

VS_GERICHTE S1 13 85 vom 16. Juni 2014

VS Kantonsgericht, 2014-06-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1 13 85](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_13_85)

FR: VS_GERICHTE S1 13 85 du 16 juin 2014

IT: VS_GERICHTE S1 13 85 del 16 giugno 2014

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 lundi 27 mai 2013, le présent recours à l'encontre de la décision du 22 avril précédent, reçue le 26 avril 2013, a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 38 et 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81bis 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. 2.1 Il convient de déterminer en l'espèce si c'est à juste titre qu'à compter du 1er juin 2013, l'Office AI a supprimé la rente précédemment octroyée à la recourante, en considérant que celle-ci avait recouvré une capacité totale de travail dans toute activité lucrative. 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut

- 15 - s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). La diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88bis al. 2 let. a RAI). Savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence). 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 113 V 273 consid. 1a et les références, 112 V 387 consid. 1b). La valeur probante d'un rapport médical dépend des points de savoir si cet acte est complet compte tenu des droits contestés, s'il est fondé sur des examens approfondis en tous points, s'il tient compte des affections dont se plaint l'intéressé, s'il a été établi en connaissance de l'anamnèse, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si l'appréciation de la situation médicale est claire, et si les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 122 V 157 consid. 1c, RAMA 2000 214 consid. 3a). Quant aux

appréciations d'un médecin interne à l'assurance produites hors procédure judiciaire, elles revêtent entière valeur probante aussi longtemps que leur bien-fondé n'est pas mis en doute par des indices médicaux concrets, ce à l'instar des expertises requises par l'assureur auprès de médecins externes à l'établissement (RAMA 1988 366 consid. 5a ; cf. également ATF 122 V 157 consid. 1c, 104 V 209 consid. c, RAMA 1993 95 consid. 5a). Selon la jurisprudence notamment développée à l'ATF 132 V 65 considérants 4.2 et 4.3, 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 (ATF 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).
Le Tribunal fédéral des assurances

- 16 - a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 354 et 131 V 50). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). 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 et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), 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). Enfin, 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 ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2). 2.2 En l'espèce, tel qu'il ressort de la jurisprudence relative à l'article 17 alinéa 1 LPGA et comme la recourante l'a d'ailleurs fait valoir à juste titre, il convient de comparer la situation médicale telle qu'elle se présentait au moment de la décision du 14 octobre 1999 octroyant à l'assurée une rente entière d'invalidité depuis le 1er mars 1998 (pièce 38) et celle existant au moment de la décision querellée du 22 avril 2013. La décision d'octroi d'une rente prise le 14 octobre 1999 reposait uniquement sur le bref avis donné par le médecin de l'Office AI le 19 août précédent, à teneur duquel l'épisode dépressif majeur sévère et le syndrome douloureux présentés par

- 17 - X_____ justifiaient une incapacité totale de travail dans l'activité exercée ainsi qu'une inaptitude en relation avec des mesures d'ordre professionnel (pièce 30). Ledit

prononcé apparaît d'autant plus favorable à l'assurée que ces diagnostics d'ordre psychiatrique n'avaient jusqu'alors pas été posés par des spécialistes en la matière, mais uniquement par le Dr K _____ du Service de chirurgie de la main à l'hôpital de L _____ (cf. les rapports des 13 octobre 1997 et 4 février 1998 en pièces 16-66 et 145-16 : sinistrose post-traumatique, évolution déjà installée vers un syndrome douloureux chronique), la Dresse N _____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive et en chirurgie de la main (cf. le rapport du 6 mars 1998 en pièce 16-38 : syndrome hyperpathique des membres supérieur et inférieur droits dépassant largement la présence d'un névrome sur un nerf collatéral), le Dr R _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en chirurgie de la main (cf. le rapport d'expertise du 14 juillet 1998 en pièce 16-17 : syndrome douloureux subjectif du membre supérieur droit sans cause somatique objectivable) et le Dr E _____, médecin traitant (cf. les rapports des 26 janvier et 12 août 1999 en pièces 17 et 29 : état dépressif réactionnel avec attitude d'invalidé, état psychologique catastrophique). Certes, ces diagnostics ont par la suite été confirmés par des psychiatres (cf. le rapport de la Dresse S _____ du 2 juillet 2001 en pièces 50-1 et 50-3 : épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et syndrome douloureux somatoforme, responsables d'une incapacité totale de travail depuis mars 1997 ; cf. également le rapport d'expertise du Dr V _____ du 23 novembre 2001 en pièce 148-32 : trouble dépressif majeur de degré moyen et syndrome douloureux somatoforme persistant, à l'origine d'une incapacité totale de travail dans toute activité). En revanche, contrairement à ce que X _____ a prétendu dans son recours du 27 mai 2013, aucun trouble d'ordre somatique n'a justifié la décision d'octroi d'une rente entière à compter du 1er mars 1998. Rien de tel ne ressort en effet de l'avis émis le 19 août 1999 par le médecin de l'Office AI (pièce 30). Dans son rapport d'expertise du 14 juillet 1998 (pièce 16-17), qualifié de probant par le Tribunal fédéral des assurances dans son arrêt du 22 juillet 2004 (pièce 148-2), le Dr R _____ a bien fait état, d'un point de vue strictement somatique, d'un status après sub-amputation traumatique de P2 D5 droit le 17 mars 1997 avec complément d'amputation en urgence au niveau de la tête de P1, d'un résultat qualifié d'excellent avec un moignon d'amputation de bonne trophicité ainsi que d'une capacité de travail complète en tant qu'ouvrière agricole et trieuse. Ce spécialiste en chirurgie orthopédique et en chirurgie de la main a par contre exclu une cause somatique objectivable au syndrome douloureux subjectif du membre supérieur droit et jugé improbable – à l'instar du

- 18 - Dr I _____ (pièces 16-45 et 16-57) et de la Dresse N _____ (pièce 16-38) – la présence d'un névrome. Concernant ce dernier point, la confirmation par EMG d'un voire de deux névromes d'amputation, mentionnée par le Dr E _____ dans ses rapports des 26 janvier et 12 août 1999 (pièces 17 et 29) puis reprise par la Dresse CC _____ dans son certificat du 8 septembre 2006 (pièces 69-3), ne paraît pas correspondre aux explications données par le Dr Q _____ en date du 28 juin 1998 (pièce 6-3). Si ce neurologue s'est alors bien déclaré convaincu de la présence d'un neurinome au moignon d'amputation de l'auriculaire, il a également précisé que l'examen électro-physiologique, comme ceux effectués antérieurement, excluait toute neuropathie cubitale résiduelle et que la symptomatologie douloureuse, s'étendant désormais pratiquement tout au long de l'hémicorps droit et de plus en plus difficile à débrouiller, s'opposait à un status neurologique strictement normal. Quant à la constatation par le Dr Q _____ que les dysesthésies étaient déclenchées au moindre attouchement du moignon d'amputation de l'auriculaire, même lorsque la patiente était distraite, elle ne rejoint pas celle faite le 18

septembre 1997, soit six mois seulement après l'accident, par le Dr I_____. Ce médecin a remarqué au contraire que la palpation dorsale ou palmaire du moignon à l'insu de l'assurée ne déclenchait aucune douleur ni aucun mouvement de retrait (pièce 16-45). En conséquence, seuls des troubles psychiques, à l'exclusion de toute atteinte physique, ont motivé l'allocation à X_____, par décision du 14 octobre 1999, d'une rente entière d'invalidité (pièce 38). D'ailleurs, l'assureur-accidents a retenu dans ses décisions que l'incapacité de travail entraînée par les affections psychiques n'était pas en lien pour le moins probable à l'accident du 17 mars 1997 et que les seules séquelles somatiques ne justifiaient pas, selon le Dr R_____, une incapacité de travail (pièce 148-25).

BB_____ a donc cessé le versement des indemnités journalières dès le 1er janvier 2001 et n'a pas octroyé de rente d'invalidité à son assurée (pièce 149). Le 8 novembre 2012, soit moins de six mois avant la décision attaquée du 22 avril 2013, le Dr FF_____ n'a retenu aucun diagnostic somatique avec répercussion sur la capacité de travail (pièce 125-3). Il a bien précisé que l'examen actuel de l'appareil locomoteur ne montrait aucune évolution significative en comparaison avec l'expertise effectuée en 1998 par le Dr R_____ et que dans le seul contexte d'amputation P2 de l'auriculaire, une incapacité de travail durable ne se justifiait pas. En relation avec une discopathie étagée dégénérative de L3 à S1 sans radiculopathie mais avec des douleurs lombo-sciatalgiques vertébrogènes depuis 1997, mentionnée pour la première fois le 8 septembre 2006 par la Dresse CC_____ (pièce 69-3) et signalée également par le Dr DD_____ dans son rapport du 20 août 2010 (pièce

- 19 - 90-3), le Dr FF_____ a rapporté que sur demande ciblée, l'expertisée n'indiquait pas de trouble lombaire. Concernant une bursite sus-acromio-deltoïdienne droite chronique visible à l'IRM et soulagée pendant plusieurs mois en 2005 grâce à une infiltration écho-guidée, affection aussi relevée par la Dresse CC_____ et le Dr DD_____ aux dates correspondantes susmentionnées (pièces 69-3 et 90-3), le Dr FF_____ a constaté une mobilisation spontanée de l'épaule droite au niveau de l'horizontale, relevé sur une IRM récente des signes non spécifiques en forme d'épaississement capsulaire et de bursite modérée déjà mise en évidence en 2005, exclu les diagnostic de capsulite rétractile ainsi que de lésion de la coiffe des rotateurs et retenu une limitation fonctionnelle, respectivement une exclusion fonctionnelle de longue durée. Il convient d'ajouter à ce sujet que le 28 juin 2010, la Dresse CC_____ n'a plus fait mention de douleurs au niveau lombaire ni de l'épaule droite (pièce 85). Contrairement aux critiques formulées par l'assurée dans sa lettre du 24 avril 2013, il ressort du rapport du Dr FF_____ du 8 novembre 2012, sous la rubrique 4 intitulée « imagerie », que ce médecin disposait bien d'une IRM de la colonne cervicale du 27 mars 2009 et de l'épaule droite du 25 octobre 2012 (pièce 125-7). Enfin, la recourante n'a produit aucun document médical propre à contredire l'absence de diagnostic d'ordre physique avec effet sur la capacité de travail, telle que retenue par le Dr FF_____. Ainsi, selon la jurisprudence, cette appréciation revêt entière valeur probante, même si ce médecin fait partie du SMR. Quant au Dr EE_____, il a, dans son rapport d'expertise du 30 mars 2012 à l'attention de l'Office AI, conclu qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique et que toutes les activités accessibles à l'assurée avec ses expériences étaient exigibles à plein temps (pièce 115). En l'occurrence, la Cour rejoint les arguments développés par l'intimé dans sa réponse du 2 juillet 2013, estime que ledit rapport d'expertise remplit les critères jurisprudentiels posés à la valeur probante d'une appréciation médicale et ne voit aucun motif de s'écarter des conclusions retenues par le Dr EE_____ . En effet, ce spécialiste

en psychiatrie et psychothérapie a décrit de manière détaillée l'anamnèse (introduction, éléments de l'anamnèse familiale, anamnèse personnelle, socioprofessionnelle et affective, résumé du dossier et historique médical), les plaintes (plaintes et descriptions subjectives de l'assurée) et les constatations cliniques (observations cliniques par l'expert, observations cliniques résumées selon le système AMDP, échelle de ralentissement EDR, sources d'informations extérieures via un entretien avec l'époux et le médecin traitant ainsi que des analyses sanguines). Il a ensuite procédé à une discussion claire, cohérente et motivée du cas de X_____, en exposant notamment les critères à examiner en

- 20 - vue de poser les diagnostics finalement retenus, à savoir une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et sociales avec processus d'invalidation très avancé (F68.0), des fluctuations dysthymiques (F34.1), des fluctuations anxieuses légères (F41.1) ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique majeure (F45.4). Il a enfin émis ses conclusions, telles que résumées au début du présent paragraphe, et répondu aux questions posées. En discutant les diagnostics de trouble dépressif et de syndrome douloureux somatoforme persistant, le Dr EE_____ a conclu à l'absence d'un état dépressif cliniquement défini et des critères invalidants relatifs à un trouble douloureux somatoforme persistant (pas de comorbidité importante, pas de perte d'intégration sociale, pas d'échec des traitements conformes aux règles de l'art, pas d'état psychique cristallisé – lequel avait au contraire évolué positivement –, divergences entre les symptômes décrits et le comportement observé – point également relevé par le Dr FF_____ lors de son examen du 8 novembre 2012 en pièce 125-3 –, douleurs globalisées, faible collaboration de l'assurée aux traitements entrepris, interruption des traitements spécifiques en 2003, prise d'antalgiques et fréquence des consultations médicales très nettement inférieures aux indications données par l'expertise). Il ressort de ce qui précède que, contrairement aux allégations de la recourante, le Dr EE_____ ne s'est pas fondé sur les seuls résultats du test selon le système AMDP pour conclure à l'absence, à la date de l'expertise du 30 mars 2012 au plus tard, d'affection psychiatrique incapacitante chez X_____. D'ailleurs, avant la décision d'octroi d'une rente entière prononcée le 14 octobre 1999 (pièce 38), aucun spécialiste en psychiatrie et psychothérapie n'avait examiné l'assurée ni, a fortiori, lui avait fait passer quelque test que se soit. Quant à celui de l'échelle de dépression de Hamilton que la recourante a effectué lors de l'examen d'expertise du

E. 5

novembre 2001 auprès du Dr V_____ (pièces 148-32), il est postérieur à cette décision déterminante. Enfin, dans le cas présent où des divergences importantes entre les douleurs décrites, d'une part, et le comportement observé ainsi que le status clinique, d'autre part, ont été soulignées par plusieurs médecins, le système AMDP apparaît adéquat pour parvenir à des diagnostics objectifs et fiables. D'après les explications du Dr EE_____, cette méthode permet en effet de différencier systématiquement les notions issues de la personne expertisée, potentiellement influençables par des facteurs extra-médicaux, des observations de l'expert. Au moment du prononcé du 14 octobre 1999, X_____ présentait donc un épisode dépressif majeur sévère à l'origine d'une incapacité totale de travail, ainsi qu'un syndrome douloureux dont le caractère invalidant n'avait alors pas été examiné (pièce

- 21 - 30). A l'époque de la décision entreprise du 22 avril 2013, cet état dépressif avait disparu, le syndrome douloureux somatoforme persistait mais n'était pas incapacitant et les autres diagnostics de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques

et sociales avec processus d'invalidation très avancé, de fluctuations dysthymiques et de fluctuations anxieuses légères n'entraînaient pas non plus d'incapacité de travail. Contrairement à l'avis de la recourante, il ne s'agit donc pas ici d'une appréciation médicale différente de sa situation, mais bien d'une amélioration notable et déterminante, entre le 14 octobre 1999 et le 22 avril 2013, de son état de santé et de la capacité de travail y relative. Cette amélioration significative, au plus tard dès la date de l'examen au SMR le 8 novembre 2012, a été mise en évidence par le Dr DD_____ dans son rapport final du 30 décembre suivant (pièce 125). Ce médecin a en outre précisé de manière convaincante que la diminution de la capacité de travail admise par le Dr FF_____ au vu du déconditionnement général de l'assurée (pièce 125-3) l'avait été pour des raisons non médicales et en l'absence de tout diagnostic incapacitant dans la rubrique correspondante et qu'ainsi, une pleine capacité de travail médico-théorique était exigible dans toute activité, y compris celle de trieuse de fruits et légumes. Les conditions de l'article 17 alinéa 1 LPGA en lien avec les articles 88a alinéa 1 et 88bis alinéa 2 lettre a RAI sont donc remplies et c'est à juste titre que l'Office AI a supprimé la rente allouée à compter du 1er juin 2013. En rapport avec la remarque finale émise par la recourante dans son mémoire du 27 mai 2013, il sied de souligner que la présente suppression de la rente octroyée antérieurement intervient bien en application de l'article 17 LPGA et non de la lettre a alinéa 1 des dispositions finales de la LAI relatives à la sixième révision de la LAI. La rente entière d'invalidité a en effet été allouée par décision du 14 octobre 1999 surtout en raison d'un épisode dépressif majeur sévère et, seulement à titre accessoire, d'un syndrome douloureux dont le caractère invalidant n'avait alors pas été examiné. Enfin, les éclaircissements de la situation médicale actuelle de X_____ auxquels l'Office AI a procédé se révèlent suffisants et probants afin de trancher le présent litige, de sorte que, dans le cadre de l'appréciation anticipée des preuves, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire réservée par la recourante s'avère inutile et ne sera pas diligentée (sur l'appréciation anticipée des preuves, cf. notamment les arrêts du Tribunal fédéral 8C_172/2012 du 14 mars 2013 consid. 3 et les références, 9C_962/2010 du 1er septembre 2011 consid. 4.1 et 9C_966/2010 du 29 avril 2011 consid. 2.2).

- 22 - 3. Partant, le recours est rejeté et la décision de l'Office AI du 22 avril 2013 est confirmée. La rente entière d'invalidité octroyée depuis le 1er mars 1998 est supprimée dès le 1er juin 2013. Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. en fonction de la difficulté moyenne de l'affaire (art. 69 al. 1bis LAI), sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 81bis al. 2 et 89 al. 1 LPJA) et compensés avec l'avance versée par elle le 13 juin 2013. Eu égard à l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Prononce

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

Sion, le 16 juin 2014

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