

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)

## Faits

A. Le 13 août 2013, X \_\_\_\_\_, née en 1967, au bénéfice d'une formation certifiée de couturière depuis 1986, a déposé une demande de prestations AI pour adultes. Elle a mentionné qu'elle travaillait à 40% en tant que vendeuse dans un centre de couture depuis le 19 février 2008 et qu'en raison de diverses affections et interventions, soit une tendinite de la hanche gauche, une lobectomie thyroïdienne droite et une hystérocopie avec curetage, elle était en incapacité totale de travail dès le 13 mars 2013 (pièces 3, 4, 5 et 7 du dossier d'assurance-invalidité, d'où toutes les pièces mentionnées ci-dessous sont, sauf indication contraire, tirées).

Dans son courrier adressé le 20 janvier 2014 à l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : l'Office AI), le Dr A \_\_\_\_\_ a énuméré les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants : douleurs des membres inférieurs d'origine multifactorielle et en partie indéterminée depuis début 2013 (lombalgies et coxalgies bilatérales chroniques avec tendino-bursite trochantérienne bilatérale, troubles statiques sur spondylarthrose en L4-L5 et discopathies en L3-L4 et L4-L5, faiblesse musculaire et déconditionnement physique, suspicion de syndrome des jambes sans repos), syndrome du canal carpien droit depuis octobre 2013, status après état fébrile persistant avec toux, durant deux mois, en janvier et février 2013, status après lobectomie thyroïdienne droite le 22 juillet 2013 pour un goître thyroïdien plongeant euthyroïdien avec un adénome micro-folliculaire du lobe thyroïdien droit et status après hystérectomie par laparoscopie conservatrice des ovaires le 17 septembre 2013, avec salpingectomie bilatérale pour des méno-métrorragies entraînant une anémie ferriprive depuis avril 2008 (pièce 28, pages 61 à 65).

Le 25 août 2014, le B \_\_\_\_\_ a adressé à l'Office AI un rapport d'expertise rhumatologique et psychiatrique. Les experts ont posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de troubles dégénératifs mineurs du rachis cervical et lombaire sans trouble neurologique et d'insuffisance veineuse des membres inférieurs de stade I, avec un status après stripping de varices et crossectomie de la saphène interne droite en septembre 2009 et, notamment, le diagnostic sans influence sur la capacité de travail de syndrome du tunnel carpien discret à droite, depuis janvier 2014. Ils n'ont diagnostiqué aucun trouble sur le plan psychique. Ils ont précisé dans leur discussion consensuelle qu'entre janvier et fin décembre 2013, il fallait admettre une incapacité totale de travail en relation avec les différentes affections somatiques et que de l'automne 2013 à mai 2014, l'incapacité de travail était de 50% pour des raisons

psychiques, à savoir des troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, en rémission et n'entraînant plus d'incapacité de travail depuis début juin 2014 (pièce 55).

Par décision du 20 octobre 2014 confirmant le projet du 10 septembre précédent, l'Office AI a nié le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité (pièces 59 et 65).

**B.** Le 20 juillet 2016, le Dr A \_\_\_\_\_ a annoncé à l'Office AI une aggravation de l'état de santé de sa patiente, en se référant à diverses pièces médicales annexées à son courrier. Il a fait état d'une lombo-sciatalgie du membre inférieur droit, d'installation subite le 1<sup>er</sup> novembre 2015, avec une hernie discale ascendante postéro-latérale à l'étage L5-S1 à droite, d'une amnésie globale transitoire le 10 juillet 2016 ainsi que de cervicalgies sur spondylarthrose avec des discopathies et une ptose mammaire (pièce 66, pages 306 à 308).

Une deuxième demande de prestations AI pour adultes a été déposée le 9 août 2016. Y figurait l'indication d'une incapacité totale de travail depuis le 2 novembre 2015, motivée par des hernies discales et cervicales entraînant des douleurs jusqu'aux extrémités des doigts de la main droite et des difficultés à la motricité (pièce 73).

Dans son rapport du 24 octobre 2016, auquel étaient joints les documents médicaux utiles, le Dr A \_\_\_\_\_ a précisé les diagnostics incapacitants, à savoir des cervico-brachialgies sur discopathies cervicales étagées, vraisemblablement conflictuelles en C5-C6 droite et gauche depuis septembre 2015, un status après opération chirurgicale le 1<sup>er</sup> décembre 2015 par fenestration en L5-S1 droite, séquestrectomie et discectomie, isthmotomie en L5 gauche et séquestrectomie sur hernie discale en L5-S1 droite en conflit avec la racine L5 gauche, avec des douleurs résiduelles de dénervation sur la face antéro-externe du membre inférieur droit depuis septembre 2016 ainsi qu'un status après une amnésie globale transitoire le 10 juillet 2016, probable ictus amnésique, avec des sensations vertigineuses persistantes depuis lors, sous traitement médicamenteux. Selon les informations relatives aux symptômes actuels, 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. La patiente se plaignait également d'une douleur de type

« brûlure » irradiant dans le membre inférieur droit, avec une baisse de sensibilité sur le côté antéro-externe de la jambe et le côté externe du pied (pièce 83, pages 364 à 366).

Il ressort d'un rapport d'enquête sur le ménage établi le 7 mars 2017 que l'assurée travaillait à 40% dans son ancienne activité, qu'elle aurait voulu augmenter ce taux d'occupation à 50% et que la prise en compte de l'obligation de réduire le dommage aboutissait à l'absence d'empêchement dans l'accomplissement des travaux habituels (pièce 86).

En date du 27 avril 2017, le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a rapporté 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).

Le 3 juillet 2017, le Dr A \_\_\_\_\_ a transmis de nouvelles pièces médicales à l'Office AI. Dans son rapport de la même date, il indique que les deux derniers contrôles dataient des 24 mai et 29 juin précédents. Il a ajouté que l'incapacité totale de travail dans l'activité antérieure se poursuivait depuis le 2 novembre 2015 et qu'une réadaptation professionnelle était envisageable. Sous la rubrique des suggestions et remarques, il a relevé ce qui suit : « Comme mentionné dans mon précédent rapport du 24 octobre 2016, le problème principal est celui des cervico-brachialgies touchant le membre supérieur droit, avec exacerbation des douleurs dans les troisième, quatrième et cinquième doigts lorsque la patiente doit maintenir son bras, ainsi 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 concerne la motricité fine. Ces douleurs sont également exacerbées par les mouvements d'extension de la nuque et de flexion, ce qui complique l'activité de couturière ainsi que l'activité de ménagère, même légère. En outre, la douleur dans le membre inférieur droit empêche une position debout prolongée qui ne peut pas excéder une heure. Comme déjà mentionné, nous sommes à quatre mois de l'intervention chirurgicale et la situation devra être réévaluée après six mois pour voir si une amélioration est encore possible » (pièce 96, pages 421 à 429).

Le Dr D \_\_\_\_\_, médecin généraliste au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a établi un rapport final daté du 26 juillet 2017. Il a retenu les diagnostics incapacitants de cervico-brachialgies résiduelles avec status après cure neurochirurgicale au niveau de C5-C6 le 9 février 2017 et de lombalgies résiduelles avec status après cure neurochirurgicale au niveau de L5-S1 des deux côtés le 1<sup>er</sup> décembre

2015. Il a fixé à 100%, dès le 2 novembre 2015, l'incapacité de travail dans l'activité habituelle et à 0%, à compter du 29 juin 2017, l'incapacité de travail dans une activité adaptée en position de travail alternée, comportant tout au plus le port occasionnel de charges de cinq kilos au maximum et excluant les travaux lourds, les mouvements de rotation du tronc ou les positions en porte à faux de manière répétitive, la surélévation des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, les mouvements répétitifs de flexion ou d'extension de la tête, la concentration ou l'attention soutenues pendant toute la durée de l'activité et l'exposition à des situations potentiellement dangereuses (pièce 98).

Le 29 novembre 2017, le Dr A \_\_\_\_\_ a 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 activités 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).

Le 20 mars 2018, l'Office AI a formellement confirmé son projet de décision du 5 février précédent relatif à l'absence de droit à des mesures d'ordre professionnel (pièces 113 et 117).

Par décisions des 17 avril et 1<sup>er</sup> mai 2018 confirmant le projet du 10 septembre précédent, l'Office AI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017. Il a considéré que dès le 2 novembre 2015, l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis la décision de refus de prestations du 20 octobre 2014, que malgré une capacité totale de travail dans une activité adaptée, il n'existait pas suffisamment de postes de travail respectant les limitations fonctionnelles retenues selon son Service de réadaptation et qu'il fallait donc admettre une incapacité totale de travail dans toute activité. A suivre les explications supplémentaires de l'Office AI, l'assurée aurait, sans atteinte à la santé, travaillé à 50% et consacré le temps restant de 50% à l'accomplissement des travaux habituels. L'invalidité relative à l'activité lucrative correspondait ainsi à 50% et, compte tenu de la conclusion du rapport d'enquête sur le

ménage du 7 mars 2017, à 0% pour ce qui avait trait aux travaux habituels. Le taux d'invalidité final de 50% donnait droit à une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017, étant donné la demande de prestations déposée tardivement en juillet 2016 (pièces 111, 118 et 119).

**C.** Le 15 décembre 2020, l'assurée a fait parvenir à l'Office AI une troisième demande de prestations AI pour adultes. Elle y a signalé une nouvelle aggravation de son état de santé depuis une année, sous forme d'une perte de force dans les deux mains (pièce 121).

Par courrier du 21 décembre 2020, l'Office AI a demandé à l'assurée de lui fournir les éléments propres à rendre plausible une modification du taux d'invalidité (pièce 122).

En date du 18 janvier 2021, le Dr A \_\_\_\_\_ a transmis audit office un rapport ainsi que plusieurs pièces médicales. Il a posé les diagnostics de troubles de l'adaptation avec à la fois anxiété et humeur dépressive (F4322 - DSM-5) ainsi que de cervico-scapulo-brachialgies invalidantes avec lâchage d'objets et mentionné une incapacité de travail de 100%. Concernant la motivation de l'aggravation de la situation médicale, il a plus particulièrement renvoyé au consilium de l'appareil locomoteur du 21 octobre 2020 (pièce 123, page 534). Les documents médicaux joints à ce rapport étaient notamment les suivants :

- Un rapport de radiographies de la colonne cervicale du 29 janvier 2020 qui, en comparaison avec des clichés effectués en mars 2015, ne faisait pas état de changements notables, hormis l'apparition d'une discopathie dégénérative en C4-C5 (pièce 123, page 543) ;
- Un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 28 août 2020, dont la conclusion était libellée comme suit : « Pas d'anomalie osseuse notable, arthrose peu marquée prédominant en C4-C5 avec légère uncodiscarthrose et débord modéré plus marqué au niveau du trou de conjugaison droit, sans rétrécissement paraissant significatif ni compression » (pièce 123, pages 541 et 542) ;
- Un courrier adressé le 8 octobre 2020 au Dr A \_\_\_\_\_, dans lequel le Dr C \_\_\_\_\_ a rapporté que l'évaluation radio-clinique de la colonne cervicale était tout à fait rassurante, 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) ;

- Un consilium de l'appareil locomoteur adressé le 21 octobre 2020 au médecin traitant par le Dr E \_\_\_\_\_, directeur médical adjoint à la F \_\_\_\_\_. Aux termes de ce rapport, la patiente avait déjà été examinée en novembre 2003 pour des symptômes assez proches de ceux relatés à l'heure actuelle, notamment une diminution de la force du membre supérieur droit. A cette époque, le Dr E \_\_\_\_\_ avait souligné à quel point les douleurs étaient vagues et sans orientation sur une atteinte organique précise. La plainte principale de la patiente restait 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, ce spécialiste avait retrouvé la patiente comme il l'avait auscultée par le passé. L'aspect de la main était celui d'une rhizarthrose. Les doigts longs avaient néanmoins un excellent fonctionnement. Malgré tout, la patiente développait une force de préhension effondrée, mesurée au Jamar à huit kilos à droite contre dix kilos à gauche, ainsi qu'un seuil à la douleur altéré. Le chemin, parsemé de problèmes ostéo-articulaires, était donc bien celui d'une lente détérioration au fil des années. Il y avait cumul d'une atteinte axiale et périphérique, actuellement la rhizarthrose. Une amélioration de la situation relative à cette affection par une approche agressive apparaissait douteuse. Derrière l'atteinte ostéo-articulaire multiple se tapissait une problématique psychosociale importante. L'assurée s'estimait en effet incapable d'assumer les tâches ménagères, contrairement à l'évaluation faite par l'assurance-invalidité, et son époux, récemment licencié, était également au bénéfice d'une rente de 50% de cette assurance (pièce 123, pages 535 à 537).

Dans son avis du 22 janvier 2021, le Dr G \_\_\_\_\_, médecin généraliste au SMR, a notamment rappelé les diagnostics de cervico-brachialgies chroniques avec status après chirurgie au niveau de C5-C6 le 9 février 2017 et de lombalgies chroniques avec status après cure de hernie discale au niveau de L5-S1 le 1<sup>er</sup> décembre 2015. Il a ajouté celui de rhizarthrose probable, depuis au moins 2017. Il a constaté qu'au niveau du rachis, le Dr C \_\_\_\_\_ avait fait état d'une situation inchangée. Concernant les mains, il a ajouté que le Dr E \_\_\_\_\_ avait aussi mentionné un status inchangé (« on retrouve la patiente comme on l'a connue ») et qu'en 2017 déjà, le Dr A \_\_\_\_\_ avait signalé

une perte de force au niveau des doigts et des douleurs touchant principalement le pouce. Le médecin du SMR a précisé également que l'arthrose de la base du pouce ou rhizarthrose était une maladie évolutive lente, si bien qu'il s'agissait de la même chose en 2017 et en 2021 et que la mesure de la force de préhension n'était pas objective, puisqu'elle correspondait à la force qu'un patient voulait bien donner au moment du test. Il a encore relevé que sur le plan psychique, un trouble de l'adaptation était annoncé, toutefois sans description du status ou du traitement ni mention d'un suivi psychiatrique, qu'aucun diagnostic psychiatrique n'était donc retenu et qu'une problématique psychosociale prééminente ressortait au demeurant de certains rapports médicaux. Le Dr G \_\_\_\_\_ en a déduit que la plausibilité d'une modification de l'état de santé n'était pas apportée (pièce 125).

**D.** Le 26 janvier 2021, l'Office AI a établi un projet de décision relatif au refus d'entrer en matière sur la demande de révision du 15 décembre 2020. A suivre son argumentation, le rapport du Dr A \_\_\_\_\_ du 18 janvier 2021 ne décrivait aucune éventuelle nouvelle pathologie objective susceptible de modifier les droits de l'assurée. En conséquence, celle-ci n'avait pas apporté d'élément propre à rendre plausible une aggravation de son invalidité justifiant l'entrée en matière sur la demande précitée.

Par décision du 8 mars suivant, l'Office AI a formellement confirmé son projet du 26 janvier précédent et refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du 15 décembre 2020.

**E.** Le 31 mars 2021 (date du cachet postal), X \_\_\_\_\_ a interjeté recours céans contre cette décision, en concluant implicitement à son annulation. Se référant aux rapports médicaux des 8 et 21 octobre 2020 ainsi que du 18 janvier 2021 déjà en possession de l'Office AI, elle a invoqué que son état de santé s'était aggravé. Elle a souligné en particulier que si le diagnostic de rhizarthrose avait déjà été posé en 2017, il n'était alors pas encore invalidant, que même si son évolution était lente, les conséquences à l'heure actuelle n'étaient plus les mêmes qu'en 2017 et qu'en effet, depuis une année, cette affection l'obligeait à demander de l'aide pour des gestes simples de la vie quotidienne tels qu'ouvrir des bouteilles en PET ou des boîtes de conserves, qu'elle-même lâchait des objets, même légers et qu'elle était devenue incapable de coudre et de tenir une aiguille, alors que sa profession était justement celle de couturière.

Dans sa réponse du 27 avril 2021, l'Office AI a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision de refus d'entrer en matière du 8 mars 2021. Citant la jurisprudence en

matière de révision d'une rente d'invalidité selon l'article 17 aLPGA, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021, notamment concernant une modification de l'invalidité à rendre plausible par la personne assurée lors du dépôt d'une nouvelle demande de prestations, l'intimé a rappelé qu'il convenait de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision querellée du 8 mars 2021 avec ceux existant le 17 avril 2018, époque de la dernière décision entrée en force et comportant un examen matériel du droit aux prestations. Il a argué que la lecture attentive de l'avis du SMR du 22 janvier 2021 démontrait que la péjoration de l'état de santé invoquée par la recourante était purement subjective et que, de jurisprudence constante, les plaintes subjectives dont l'intensité ne pouvait être quantifiée objectivement ne suffisaient pas à reconnaître des limitations fonctionnelles supplémentaires, en l'absence de constatations médicales objectives. Il a estimé qu'en l'espèce, il n'y avait pas d'aggravation plausible de l'invalidité de la recourante depuis le 17 avril 2018.

En date du 5 mai 2021, la recourante a reconnu qu'il s'agissait bien de la même maladie en 2017 et en 2021, que depuis une année toutefois, celle-ci s'était aggravée au point de devenir invalidante et que cette péjoration avait été objectivée par le Dr E \_\_\_\_\_ qui avait constaté une force de préhension effondrée au niveau des mains ainsi qu'un seuil à la douleur altéré. Elle a précisé également que la problématique psychosociale prééminente déduite par le médecin du SMR de la teneur du rapport du Dr E \_\_\_\_\_ correspondait effectivement à une situation difficile pour elle et son époux, non pas d'ordre financier mais médical, puisque celui-ci n'était plus en mesure de l'aider dans les tâches quotidiennes comme par le passé.

L'intimé a indiqué, dans son courrier du 25 mai 2021, qu'il maintenait ses conclusions et qu'il n'avait rien à ajouter à ses prises de position antérieures.

Le 10 juin 2021, la Fondation institution supplétive LPP, assurance de risque des chômeurs, a répondu à la demande que la Cour de céans lui avait adressée le 1<sup>er</sup> juin précédent qu'elle ne souhaitait pas se déterminer en la présente procédure, étant donné que la recourante n'avait jamais été enregistrée comme personne assurée et qu'elle n'avait pas touché d'indemnité journalière de l'assurance-chômage.

L'échange d'écritures a été clos en date du 17 juin 2021.

### **Considérant en droit**

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. 1 a 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. 81 a 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 1<sup>er</sup> janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux règles de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 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).

**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 1<sup>er</sup> mai 2018 d'octroi d'une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> 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).

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 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

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 1<sup>er</sup> 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

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 1<sup>er</sup> 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).

**3.** Au vu de l'issue du litige, les frais de justice de 500 fr. (art. 61 let. a aLPGA, 83 LPGA et 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI) sont mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 1 al. 2, 81 a al. 2 et 89 al. 1 LPJA).

L'avance de frais du même montant, que la recourante a versée le 6 avril 2021, lui sera donc remboursée.

### **Prononce**

1. Le recours est admis et la décision de l'Office cantonal AI du Valais du 8 mars 2021 est annulée.
2. Le dossier est renvoyé à cet office afin qu'il entre en matière sur la dernière demande de prestations.
3. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de cet office.

Sion, le 28 juin 2023