

VS_GERICHTE S1 21 88 vom 28. Juni 2023

VS Kantonsgericht, 2023-06-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_21_88

FR: VS_GERICHTE S1 21 88 du 28 juin 2023

IT: VS_GERICHTE S1 21 88 del 28 giugno 2023

Regeste

S1 21 88 JUGEMENT DU 28 JUIN 2023 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Véronique Largey, greffière en la cause X _____, recourante contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé (art. 17 al. 1 LPGA ; révision de la rente d'invalidité, nouvelle demande, plausibilité d'une modification notable du taux d'invalidité)

Erwägungen

E. 1

Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément. Posté le 31 mars 2021, le recours contre la décision du 8 mars précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 69 al. 1 let. a LAI et 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. Au 1er janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance- invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux règles de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue avant le 1er janvier 2022 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et 138 V 176 consid. 7.1, arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1). 2.1 Le présent litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'office intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 15 décembre 2020. A cet égard, la teneur de la jurisprudence en matière de révision d'une rente d'invalidité selon l'article 17 aLPGA, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021, a déjà été énoncée dans la décision entreprise. Il peut donc y être fait référence, avec le rappel qu'au dépôt d'une nouvelle demande de prestations, la personne assurée doit simplement rendre plausible, et non établir au degré de la vraisemblance prépondérante normalement exigé en droit des assurances sociales, une modification de son invalidité depuis la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit (ATF 133 V 108 consid. 5, 130 V 71 consid. 3 et 130 V 64 consid. 5.2.5, arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2).

- 11 - 2.2.1 Il convient de revenir tout d'abord sur la situation médicale ayant motivé la deuxième demande de prestations AI en été 2016 (pièce 66, pages 306 à 308 et pièce 73) puis les décisions des 17 avril et 1er mai 2018 d'octroi d'une demi-rente d'invalidité à partir

du 1er janvier 2017 (pièces 118 et 119). Pour rappel, l'intimé a considéré dans ces décisions qu'il n'existait pas suffisamment de postes de travail respectant les limitations fonctionnelles retenues, qu'il fallait ainsi admettre une incapacité totale de travail dans toute activité, que le taux d'invalidité relatif à l'activité lucrative correspondait à 50% mais qu'il n'y avait pas d'invalidité pour ce qui concernait les travaux habituels. Le 20 juillet 2016, le Dr A _____ a notamment annoncé à l'Office AI des cervicalgies sur spondylarthrose avec des discopathies et une ptose mammaire (pièce 66, pages 306 à 308). Dans le formulaire de demande de prestations AI, daté du 9 août suivant, une incapacité totale de travail depuis le 2 novembre 2015 a été indiquée et motivée par des hernies discales et cervicales, lesquelles entraînaient des douleurs jusqu'aux extrémités des doigts de la main droite et des difficultés à la motricité (pièce 73). L'un des diagnostics incapacitants figurant dans le rapport établi le 24 octobre 2016 par le médecin traitant consistait en des cervico-brachialgies sur discopathies cervicales étagées, vraisemblablement conflictuelles en C5-C6 droite et gauche dès septembre 2015. D'après les renseignements fournis dans ce rapport, la patiente avait relaté des douleurs cervicales irradiant dans le membre supérieur droit, principalement dans les trois derniers doigts de la main droite, avec une sensation de baisse de force, ainsi qu'une douleur dans le membre supérieur gauche, touchant le pouce. Les cervicalgies et la symptomatologie neurologique s'exacerbaient aux mouvements d'extension et de flexion de la nuque, parfois même lors des rotations, et empêchaient certains travaux ménagers et de couture (pièce 83, pages 364 à 366). En date du 27 avril 2017, le Dr C _____, spécialiste en neurochirurgie, a signalé à l'Office AI les diagnostics incapacitants de status après décompression et arthrodèse en C5-C6 pour syndrome radiculaire en C6 droit le 9 février 2017 et de probable syndrome du tunnel carpien (pièces 90 et 96, pages 431 et 432). Dans son rapport du 3 juillet 2017, le Dr A _____ a expliqué que le problème principal correspondait à des cervico-brachialgies touchant le membre supérieur droit, avec exacerbation des douleurs dans les troisième, quatrième et cinquième doigts lorsque la patiente devait maintenir son bras, de même que dans le membre supérieur gauche, principalement au niveau du pouce, avec une perte de la force de portage mais également une diminution de l'habileté en ce qui concernait la motricité fine. Il a rappelé que ces douleurs étaient également exacerbées par les mouvements d'extension et de flexion de la nuque, ce qui compliquait les activités de couturière et de ménagère, même légères (pièce 96, pages 421 à 429).

- 12 - En date du 26 juillet 2017, le médecin du SMR a retenu, entre autres, le diagnostic de cervico-brachialgies résiduelles avec status après cure neurochirurgicale au niveau de C5-C6 le 9 février 2017, une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle dès le

E. 2

novembre 2015 et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter du 29 juin 2017 (pièce 98). Le 29 novembre 2017, le Dr A _____ a encore précisé à l'attention de l'Office AI que l'intervention du 9 février 2017 avait permis une amélioration de la mobilisation des épaules, que les douleurs ressenties dans les troisième, quatrième et cinquième doigts à droite et dans les troisième et quatrième doigts à gauche n'avaient toutefois été que peu modifiées et que le manque de force ainsi que la perte de la motricité fine en résultant selon la patiente gênaient celle-ci dans ses tâches quotidiennes (pièce 108, pages 468 à 472). Dans son avis du 25 janvier 2018, le Dr D _____ a souligné que ces douleurs et cette impression de manque de force et de perte de la motricité fine entraînaient des limitations fonctionnelles supplémentaires, en ce sens que tout travail exigeant de la

force aux mains ou de la motricité fine devait être proscrit (pièce 110). A part éventuellement la mention d'une douleur dans le membre supérieur gauche qui touchait le pouce, telle qu'elle figurait dans les rapports du Dr A _____ des 24 octobre 2016 (pièce 83, pages 364 à 366) et 3 juillet 2017 (pièce 96, pages 421 à 429), une arthrose des deux pouces ou rhizarthrose bilatérale n'a pas été évoquée dans les pièces médicales présentées ci-dessus. D'après les deux rapports précités et celui du 29 novembre 2017, également rédigé par le Dr A _____ (pièce 108, pages 468 à 472), les douleurs rapportées au cours de l'instruction de la demande de prestations du 9 août 2016 (pièce 73) se situaient plutôt dans les trois derniers doigts de la main droite et, selon les renseignements encore fournis le 29 novembre 2017 par le médecin traitant, dans les troisième et quatrième doigts à gauche (pièce 108, pages 468 à 472). Lors de cette procédure de révision, des affections d'ordre psychique n'ont pas non plus été signalées. Des troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, ont été diagnostiqués dans le rapport d'expertise rhumatologique et psychiatrique du 25 août 2014 (pièce 55), que l'Office AI a sollicité du B _____ dans le cadre de l'instruction de la première demande de prestations du 13 août 2013 (pièce 5). Aux termes de ce rapport, les troubles en question étaient en rémission et n'entraînaient plus d'incapacité de travail depuis début juin 2014 (pièce 55).

2.2.2 Pour ce qui a trait aux éclaircissements d'ordre médical ayant donné lieu à la décision entreprise du 8 mars 2021, le médecin du SMR a relevé à juste titre, le 22 janvier 2021, que le Dr C _____ avait fait état d'une situation inchangée au

- 13 - niveau du rachis (pièce 125). En date du 8 octobre 2020, ce neurochirurgien a effectivement conclu que les problèmes au niveau des membres supérieurs, en particulier dans les mains, ne trouvaient pas d'explication d'un point de vue cervical et qu'il y avait probablement une rhizarthrose justifiant un examen par un chirurgien de la main ou éventuellement un rhumatologue (pièce 123, pages 538 et 539). Cette hypothèse a bien été confirmée par le Dr E _____ de la F _____, dans son consilium de l'appareil locomoteur du 21 octobre 2020. A cette occasion, ce spécialiste a indiqué que la plainte principale de la patiente consistait en une diminution majeure de la force de préhension des deux mains, prédominant à droite, avec des douleurs à la base des deux pouces et des arthralgies de l'arcade inter-phalangienne proximale des deux mains, prédominant à droite. A l'examen physique, le Dr E _____ a constaté que l'aspect de la main était celui d'une rhizarthrose, que la force de préhension, mesurée au Jamar à huit kilos à droite contre dix kilos à gauche, était effondrée et que le seuil à la douleur était altéré. Il en a déduit que le chemin, parsemé de problèmes ostéo-articulaires, était donc bien celui d'une lente détérioration au fil des années et qu'il y avait cumul d'une atteinte axiale et périphérique, actuellement la rhizarthrose (pièce 123, pages 535 à 537). Etant donné les constatations du Dr C _____ et surtout du Dr E _____, à l'avis duquel le Dr A _____ a d'ailleurs renvoyé, dans son rapport du 18 janvier 2021, pour la motivation de l'aggravation de la situation médicale (pièce 123, page 534), la Cour estime que l'assurée a rendu plausible une péjoration de son état de santé physique depuis les décisions des 17 avril et 1er mai 2018 (pièces 118 et 119). Contrairement à l'indication, par ailleurs non motivée, figurant dans la prise de position du SMR du 22 janvier 2021 (pièce 125) et pourtant reprise par la recourante dans ses écritures judiciaires, il n'y avait pas de rhizarthrose depuis au moins 2017, en tout cas pas au niveau du pouce droit, et la situation médicale n'était donc pas la même en 2017 et en 2021. Si, dans son consilium de l'appareil locomoteur du 21 octobre 2020, le Dr E _____ a effectivement évoqué un status inchangé, plus

particulièrement en relation avec une diminution de la force du membre supérieur droit (« on retrouve la patiente comme on l'a connue »), il faisait alors référence à une ancienne consultation datant de novembre 2003 (pièce 123, pages 535 à 537). Quant aux considérations du médecin du SMR dans l'avis précité, que l'intimé a développées dans sa réponse du 21 avril 2021 en citant des jurisprudences rendues dans un autre contexte et relativement à d'autres symptômes que ceux du cas d'espèce, elles ne permettent pas d'aboutir à une autre conclusion. Il ne saurait en effet être déduit de manière générale que des plaintes ne puissent pas être objectivées médicalement et doivent en

- 14 - conséquence être qualifiée de subjectives, au seul motif que la personne concernée est en mesure d'influencer les tests cliniques pratiqués. En date du 18 janvier 2021, le Dr A _____ a enfin posé le diagnostic de troubles de l'adaptation avec à la fois anxiété et humeur dépressive, selon le code F4322 de la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles psychiatriques (en anglais : « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ») de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-5) (pièce 123, page 534). Pour revenir sur l'argumentation correspondante du médecin du SMR dans son avis du 22 janvier 2021 (pièce 125), le fait que le Dr A _____, qui n'est pas psychiatre, n'ait alors pas rapporté de status, de traitement et de suivi psychiatrique relatifs auxdits troubles ne signifie pas encore que ceux-ci ne se soient pas manifestés depuis les décisions des 17 avril et 1er mai 2018. Il sied de rappeler en effet que si l'assurée ne présentait pas d'affection d'ordre psychique à l'époque de ces décisions, des troubles similaires à ceux diagnostiqués le 18 janvier 2021 par le médecin traitant (pièce 123, page 534) avaient déjà été mis en évidence dans le rapport d'expertise rhumatologique et psychiatrique du B _____, rédigé le 25 août 2014. Selon les conclusions de ce rapport, les troubles en question avaient entraîné une incapacité de travail de 50% de l'automne 2013 à mai 2014 (pièce 55). Il convient ainsi de retenir également la plausibilité d'une aggravation de l'état de santé psychique de la recourante entre les décisions précitées et le prononcé entrepris du 8 mars 2021. Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision de l'Office AI du 8 mars 2021 est annulée. Le dossier est renvoyé à l'intimé afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations du 15 décembre 2020 (pièce 121).

E. 3

Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de cet office.

Sion, le 28 juin 2023