le Dr X._____ a transmis une série de rapports, dont celui du 6 novembre 2024 du Dr Y._____, médecin agréé auprès de l'Unité d'otoneurologie et d'audiologie du SOC_D, qui avait été consulté pour les vertiges et qui, au vu des examens dans la norme, avait estimé que la symptomatologie était compatible avec un trouble vestibulaire fonctionnel type Persistent Postural Perceptual Dizziness (vertige postural-perceptif persistant), avec comme facteurs prédisposants, un trouble anxieux et un trouble somatoforme, et qui proposait une prise en charge de physiothérapie vestibulaire (page 952).

Le 25 novembre 2024, Me Michel De Palma a informé l'OAI qu'il avait été mandaté par l'assurée pour la défense de ses intérêts (page 965) et a demandé un délai supplémentaire pour déposer ses observations (page 972). Le 20 décembre 2024, il a contesté l'avis du SMR, qui, de son point de vue, ne se fondait que sur l'amélioration des troubles cervicaux et ne tenait pas compte du bilan médical décrit par le Dr M._____ (page 981).

Sollicité, le SMR a constaté, dans son rapport du 6 janvier 2025, que les vertiges étaient d'ordre fonctionnel, donc subjectifs, sans substrat organique objectivé et qu'il n'y avait aucun critère de gravité. Il a rappelé que, dans son rapport du 22 mai 2024, il avait expliqué que le Dr M._____ ne rapportait aucun nouvel élément médical objectif et que ses diagnostics étaient les mêmes que ceux retenus antérieurement, notamment par la Dr Z._____ dans son expertise du 1^{er} février 2021. Il a répété que, sur le plan somatique, les cervicalgies et l'omalgie permettaient l'exercice d'une activité adaptée et qu'aucun des spécialistes somatiques n'avait retenu de déficit sensitivomoteur objectif lors des examens cliniques. Il a ajouté que les traits de personnalité histrioniques rapportés par les différents experts psychiatres pouvaient expliquer le caractère

démonstratif de l'assurée et la majoration des symptômes pour raisons psychologiques, ce qui n'avait pas de caractère incapacitant en soi, et que les facteurs psychosociaux énoncés par le Dr M._____ et mentionnés lors du séjour à LIEU_2 étaient étrangers à l'AI et n'avaient pas lieu d'interférer dans la détermination de la capacité de travail exigible. Il a dès lors conclu qu'il n'y avait pas de nouvel élément médical objectif susceptible de modifier ses précédentes conclusions (page 999).

Par deux décisions séparées du même jour, l'OAI a refusé à l'assurée tout droit à des mesures d'ordre professionnel (page 987) et a supprimé sa rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2025 (page 990).

M. Le 7 février 2025, l'assurée a recouru céans contre la décision de suppression de rente d'invalidité (pages 1008 ss). Elle a reproché à l'OAI de s'être fondé uniquement sur l'avis du SMR et de n'avoir pas diligenté d'expertise psychiatrique alors que son incapacité de travail était basée sur cet aspect depuis 2018. Elle a relevé que l'OAI avait repris les mêmes limitations fonctionnelles existantes lors de la décision d'octroi de rente de 2022, de sorte que la suppression de cette dernière était infondée. Enfin, elle a contesté la valeur probante du rapport du SMR en rappelant que ses médecins traitants les Drs X._____ et M._____ attestaient une incapacité de travail totale dans toutes activités. Elle a conclu, à titre préalable, à la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique et, au fond, à l'annulation de sa décision et à la reprise du versement de la rente complète, sous suite de frais et dépens à hauteur de 5000 francs. A l'appui de son recours, elle a déposé un rapport du 6 février 2025 du Dr M._____ qui retraçait le parcours de l'assurée et les éléments et diagnostics de son rapport précédent, ainsi qu'un courriel du Dr X._____ du 26 janvier 2025, qui estimait que la décision était injuste dans la mesure où l'assurée souffrait toujours, sur le plan psychopathologique, d'une thymie abaissée et d'une anxiété importante associées à un trouble somatoforme et, sur le plan somatique, de cervico-brachialgies et de céphalées récurrentes associées à un trouble vestibulaire fonctionnel.

Répondant le 11 mars 2025, l'OAI a indiqué que les nouvelles pièces avaient été soumises au SMR, qui avait constaté qu'elles ne faisaient que rapporter des éléments déjà connus. Il a ajouté que la recourante ne soulevait pas de nouveaux arguments par rapport à son courrier d'audition, de sorte qu'il renvoyait à la motivation de sa décision et concluait au rejet du recours.

Dans sa réplique du 28 avril 2025, la recourante a répété que les rapports des Drs M. _____ et X. _____ attestaient une aggravation de l'état de santé, ainsi qu'une incapacité de travail totale, de sorte que la décision de l'OAI était injustifiée.

Par courrier du 13 mai 2025, l'intimé a indiqué n'avoir rien à ajouter à sa précédente prise de position.

L'échange d'écritures a dès lors été clos le 15 mai 2025.

Considérant en droit

1.

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

Posté le 7 février 2025, le recours à l'encontre de la décision du 6 janvier précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

1.2 Au 1^{er} janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux règles de droit transitoire, l'assurée étant âgée de plus de 55 ans au 1^{er} janvier 2022 et faisant partie du groupe « droit acquis », l'ancien droit reste applicable (Circ. DT DC AI, chiffres 2002 ss).

2. Le litige porte, dans le cadre d'une révision d'office, uniquement sur la suppression de la rente d'invalidité de la recourante dès le 1^{er} mars 2025.

2.1 A teneur de l'article 17 alinéa 1 a 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 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 d'octroi de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1, 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). En revanche, il n'y a pas de motif de révision lorsqu'on est en présence d'une évaluation simplement différente d'une situation qui est pour l'essentiel restée la même, à l'instar d'une appréciation différente des effets sur la capacité de travail d'un état de santé resté essentiellement inchangé (ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 387 consid. 1b ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2, 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3, 9C_552/2007 du 17 janvier 2008 consid. 3.1.2).

2.2 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'article 4 alinéa 1 LAI en lien avec l'article 8 LPG. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM-10 ou le DSM-V (notamment : ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 et 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). En général, toutes affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418), y compris les syndromes de dépendance primaire (ATF 145 V 215) et les troubles dépressifs de degré léger à moyen (ATF 143 V 409 et 418).

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

En général, le médecin traitant prend position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur la capacité de travail. Il appartient ensuite au service médical régional (SMR) de procéder à l'évaluation médicale visant à déterminer s'il s'agit d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité (art. 54a LAI et 49 RAI ; Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité – CIRAI, valable dès le 1^{er} janvier 2022, ch. 1109 ; idem sous l'ancien droit). Selon l'article 54a al. 2 LAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'article 6 LPGa, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui (art. 54a al. 3 LAI), en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales ou psychiques (art. 49 al. 1bis RAI). Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce (art. 54a al. 4 LAI). Un rapport au sens de cette disposition (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Les rapports du SMR ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 et 122 V 157 consid. 1d ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1 ; VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2920).

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

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

dûment motivées (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la réf. cit.).

2.5 Selon l'article 43 LPGa, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Le devoir d'instruction subsiste jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêts du Tribunal fédéral 9C_414/2014 du 31 juillet 2014 consid. 3.1.3 et 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

L'assureur n'a pas à épuiser toutes les possibilités d'investigations, s'il estime, par une appréciation anticipée des preuves fournies par les investigations auxquelles il a déjà procédé, que certains faits présentent le degré de preuve requis par les circonstances et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (PIGUET, in : Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2025, N. 12 ad art. 43 LPGa ; ATF 131 I 153 consid. 3, 124 V 94 consid. 4b). A l'inverse, l'assureur ne peut renoncer à mettre en œuvre des mesures d'instruction complémentaires, lorsqu'il apparaît, sur la base du dossier ou des allégations de la personne assurée, que les faits pertinents n'ont pas été établis de manière correcte et complète ou qu'il existe des contradictions insurmontables (ATF 110 V 48).

3. En l'occurrence, il s'agit d'examiner si et comment l'état de santé de l'assurée, ainsi que sa capacité de travail, ont évolué entre la décision du 2 mai 2022 lui octroyant le droit à un quart de rente du 1^{er} décembre 2021 au 28 février 2022, puis à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2022 et la décision litigieuse du 6 janvier 2025 supprimant le droit à la rente d'invalidité.

3.1 La décision du 2 mai 2022 a été rendue à la suite du jugement de la Cour de céans du 20 avril 2020 (S1 18 102) renvoyant le dossier à l'intimé afin qu'il entre en matière sur la demande de réexamen de l'assurée.

Selon le Dr M._____, dans son rapport du 16 juin 2020 (page 491), l'assurée se plaignait de douleurs et d'un manque de force dans les membres supérieurs, de vertiges,

de troubles de la mémoire et de la concentration et de fatigue. Elle présentait, selon lui, un trouble de conversion et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, en sus de la cervicarthrose, de la hernie discale en conflit avec la racine C3-C4 et du canal étroit cervical.

Afin de statuer sur les droits de l'assurée, l'intimé a mis en œuvre successivement une expertise psychiatrique auprès du Dr Z._____ (pages 573 ss), puis une expertise rhumatologique auprès de la Dresse T._____ (pages 649 ss).

Sur le plan psychiatrique, l'assurée se plaignait surtout d'une détresse émotionnelle en lien avec son état douloureux (cf. expertise Z._____ p. 30 ; page 602). L'expert a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique, en précisant qu'il était susceptible d'amélioration avec un traitement appliqué et suivi. Il a également posé le diagnostic d'accentuation de certains traits de personnalité histrioniques et celui de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives. Au vu des plaintes essentiellement tournées vers les douleurs, il a admis un syndrome douloureux somatoforme persistant, qui devait être clarifié en fonction de l'appréciation somatique. Il a conclu à une capacité de travail de 80 % avec baisse de rendement de 10 % en raison d'un léger ralentissement psychomoteur, probablement d'origine médicamenteuse (cf. expertise Z._____ page 34 ; page 606).

Sur le plan rhumatologique, la Dresse T._____ a relevé que la patiente décrivait des douleurs diffuses, prédominant le plus souvent dans le haut du corps et du côté gauche. Elle a confirmé l'existence de troubles dégénératifs rachidiens et d'une périarthrite scapulo-humérale gauche entraînant des limitations fonctionnelles, à savoir pas de travail en hauteur avec les bras et pas de port de charges de plus de 5 kg. Elle a également retenu le diagnostic de douleurs diffuses généralisées (ou fibromyalgie) au vu des nombreux symptômes sans étiologie claire et des éléments d'amplification observés à l'examen clinique. Sur le plan purement somatique, elle a conclu à une capacité de travail à la hauteur de celle admise au niveau psychique, dans une activité adaptée aux limitations physiques (cf. expertise T._____ page 62 ; page 710).

Les conclusions des experts ont été examinées par le SMR, qui les a jugées – à juste titre – pleinement probantes. Dans son avis du 4 octobre 2021 (page 719), celui-ci a donc retenu les diagnostics incapacitants de :

- trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndromes somatiques (F33.01) ;

- troubles dégénératifs rachidiens lombaire et cervical (spondylarthrose) – depuis 2018 (M47.8) ;
- périarthrite scapulo-humérale prédominant à gauche (M75.0) ;

ainsi que les limitations fonctionnelles suivantes :

- position de travail alternée ;
- port de charges limité à 5 kg et de manière occasionnelle ;
- pas de travaux lourds ;
- résistance au stress diminuée ;
- pas de positions contraignantes pour le dos ;
- pas de positions en porte à faux ;
- pas de positions avec les bras au-dessus des épaules ;

et a conclu à une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée dès le 20 mars 2017 (page 719), laquelle ne donnait pas droit à une rente d'invalidité qu'après calcul du taux moyen d'incapacité (cf. décision du 2 mai 2022 ; pages 813 ss.).

Cependant, avant que l'OAI ne statue, l'assurée a annoncé qu'en raison de la problématique liée à son canal cervical étroit, la Dresse V._____ avait attesté une incapacité de travail totale depuis le 18 novembre 2021 et avait jugé nécessaire de procéder à une intervention chirurgicale le 10 janvier 2022. C'est pour cette raison que l'intimé a octroyé une rente entière d'invalidité à l'assurée dès le 1^{er} mars 2022, par décision du 2 mai 2022.

3.2 Lors de la révision de janvier 2024, l'OAI a appris que l'intervention chirurgicale avait été réalisée avec succès et sans complication post-opératoire (pages 844 et 846). Selon la Dresse V._____, dans son rapport du 26 mars 2024, les douleurs dépassaient le contexte de l'atteinte cervicale. En outre, sur le plan somatique, le Dr X._____ décrivait toujours les mêmes problématiques de santé, notamment dans son rapport du 10 octobre 2024.

Il en va de même du Dr M._____, qui, dans son rapport du 2 mai 2024, indiquait que l'assurée se plaignait toujours de douleurs cervicales, de craquements nombreux au niveau des vertèbres et de symptômes neurologiques localisés sur les membres supérieurs, malgré l'opération, mais qui ne mentionnait aucun nouveau diagnostic psychiatrique, se contentant de dire que sa patiente était toujours anxieuse, tendue et fatiguée, avec des troubles de la mémoire et des vertiges (pages 846 ss).

Ainsi, comme l'a relevé le SMR, dans son avis du 25 juin 2024, l'assurée avait retrouvé l'état de santé d'avant son opération et donc sa capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée (page 877).

Si par la suite, le Dr X. _____ a signalé, le 11 novembre 2024, que des examens avaient été mis en œuvre pour déterminer l'origine des vertiges, il appert que ces troubles étaient déjà connus lors de la décision du 2 mai 2022 puisqu'ils existaient depuis de nombreuses années. En effet, l'assurée s'était déjà plainte de vertiges auprès du Dr K. _____ lors de l'expertise du 20 mars 2017. En outre, comme l'a expliqué le SMR, dans son avis du 6 janvier 2025, il s'agit de troubles d'ordre fonctionnel, c'est-à-dire subjectifs et sans substrat organique objectivé, qui ne remplissent pas le critère de gravité (page 999).

Ainsi, force est de constater – à l'instar du SMR et de l'intimé – que si l'état de santé de la recourante n'a que peu, voire pas, évolué sur le plan psychiatrique, il s'est en revanche stabilisé sur le plan physique à la suite de la décompression cervicale, soit dès le 10 octobre 2022 (date de la consultation d'antalgie ; cf. avis du SMR du 6 janvier 2025 ; page 998), et permet à nouveau l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelle à hauteur de la capacité de travail admise sur le plan psychique de 70 %.

Il est ici rappelé que la péjoration de l'état de santé liée au processus naturel de vieillissement ne constitue pas un motif suffisant pour réviser une rente (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_50/2010 du 6 août 2010 consid. 5).

Sur la base des éléments qui précèdent, il n'existe aucun motif pour remettre en doute la valeur probante de l'avis du SMR, ce dernier étant complet, détaillé, motivé et reprenant l'entier des avis médicaux émis, en particulier ceux des médecins traitants de l'assurée. Le dossier est ainsi suffisamment complet pour qu'un jugement valable puisse être rendu sur la base de celui-ci (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1). Partant, une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée doit être reconnue à la recourante dès le 10 octobre 2022.

3.3 Le calcul du taux d'invalidité, respectivement le choix des revenus idoines permettant sa détermination, n'étant pas critiqué et ne portant pas flanc à la critique, il sied de confirmer un taux d'invalidité de 25 % au 10 octobre 2022, ne donnant plus droit à une rente d'invalidité. Ainsi, c'est à juste titre que l'OAI a supprimé la rente entière d'invalidité qu'il versait jusqu'alors à la recourante avec effet au 1^{er} mars 2025, soit le 1^{er} jour du 2^{ème} mois qui suit la notification de la décision définitive.

4. Il s'ensuit le rejet du recours et la confirmation de la décision entreprise du 6 janvier 2025.

5.

5.1 Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. selon les principes de la couverture des coûts et de l'équivalence des prestations, sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 61 let. f^{bis} LPGA et art. 69 al.1bis LAI), le montant étant compensé par l'avance de frais, d'un montant équivalent, déjà versée.

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

Par ces motifs,

Prononce

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

Sion, le 29 avril 2026