

NE_GERICHTE CDP.2014.162 vom 30. März 2000

NE Tribunal cantonal, 2000-03-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2014.162_d20000330

FR: NE_GERICHTE CDP.2014.162 du 30 mars 2000

IT: NE_GERICHTE CDP.2014.162 del 30 marzo 2000

Regeste

Conditions mises au réexamen des rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (SPECDO).

Erwägungen

E. 1

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

E. 2

a) Selon l'article 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'article 8 LPGA mentionne qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). En vertu de l'article 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. Un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente AI, un taux d'invalidité de 50 %, à une demi-rente AI, un taux de 60 %, à trois quarts de rente AI et un taux de 70 % au moins à une rente entière (art. 28 al. 1 LAI). b) Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Il existe toutefois des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté et le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux doit être apprécié à la lumière de différents critères (dits de Foerster). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ainsi que l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique,

il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Finalement, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert et l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ; ATF 132 V 65 cons. 4.2, 131 V 49 cons. 1.2, 130 V 352 cons. 2.2.3). Par ailleurs, selon la doctrine médicale, sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs, pris en tant que comorbidité psychiatrique, constituent généralement des manifestations réactives d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient, en principe, faire l'objet d'un diagnostic séparé, sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATF 132 V 65 cons. 4.2.2, 130 V 352 cons. 3.3.1; arrêts du TF des 22.03.2010 [9C_451/2009] cons. 2 et 12.02.2009 [9C_310/2008] cons. 2.1). L'existence d'une comorbidité psychiatrique est une question de fait. En revanche, la question de savoir si cette comorbidité est suffisamment intense pour rendre l'atteinte à la santé insurmontable est une question de droit, soumise à la libre appréciation du juge. C'est lui qui doit trancher cette question, et non le médecin. Il peut donc arriver que l'appréciation du juge diverge de celle de l'expert, sans que l'expertise médicale ne perde pour autant sa valeur probante (arrêt du TF du 24.04.2014 [9C_468/2013] cons. 3.3 et les références).

E. 3

En l'occurrence, l'OAI a réduit à trois quarts de rente les prestations allouées à l'assuré, avec effet au 1er juillet 2014. Le litige porte donc sur la réduction, par voie de révision, des prestations allouées. L'OAI a plus particulièrement fait application des dispositions finales de la LAI relatives à la 6e révision de l'AI. a/aa) Aux termes de l'article 17 al. 1 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 cons. 3.5, 126 V 75 cons. 1b; ATF non publié du 25.04.2007 [I 388/06] cons. 3.2). 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 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 et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108). bb) Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'article 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATF 112 V 372 cons. 2b; arrêt du TF du 27.04.2006 [I

60/05] cons. 2.1 et les références citées). b/aa) En dérogation à l'article 17 al. 1 LPGA , l'alinéa 1 des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (6ème révision de l'AI, premier volet, entrée en vigueur le 01.01.2012) prévoit que les rentes octroyées jusqu'alors en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (SPECDO) devront être réexaminées lors d'une révision de rente et être réduites ou supprimées si les conditions visées à l'article 7 LPGA ne sont pas remplies, même en l'absence d'une modification notable de l'état de santé ou de la situation professionnelle. L'alinéa 4 précise que l'alinéa 1 ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de 15 ans au moment de l'ouverture de la procédure de révision. Ce moment se réfère exclusivement au réexamen du droit à la rente découlant des dispositions finales de la modification, à l'exclusion d'un réexamen fondé sur l'article 17 al. 1 LPGA (ATF 140 V 15). Le Tribunal fédéral a également précisé que la durée de 15 ans concernait la durée pendant laquelle l'assuré avait eu droit à la rente et ne se référerait pas à la date depuis laquelle il touchait effectivement des prestations (arrêt du TF du 03.10.2013 [9C_380/2013]). bb) Les dispositions finales sont conformes à la Constitution et à la CEDH (ATF 139 V 547). Dans plusieurs arrêts récents, le Tribunal fédéral a précisé les conditions auxquelles un réexamen du droit à la rente sur la base de la lettre a alinéa 1 des dispositions finales pouvait avoir lieu. Il n'est pas nécessaire qu'une modification notable de l'état de santé au sens de l'article 17 LPGA soit intervenue. Outre les deux limites temporelles exposées ci-dessus (55 ans, bénéficiaire d'une rente depuis plus de 15 ans), une révision dans le sens des dispositions finales est également exclue si les rentes ont été initialement allouées exclusivement en raison de pathologies objectivées (erklärbare Beschwerden). En revanche, il suffit que la rente ait été fondée, totalement ou partiellement, sur l'existence d'un SPECDO , au nombre desquels on compte le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 353 , cf. Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (6ème révision, premier volet) [FF 2010 p. 1736]), pour ouvrir la voie du réexamen sur la base de la lettre a alinéa 1 des dispositions finales . L'existence, parallèlement à un SPECDO, d'affections avec un substrat organique (erklärbare Beschwerden) au moment de l'octroi initial de la rente ainsi que de la révision, n'est dès lors pas déterminante, et n'est pas un obstacle au réexamen du droit à la rente en application des dispositions finales (arrêt du TF du 16.05.2014 [8C_74/2014] cons. 6.3, destiné à la publication, dans le sens d'une précision de la jurisprudence publiée à l'ATF 139 V 547 cons. 10.1.1, 10.1.2). cc) Compte tenu des enjeux en présence, les exigences en matière d'investigations médicales sont élevées. Les examens médicaux doivent être actuels et se rapporter aux points discutés. En particulier, il faut procéder à l'examen des critères de Foerster (sur ce point, cf. cons. 2b ci-dessus) (ATF 139 V 547 cons. 10.2). Si l'assuré conteste l'appréciation faite par le service médical régional de l'office AI, il y a lieu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire (arrêt du TF du 08.01.2014 [8C_505/2013] cons. 4.1.3 et 4.2). On rappellera, dans ce contexte, que selon une jurisprudence constante, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour

apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 cons. 3a, 122 V 157 cons. 1c; RAMA 1996 no U 256, p. 215 cons. 4). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 cons. 4, p. 175; arrêt du 25.05.2007 [I 514/06] cons. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr.15, p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. Les rapports établis par les médecins internes à l'assureur social n'ont en revanche pas la même valeur probante qu'une expertise recueillie en application de l'article 44 LPGA auprès d'un spécialiste externe, ou qu'une expertise judiciaire. Ils doivent être pris en considération, mais en l'absence d'une expertise externe, s'il existe un doute, même faible, sur leur fiabilité et leur pertinence, il conviendra d'ordonner des investigations complémentaires (ATF 135 V 465 cons. 4.6, ATF 137 V 210).

E. 4

a/aa) En l'espèce, au moment de la décision initiale d'octroi de la rente entière, les médecins consultés ont diagnostiqué un syndrome somatoforme douloureux persistant, une personnalité narcissique, immature, à traits hypocondriaques et un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (rapport du 03.05.1999 du Dr D. et du Dr E., spécialiste FMH en psychiatrie). Ces troubles entraînaient une incapacité totale de travail. Certains praticiens avaient toutefois également identifié d'autres pathologies, d'origine somatique, liées en partie à des accidents survenus en 1989, 1991, 1995 et 1996. Ils ont ainsi relevé un status après deux interventions de spondylodèse (C5-C6 en 1996 et C5-C7 en 1997), avec de discrets signes radiculaires C6 déficitaires et discrète parésie C7 avec hyperréflexie nette C7 gauche. Ces affections somatiques n'entraînaient néanmoins pas, selon les dernières appréciations établies à l'époque (rapport du 24.12.1998 des Dr F. et G. et son complément du 15.02.1999), d'incapacité de travail dans une activité adaptée. On peut en conclure que la rente entière d'invalidité a été octroyée exclusivement pour des motifs psychiques. bb) La rente entière a été maintenue dans le cadre de trois procédures de révision en 2001, 2006 et 2010. Le 13 août 2006, le Dr H., médecin officiant pour le compte du service médical de l'OAIE, avait considéré, en se fondant principalement sur un rapport du 12 octobre 2005 du Dr I., médecin-psychiatre au Portugal (domicile de l'assuré à cette époque), que la situation était globalement superposable à celle qui avait été retenue en 1999 par les Drs D. et E. et a ainsi maintenu une incapacité totale de travail. En 2010, l'OAIE s'est contenté d'un questionnaire à l'assuré, sans procéder à des mesures d'instruction sur le plan médical. cc)

Dans le cadre de la procédure de révision mise en œuvre en 2012, l'OAIE a confié une expertise psychiatrique et orthopédique au Dr A., spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et au Dr B., spécialiste FMH en psychiatrie. Le Dr A. a retenu une limitation importante de la mobilité cervicale après interventions de spondylodèse en 1996 et 1997, un syndrome cervical chronique avec irradiation occipitale et à l'épaule gauche, état après fracture de la tête radiale droite traitée par ostéosynthèse en 1995, état après contusion/impaction d'une vertèbre lombaire en 1989 et de spondylose L5 bilatérale (rapport du 16.10.2012). Il a conclu à une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée. Le Dr B. a diagnostiqué dans son rapport du 30 octobre 2012 un syndrome douloureux somatoforme persistant, une dysthymie ne requérant pas de traitement et des traits accentués de personnalité. L'expert a conclu à une capacité résiduelle de travail de 85 %. En substance, le Dr B. a considéré que si l'on pouvait admettre l'existence d'un trouble de l'adaptation en mai 1999, date à laquelle les Dr D. et E. ont rédigé leur rapport, ce trouble s'est amendé dès le retour de l'assuré au Portugal dans le courant de l'année 2000, une telle affection ne pouvant au demeurant pas persister au-delà d'un délai de deux ans. Il n'a pas retenu le diagnostic de troubles de la personnalité narcissique à traits hypocondriaques. Examinant le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux à la lumière des critères jurisprudentiels, il a considéré que seul deux d'entre eux étaient réunis (atteinte physique invalidante et affections corporelles chroniques), mais en a conclu que l'on pouvait exiger de l'assuré un effort de volonté pour surmonter ses douleurs. Il en a conclu que la comorbidité psychiatrique s'était améliorée dès le retour de l'assuré au Portugal, que l'incapacité de travail pouvait à ce moment-là être évaluée à 20 à 30 %, puis à 15 % depuis lors. Il a précisé que cette incapacité de travail ne s'additionnait pas avec celle qui ressortait de l'appréciation du Dr A. Dans son rapport de synthèse du 21 août 2013, le Dr C. a calqué son appréciation de la capacité de travail sur celles des Drs A. et B. Il a précisé que les conclusions différentes des psychiatres entre 1999 et 2013 ne relevaient non pas d'un changement notable de l'état de santé psychique, mais plutôt des critères de jurisprudence plus sévère pour juger du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (rapport du 21.08.2013). b/aa) Le recourant ne remet pas en cause l'appréciation faite par le Dr A., qui est en outre confirmée par le Dr C. (avis du 21.08.2013) et le Dr J., médecin officiant pour le compte de l'OAIE (rapport du 20.11.2012). Cette appréciation remplit les critères jurisprudentiels permettant de reconnaître à un rapport médical pleine valeur probante. Elle contient une description détaillée de l'anamnèse et des plaintes de l'assuré et repose sur le dossier et l'examen clinique. Les conclusions sont motivées. On peut ainsi admettre que l'assuré présente une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, soit légère, sans mouvements forcés de la nuque et une limite de charge à 10 kg. Le recourant conteste en revanche les conclusions du Dr B.. Cet expert a toutefois indiqué de façon convaincante les raisons pour lesquelles il convenait de s'écarter de certains diagnostics retenus par ses confrères (personnalité narcissique, immature, à traits hypocondriaques). Il s'est en outre expliqué sur l'évolution de la capacité de travail qu'il retenait. On relèvera, en particulier, que le recourant n'a pas suivi de traitement sur le plan psychiatrique jusqu'au moment de l'expertise en octobre 2012 et que les symptômes de la dépression (trouble de la concentration, du sommeil, tristesse, nervosité) étaient, au moment de l'expertise, présents dans une faible mesure. En outre, l'expert a également procédé à l'examen des critères de Foerster et, bien que succinctes, les réponses qu'il a fournies à ce sujet n'en demeurent pas moins motivées. Elles sont en effet fondées sur les propres constatations de l'expert ("Beurteilung und Prognose", p. 7 ss) et sur l'anamnèse, qui figurent plus tôt dans

l'expertise. Certes, au regard des enjeux en présence, les exigences en matière d'investigations médicales sont élevées, ce qui requiert notamment des examens médicaux actuels (cons. 3b/cc ci-dessus). L'expertise a été rendue environ 19 mois avant le prononcé litigieux. Le SMR a toutefois procédé à un examen de synthèse en août 2013 et rien au dossier ne permettait de considérer à ce moment-là, pas davantage d'ailleurs au moment de la décision litigieuse, que l'état de santé du recourant avait évolué défavorablement. Celui-ci expose dans son recours divers symptômes qui s'écartent, du moins dans leur intensité, de ceux que l'expert a observés en octobre 2012 (sérieux troubles de la concentration, de la mémoire, du sommeil). Il relève également un certain repli social. En l'absence d'un rapport médical confirmant ces allégations, il n'est pas établi au degré de vraisemblance prépondérante que l'état de santé du recourant s'est péjoré postérieurement à l'expertise d'octobre 2012. En particulier, la prescription d'un antidépresseur et d'un anxiolytique n'est pas encore suffisante pour admettre l'existence d'une affection psychique durablement invalidante. Pour ce motif, un complément d'instruction, comme le demande le recourant, ne se justifie pas et le grief de violation du principe inquisitoire est ainsi mal fondé. bb) A l'instar de ce qu'ont retenu le Dr B. et le Dr C., on ne voit pas que le recourant réunit en sa personne plusieurs des critères consacrés par la jurisprudence, qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise de l'activité professionnelle. Il n'y a ainsi pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. On ne peut en outre parler d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art ou d'un trouble dont l'évolution est figée, inaccessible à toute thérapie, dans la mesure où l'état de santé global, notamment la thymie du recourant, s'est amélioré, même sans traitement, ainsi que l'a constaté le Dr B. Celui-ci a par ailleurs relevé que dès le retour du recourant au Portugal, le trouble de l'adaptation s'est amendé et qu'il n'y avait ainsi pas de comorbidité psychiatrique depuis lors, sinon dans une faible mesure. Ce constat n'est pas critiquable, dès lors que l'expert a exclu le diagnostic de troubles de la personnalité narcissique à traits hypocondriaques et que les autres diagnostics retenus (traits accentués de personnalité, dysthymie) ne sauraient entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail. De jurisprudence constante, en présence d'un trouble somatoforme douloureux, la dysthymie n'est d'ailleurs pas considérée comme une comorbidité indépendante (cons. 2b ci-dessus et les références). Au vu des diagnostics ayant valeur de maladie aux yeux de l'expert, il y a ainsi lieu de nier l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens requis par la jurisprudence. Ainsi, et en dépit d'un processus maladif de longue durée et d'une affection corporelle chronique, il faut admettre, avec l'OAI, que le recourant n'a pas épuisé toutes ses ressources adaptatives, ce d'autant qu'en l'occurrence, il faut tout de même constater que les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent, pour partie, d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (cons. 2b ci-dessus), ainsi que l'ont relevé l'expert psychiatre (rapport du 31.10.2012, p. 13) et d'autres médecins (rapport du 21.08.2013 du SMR). Au moment de la décision litigieuse, on doit donc nier – d'un point de vue juridique – qu'une mise en valeur de la capacité de travail ne puisse pratiquement plus raisonnablement être exigée du recourant sur le plan psychique (art. 7 al. 2 LPGA). On peut retenir, à l'instar du Dr B., une incapacité de travail de 15 % sur un pur plan psychique, étant précisé que les incapacités de travail somatique et psychique ne s'additionnent pas. cc) Il s'ensuit que, au moment de la décision litigieuse, le recourant présentait une incapacité de travail globale de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

E. 5

La modification du droit à une rente AI en vertu des al. 1 à 4 n'entraîne aucune modification du droit à une rente selon la LAA19(rente complémentaire) et ne donne lieu à aucune autre prétention en compensation de la part des assurés.

Est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant.

18RS830.1

19RS832.20

E. 6

La Cour de céans ayant pu statuer sur le fond du litige, la demande de restitution de l'effet suspensif est sans objet.

E. 7

Pour ces motifs, le recours est rejeté. Vu l'issue du litige, les frais de procédure doivent être mis à la charge du recourant. Celui-ci n'a, par ailleurs, pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa a contrario).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.