

S1 14 119

JUGEMENT DU 26 AOÛT 2015

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

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et
Christophe Joris, juges ; Mireille Allegro, greffière

en la cause

X_____, recourante, représentée par Maître M_____

contre

Office cantonal AI du Valais, intimé

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

Faits

A. X_____ (ci-après : X_____), née le xxx 1965, est arrivée en Suisse en 1983. Titulaire d'un permis C, sans formation, elle a travaillé comme dame de nettoyage auprès de A_____ du 27 juin 1992 au 18 juin 2002, pour un salaire net de 3450 fr. par mois (valeur 2002 selon questionnaire pour l'employeur du 10 décembre 2003).

Le 29 septembre 2003, elle a rempli une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI). Interpellée, la Dresse B_____, FMH en médecine générale, a attesté une incapacité de travail totale depuis juin 2002 en raison d'un état dépressif réactionnel avec somatisation, notamment sous forme de palpitations, de crises d'angoisse et de polyalgies multiples. S'y ajoutaient un léger prolapsus mitral, un status après hystérectomie, annexectomie et appendicectomie, et une cure de varices en 2001.

Dans un rapport du 12 juillet 2004, le Dr C_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, a signalé suivre la patiente depuis février 2003, sans amélioration. Il a indiqué que les premières manifestations psychopathologiques remontaient à plusieurs années et paraissaient en relation avec l'hystérectomie et l'annexectomie réalisées en 1998. Il a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.2), de trouble somatoforme indifférencié (F45.1) et de troubles durables de la personnalité liés à la comorbidité avec une affection somatique (F62.8), avec comme comorbidités un collapse mitral, une hyperplasie de la thyroïde et une pathologie gynécologique et urologique depuis 1999. Il a attesté une incapacité de travail totale, tout en précisant qu'il était difficile pour le médecin traitant, généraliste ou psychiatre, d'apprécier de manière totalement objective la capacité théorique de l'assurée à reprendre une activité professionnelle.

Ces renseignements médicaux ayant été jugé suffisants par le médecin conseil de l'AI pour admettre une incapacité de travail totale dans toutes activités, l'OAI a reconnu à X_____ une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2003, par décision du 22 décembre 2004. Le 24 janvier 2005, il a, en revanche, rejeté la demande d'allocation pour impotent.

B. Lors de la procédure de révision d'office de la rente du 8 juin 2005, l'assurée a indiqué que son état de santé était resté inchangé et a, une nouvelle fois, fait état d'un besoin d'aide en raison de son impotence.

Interpellé, le Dr C_____ a confirmé, le 20 avril 2006, l'état stationnaire, en ajoutant aux comorbidités antérieures une obésité, et a nié le besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Par décision du 25 avril 2006, l'OAI a donc refusé d'octroyer une allocation pour impotent.

Le 26 avril 2006, il a confirmé le maintien de la rente d'invalidité sans modification de droit.

C. Le 7 avril 2010, une nouvelle procédure de révision d'office de la rente a été mise en œuvre. L'assurée n'a signalé aucun changement.

Dans un rapport du 15 juillet 2010, le Dr C_____ a confirmé les diagnostics et rappelé que c'était à la suite d'une intervention gynécologique et d'autres affections somatiques que la maladie psychiatrique s'était développée insidieusement, avec des manifestations dépressives et anxieuses sévères ainsi qu'un état de régression et de fixation du fonctionnement psychique, qui se manifestait avec une pathologie polymorphe, comme déjà signalé.

Sur cette base, l'OAI a confirmé le droit à la rente d'invalidité, par communication du 26 juillet 2010.

D. Lors de la procédure de révision du 13 mars 2012, X_____ a annoncé que son état de santé s'aggravait d'année en année. Dans son rapport du 14 décembre 2012, le Dr C_____ a indiqué que l'augmentation de la capacité de travail n'était pas possible en raison de la dépression (trouble dépressif récurrent, épisode actuel majeur de sévérité moyenne), du trouble somatoforme indifférencié (F45.1) et de la modification durable de la personnalité (F61).

Le 9 octobre 2012, l'OAI a sollicité l'avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), en mentionnant qu'il s'agissait d'une révision d'office dans le cadre des dispositions finales à la suite de l'entrée en vigueur de la 6^e révision de l'AI. Sur cette base, le SMR a estimé, le 28 décembre 2012, qu'une expertise psychiatrique était nécessaire pour préciser le diagnostic et déterminer l'évolution de la capacité de travail sur le plan psychiatrique.

Mandaté, le Dr D_____ a examiné l'assurée le 7 mai 2013. Dans son rapport du 21 mai 2013, l'expert a noté qu'à la suite de l'hystérectomie, ovariectomie et appendicectomie, l'assurée s'était installée dans un comportement de plaintes

multiples sans base organique probante, au vu du dossier. Il a relevé que si la présentation était certes dépressive, il n'y avait en revanche manifestement pas de dépression sévère ; à l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton, l'assurée a obtenu un score de 19, correspondant à un état actuel moyen ; les taux sériques ont montré une bonne observance du traitement médicamenteux. Au terme de son analyse, l'expert a retenu le diagnostic de trouble somatisation (F45.0) en lieu et place du trouble somatoforme indifférencié, ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). Il a exclu un trouble de la personnalité en l'absence de certains critères permettant de le retenir. Après examen, il n'a pas retenu de comorbidité psychiatrique sévère au trouble somatisation de l'assurée ; il a relevé que la pathologie dépressive avait été plus importante dans le passé, avec une hospitalisation en 2004, qu'elle s'était quelque peu amendé et pouvait être qualifié actuellement de moyen. Il a noté que l'intéressée avait gardé des liens sociaux, était proche de sa famille d'origine et avait des contacts réguliers avec ses sœurs. Sur le plan médico-théorique, il a considéré que l'assurée devait être à même de faire l'effort de surmonter les symptômes liés à son trouble somatisation et à réintégrer le monde du travail. De son point de vue, on était bien plus face à un comportement de malade qu'à une maladie psychiatrique stricto sensu.

Interpellé, le SMR a jugé ce rapport de bonne qualité médico-théorique et estimé qu'il y avait lieu d'admettre que le trouble dépressif récurrent s'était amélioré avec le temps, jusqu'à être en rémission, et n'avait pas valeur de comorbidité psychiatrique grave et durable validant une incapacité de travail (cf. les avis du 10 juin 2013, 6 mars 2014 et 10 mars 2014).

Par projet de décision du 11 mars 2014, l'OAI a donc informé l'assurée qu'il entendait supprimer son droit à la rente sur la base de l'article 17 LPGA, puisque dès le 7 mai 2013, date de l'expertise, il était exigible de sa part qu'elle reprenne à plein temps une activité légère et adaptée, sans limitation.

L'intéressée a contesté ce projet, sans toutefois apporter d'élément médical objectif nouveau remettant en cause l'expertise du Dr D_____. L'OAI a donc confirmé sa position par décision du 6 mai 2014.

E. Contre cette dernière, X_____ a recouru céans, le 5 juin 2014. Elle a tout d'abord contesté le revenu sans invalidité retenu par l'OAI, lequel ne correspondait pas, selon elle, au dernier salaire perçu. Elle a ensuite reproché à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de l'aspect physique évoqué notamment par la Dresse B_____ dans

son courrier du 5 mai 2014 et dans le rapport de l'IRM lombaire du 20 mai 2014. Enfin, elle a relevé que l'OAI n'avait fait aucune mention du droit à des mesures de réadaptation selon les dispositions finales de la 6^e révision de l'AI.

Dans sa lettre du 5 mai 2014, la Dresse B_____ indiquait qu'en plus du syndrome anxio-dépressif, l'assurée souffrait de palpitations dans le cadre d'un prolapsus de la valve mitrale et était handicapée par une polyinsertionite du rachis et de la ceinture pelvienne. Quant à l'IRM, elle avait mis en évidence une arthrose apophysaire modérée, sans sténose significative du fourreau dural, et une discopathie lombaire basse pluri-étagée, sans composante herniaire nette et sans net conflit disco-radicaire objectif.

Dans sa réponse du 12 août 2014, l'OAI a confirmé le montant du revenu sans invalidité qui correspondait au dernier salaire perçu en 2002 par la recourante, indexé pour tenir compte de l'évolution des salaires de 2002 à 2013. S'agissant de la capacité de travail, il a observé que la recourante n'avait pas été mise au bénéfice d'une rente en raison de pathologies somatiques et que les problèmes somatiques relevés par la Dresse B_____, à savoir l'obésité, le prolapsus de la valve mitrale (ou arythmie) et la polyinsertionite (ancienne dénomination du trouble somatoforme), étaient connus de longue date et, s'ils avaient certes causé un trouble de la personnalité réactionnel, n'avaient jamais eu d'impact sur la capacité de travail de la recourante. Quant aux lésions dégénératives du rachis, il a constaté, en s'appuyant sur un avis du SMR du 7 juillet 2014, qu'elles étaient modestes et normales à l'âge de l'assurée et ne justifiaient pas la reconnaissance d'une incapacité de travail, mais uniquement de limitations fonctionnelles concernant l'exécution de travaux lourds et le port de charges limité à 15 kg occasionnellement. Enfin, concernant l'application des dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011, il a précisé que ces dispositions ne trouvaient application que si la rente avait été allouée uniquement en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires ; or, ce n'était pas le cas de la recourante qui souffrait à l'époque d'une dépression sévère qui avait des répercussions importantes sur sa capacité de travail ; ainsi, le trouble somatoforme douloureux n'était pas la seule atteinte à la santé ayant justifié l'octroi de prestations. Au vu de ces considérations, il a conclu au rejet du recours.

Après de brèves réplique et duplique, l'échange d'écritures a été clos, le 20 novembre 2014.

Le 17 février 2015, la recourante a signalé qu'elle avait été hospitalisée au Centre valaisan de pneumologie du 4 au 23 décembre 2014 et a déposé le rapport de sortie retenant les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié, modification durable de la personnalité et fibromyalgie.

Invité à prendre position, l'intimé a rappelé, le 10 mars 2015, que la légalité de la décision contestée devait être appréciée d'après l'état de fait existant au moment où elle avait été rendue et que l'écriture du recourant devait donc être considérée comme une nouvelle demande.

Le 11 mars 2015, l'échange d'écritures a été clos.

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. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Posté le 5 juin 2014, le présent recours à l'encontre de la décision du 6 mai 2014 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 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. Le litige porte sur la suppression du droit de la recourante à une rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2014.

2.1.1 Selon la lettre a alinéa 1 des dispositions finales de la LAI, les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification. Si les conditions visées à l'article 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'article 17 alinéa 1 LPGA ne sont pas remplies. L'alinéa 4 de la lettre a 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 quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen.

Un arrêt récent du Tribunal fédéral a précisé les conditions auxquelles un réexamen du droit de la rente sur la base de la lettre a alinéa 1 des dispositions finales pouvait avoir lieu (cf. ATF 139 V 547 ; arrêt 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 5). Ainsi, il n'est pas nécessaire qu'une modification notable de l'état de santé au sens de l'article 17 LPGA soit intervenue (cf. ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 7.1 ; arrêt 9C_361/2015 du 17 juillet 2015 consid. 5.2). En outre, la rente d'invalidité versée jusqu'ici doit avoir été accordée uniquement (« ausschliesslich ») en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, au nombre desquels on compte le trouble somatoforme et la fibromyalgie (ATF 132 V 65). Au moment de la révision, seul ce diagnostic doit subsister ; il convient également d'examiner si l'état de santé s'est dégradé (consid. 10.1.2 de l'arrêt cité). Enfin, il faut vérifier si les « critères de Foerster » sont remplis et s'ils permettent de conclure au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (consid. 10.1.3 de l'arrêt cité).

2.1.2 En l'espèce, lors de la décision d'octroi de rente de décembre 2004, la recourante présentait un trouble dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.2), un trouble somatoforme indifférencié (F45.1) et un trouble de la personnalité lié à la comorbidité avec une affection somatique (F62.8). Selon le Dr C_____, les premières manifestations psychopathologiques étaient apparues à la suite de l'hystérectomie et l'annexectomie réalisées en 1998 et cet état dépressif sévère réactionnel avait par la suite engendré diverses somatisations. Ainsi, le trouble dépressif n'est pas venu se greffer sur la symptomatologie douloureuse, mais l'inverse. Il peut dès lors être retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le trouble dépressif dont souffrait la recourante était indépendant du trouble somatoforme douloureux. Ainsi, la rente d'invalidité n'a pas été exclusivement motivée par une atteinte sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Les conditions de la lettre a alinéa 1 des dispositions finales de la 6^e révision de l'AI n'étant pas remplies, l'intimé ne pouvait appliquer ces normes et devait examiner le cas sous l'angle de la révision au sens de l'article 17 LPGA.

2.2.1 En vertu de l'article 17 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, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. 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 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'article 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b ; 387 consid. 1b). 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 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 conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

2.2.2 En l'occurrence, lors de l'expertise psychiatrique réalisée en mai 2013, le Dr D_____ n'a pas pu confirmer le diagnostic de trouble de la personnalité retenu par le Dr C_____. Il a classifié les changements vécus par l'intéressée, ainsi que l'ensemble des plaintes somatiques, récurrentes et non expliquées, sous le diagnostic de trouble somatisation (F45.0). S'agissant du trouble dépressif, il a constaté des symptômes compatibles avec un état dépressif durant l'examen, sans pouvoir dire avec certitude si ceux-ci étaient permanents. Il n'a pas retrouvé de caractéristiques psychotiques comme mentionnées dans le passé. Au vu de ces observations, il a qualifié l'épisode dépressif de moyen. Il a noté que la pathologie dépressive avait manifestement diminué en intensité puisqu'il n'y avait plus eu de crise depuis 2004. De son point de vue, le pronostic n'était pas mauvais, puisque l'on était face à un comportement de malade et non à une maladie psychiatrique stricto sensu. Il a relevé que l'assurée avait gardé des contacts sociaux, disposait de capacités relationnelles, ne s'était pas isolée du monde extérieur et que l'on ne pouvait pas affirmer qu'elle avait perdu son intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Il a estimé que l'intéressée devait être à même de faire l'effort de surmonter les symptômes liés à son trouble somatisation et de réintégrer le monde du travail.

Interpellé, le SMR, par le Dr E_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, a considéré, au vu de la description faite par le Dr D_____, que le syndrome dépressif majeur, qui avait justifié le versement de la rente en 2004, s'était significativement amendé au jour de l'expertise et qu'une incapacité de travail n'était plus médicalement justifiée de ce chef.

Les conclusions du Dr D_____ et du Dr E_____ ne sont contredites par aucun avis médical contraire d'une valeur probante prépondérante. Seule la Dresse B_____ a réagi le 5 mai 2014, en indiquant que sa patiente souffrait de palpitations dans le cadre d'un prolapsus de la valve mitral et était handicapée par une

polyinsertionite du rachis et de la ceinture pelvienne. Or, ces éléments somatiques (prolapsus mitral, arythmie, obésité, hyperplasie de la thyroïde ; cf. rapports du Dr C_____ du 12 juillet 2004 et du 20 avril 2006) étaient déjà connus lors de l'octroi de la rente en 2004 et n'ont jamais eu d'impact en tant que tel sur la capacité de travail de la recourante. Il en va de même des lésions dégénératives du rachis mises en évidence par l'IRM réalisée postérieurement à la décision attaquée. Les atteintes constatées sont, en effet, modestes (pas de sténose significative du fourreau dural, pas de composante herniaire nette, pas de net conflit disco-radiculaire objectivé) et parfaitement banales à l'âge de la recourante. Celle-ci devra simplement tenir compte des limitations induites par ces troubles (pas de travaux lourds et pas de port de charges supérieures à 15 kg) dans le choix de son activité professionnelle, étant précisé que le marché de l'emploi offre un éventail suffisamment large d'activités légères dont un nombre significatif est adapté aux limitations fonctionnelles décrites et accessibles sans aucune formation particulière.

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre de mesures d'instruction complémentaires sur le plan somatique. C'est à juste titre que l'intimé a fait siennes les conclusions du Dr D_____, corroborées par le SMR, pour constater que l'état de santé de la recourante s'était amélioré et qu'elle disposait d'une capacité de travail exigible entière dans toute activité adaptée.

2.3 La recourante conteste encore le revenu sans invalidité de 51 433 fr. 25 retenu par l'intimé, qui devrait être fixé à 30 080 fr., selon elle.

2.3.1 Comme l'a relevé l'intimé, le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence ; arrêts 9C_416/2010 du 26 janvier 2011 consid. 3.2 ; 9C_338/2013 du 14 août 2013 consid. 4.3).

2.3.2 En l'espèce, le dernier salaire mensuel net perçu par la recourante s'élevait à 3450 fr. et était versé 13 fois l'an, ce qui fait 44 850 fr. par année. L'année de référence pour la comparaison des revenus étant celle de la naissance du droit à la rente (art. 29 al. 1 let. b LAI), ce salaire doit encore être adapté à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux, soit en l'espèce jusqu'en 2013. Le montant de 51 433 fr. 25 calculé par l'intimé est donc conforme au droit (cf. fiche d'évaluation du taux d'invalidité annexée à la décision entreprise).

Quoi qu'il en soit, la prise en compte d'un revenu sans invalidité inférieure à celui retenu ne ferait qu'accentuer l'absence d'invalidité dans le cas d'espèce. Même en prenant en compte le revenu possiblement réalisable par une femme dans des activités simples et répétitives, ne nécessitant pas de formation, tel qu'il ressort des statistiques salariales de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), à savoir 49 344 fr. (4112 fr. x 12), valeur 2012, soit 49 738 fr. 75 en 2013, on obtient également un taux d'invalidité (3.3%) largement insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

3. Il s'ensuit le rejet du recours et la confirmation de la décision entreprise du 6 mai 2014.

4. Les frais de justice fixés sur le vu des principes de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations à 500 fr. sont mis à la charge de la recourante et compensés avec son avance (art. 69 al. 1bis LAI). Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Prononce

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

Sion, le 26 août 2015