

Par arrêt du 29 septembre 2015 (8C_562/2014), le Tribunal fédéral a rejeté le recours en matière de droit public interjeté par X_____ contre ce jugement.

S1 13 85

JUGEMENT DU 16 JUIN 2014

Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et Jean-Pierre Zufferey, juges ; Véronique Largey, greffière

en la cause

X_____, recourante, représentée par Maître A_____

contre

Office cantonal AI du Valais, intimé

(art. 17 al. 1 LPGA, art. 88a al. 1 RAI ;
révision d'office, modification notable de l'invalidité)

Faits

A. X_____, née le xxx 1963, travaillait depuis le 26 juillet 1996 en tant qu'ouvrière agricole et trieuse de fruits et légumes auprès de l'entreprise B_____ à C_____. A ce titre, elle était obligatoirement assurée contre les risques d'accidents et de maladies professionnelles auprès de D_____ Société Suisse d'Assurances. Le 17 mars 1997, X_____ s'est coincé l'auriculaire droit dans une machine à trier les oignons (pièce 145-61 du dossier de l'assurance-invalidité, d'où toutes les pièces mentionnées ci-dessous sont tirées).

Dans un courrier adressé le 10 avril 1997 au médecin traitant le Dr E_____, le Dr F_____, chirurgien-chef au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital de G_____, a rapporté que X_____ avait subi une sub-amputation distale du cinquième doigt de la main droite en se coupant avec une trancheuse à oignons, que les radiographies avaient mis en évidence une fracture multi-fragmentaire de la phalange moyenne du cinquième doigt, qu'en urgence, un complément d'amputation du cinquième doigt avec confection d'un moignon au niveau de l'interphalangienne distale avait été pratiqué, que les suites opératoires avaient été tout à fait simples et que la patiente avait été hospitalisée du 17 au 19 mars 1997 (pièce 16-62 ; cf. également le rapport médical initial LAA complété par le Dr F_____ le 30 avril 1997 en pièce 145-58).

Le Dr H_____, spécialiste en chirurgie, a adressé le 19 juin 1997 un rapport à D_____ Assurances, dans lequel il a posé les diagnostics de status après amputation au niveau IPP du cinquième doigt droit ainsi que d'hypersensibilité du moignon d'amputation, avec suspicion de névrome d'amputation en formation. Il a proposé d'adresser X_____ au Dr I_____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive à l'Hôpital de J_____ (pièce 16-50).

En date des 19 juin et 18 septembre 1997, le Dr I_____ a précisé à l'attention du Dr E_____ puis du Dr K_____ du Service de chirurgie de la main de l'Hôpital de L_____ que X_____ avait subi le 17 mars 1997 une amputation traumatique de l'auriculaire droit à la hauteur de la phalange proximale, qu'un moignon d'amputation avait été confectionné en urgence par le Dr F_____ à l'Hôpital de G_____, que les suites avaient été marquées par l'apparition d'une hyperpathie au niveau du moignon empêchant toute reprise de l'activité professionnelle, que la palpation dorsale ou palmaire du moignon à l'insu de la patiente ne déclenchait aucune

douleur ni aucun mouvement de retrait, qu'il doutait de la présence d'un réel névrome ainsi que du succès d'une intervention de révision du moignon et qu'il avait organisé un traitement de désensibilisation par ergothérapie (pièces 16-45 et 16-57).

Le 13 octobre 1997, le Dr K_____ a retenu les diagnostics de syndrome hyperalgique après amputation traumatique de P1 D5 droit, de neuropathie cubitale post-bloc cubital au niveau du coude et de sinistrose post-traumatique. Il a précisé avoir adressé la patiente à la Consultation de la douleur en vue d'un traitement médicamenteux et antidépresseur plus adapté et jugé indispensable un soutien psychologique dans la situation de la patiente (pièce 16-66). En date du 4 février 1998, ce spécialiste a fait part de ces démarches au médecin-conseil de D_____ Assurances, en soulignant que l'évolution vers un syndrome douloureux chronique était déjà installée (pièce 145-16).

Par courrier du 1^{er} novembre 1997, le Dr E_____ a demandé aux médecins du Service de chirurgie de la main de l'Hôpital de L_____ de réévaluer la situation de sa patiente, en tenant compte de la suspicion par certains médecins d'un névrome d'amputation et de l'échec du traitement analgésique (pièce 16-63).

Les 13 février 1998, 16 avril 1998, 13 juillet 1998, 29 septembre 1998, 23 mars 1999, 20 septembre 1999 puis 20 juillet 2000, la Dresse M_____ du Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur à l'hôpital de L_____ a posé les diagnostics de douleurs neurogènes au niveau de l'auriculaire droit remontant le long du bras, de status post amputation traumatique de l'auriculaire droit à la hauteur de la phalange proximale puis d'état anxio-dépressif. Cette spécialiste a introduit un traitement médicamenteux qu'elle a estimé nécessaire, que la décision d'une révision chirurgicale fût prise ou non, et a proposé un suivi psychiatrique (pièces 16-41, 16-32, 16-7, 16-2, 28-2, 37 et 148-60).

Dans un rapport du 6 mars 1998, la Dresse N_____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive et en chirurgie de la main de la Clinique chirurgicale et Permanence de O_____ à P_____, a relevé qu'il s'agissait d'une amputation de l'auriculaire droit ayant évolué vers un syndrome hyperpathique de tout le membre supérieur droit et ayant gagné le membre inférieur droit depuis une quinzaine de jours. Elle a ajouté que la situation de la patiente traduisait un problème dépassant largement la présence d'un névrome sur un nerf collatéral et qu'il convenait de renoncer actuellement à une révision chirurgicale du moignon (pièce 16-38). Le 23 mars suivant,

elle a encore confirmé au médecin traitant l'absence de signe d'algodystrophie de Sudeck, tant sur les anciennes radiographies que sur les clichés actuels (pièce 16-37).

Le 8 juin 1998, X_____ a déposé une demande de prestations AI pour adultes, en raison d'une amputation traumatique de l'extrémité du cinquième doigt de la main droite survenue le 17 mars 1997 (pièce 2).

En date du 28 juin 1998, le Dr Q_____, spécialiste en neurologie, a exposé que X_____ revenait à sa consultation avec une symptomatologie inchangée, sinon aggravée, avec des douleurs s'étendant pratiquement tout au long de l'hémicorps droit, y compris à la tête et à la jambe, que cette symptomatologie, de plus en plus difficile à débrouiller, s'opposait à un status neurologique strictement normal, en dehors de dysesthésies pénibles, fulgurantes, déclenchées au moindre attouchement – même lorsque la patiente était distraite – du moignon d'amputation de l'auriculaire et que l'examen électro-physiologique, comme ceux effectués antérieurement, excluait toute neuropathie cubitale résiduelle, après le bloc anesthésique du câble cubital au coude. Le Dr Q_____ a souligné qu'après trois examens neurologiques successifs à son cabinet, il était personnellement convaincu de la présence d'un neurinome au moignon d'amputation de l'auriculaire et a proposé à nouveau une exploration chirurgicale locale sous microscope opératoire du moignon d'amputation (pièce 6-3 ; cf. également le rapport du 2 mai 1997 sur l'examen neurologique du 30 avril précédent en pièce 16-59, le rapport du 10 septembre 1997 sur l'examen neurologique du 8 septembre précédent en pièce 16-69 et le courrier adressé le 31 octobre 1997 au Service de chirurgie de la main de l'hôpital de L_____ en pièce 16-43).

Dans un rapport d'expertise du 14 juillet 1998 à l'attention de D_____ Assurances, le Dr R_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, a posé les diagnostics de syndrome douloureux subjectif du membre supérieur droit sans cause somatique objectivable et de 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. Ce spécialiste, qui avait examiné X_____ le 2 juillet précédent, a précisé qu'un névrome était fortement improbable quand les troubles neurologiques subjectifs se situaient aussi bien sur la face palmaire que dorsale d'un doigt, que d'un point de vue strictement somatique, le résultat pouvait être considéré comme excellent avec un moignon d'amputation de bonne trophicité, qu'il ne se prononçait pas sur l'éventuel aspect purement psychologique ou social, que la capacité de travail comme ouvrière agricole et trieuse semblait être complète, qu'aucun

traitement somatique n'était à retenir et que le taux d'atteinte à l'intégrité était estimé à 5% (pièce 16-17).

L'employeur a précisé le 9 novembre 1998 à l'attention de l'enquêteur économique de l'Office AI que sans atteinte à la santé, X_____ aurait travaillé 2000 à 2200 heures par an au triage des fruits et légumes, ce qui correspondait à un taux d'occupation de 100%, et que le 17 mars 1997, elle s'était laissé prendre l'auriculaire droit dans la trieuse et avait subi une amputation d'une partie de ce doigt (pièce 13).

Dans ses rapports des 26 janvier et 12 août 1999 à l'attention de l'Office AI, le Dr E_____ a fait état d'un status après amputation traumatique de la dernière phalange du cinquième doigt droit, du développement et de la confirmation par examen électromyographique (EMG) de deux névromes d'amputation, d'hyperesthésies du moignon d'amputation avec irradiation des douleurs sur tout le membre supérieur et du développement d'un état dépressif réactionnel avec attitude d'invalidé. Il a expliqué qu'en dépit d'avis contraires d'experts, le Dr Q_____ et lui-même avaient préconisé une révision du moignon d'amputation en raison du développement et de l'augmentation des hyperesthésies, qu'à présent, la situation était bloquée, que la patiente vivait dans l'angoisse de complications ultérieures, qu'il lui était devenu impossible de la convaincre de subir cette opération, que le chirurgien contacté n'avait d'ailleurs pas entrepris l'opération au vu de l'état psychologique catastrophique de la patiente et que l'incapacité de travail était toujours totale depuis le 17 mars 1997 (pièces 17 et 29).

Le 19 août 1999, le médecin de l'Office AI a précisé qu'en raison de l'épisode dépressif majeur (EDM) sévère et du syndrome douloureux, il fallait admettre une incapacité totale de travail dans l'activité exercée ainsi qu'une inaptitude en relation avec des mesures d'ordre professionnel (pièce 30).

B. Par décision du 14 octobre 1999, une rente entière ordinaire simple et cinq rentes complémentaires simples pour enfant ont été octroyées à X_____ depuis le 1^{er} mars 1998 (pièce 38).

Dans son rapport du 8 janvier 2001 au médecin-traitant, la Dresse S_____ de T_____ à U_____ a relevé que X_____ présentait des troubles d'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive à la suite d'un accident de travail (F43.22 de la CIM-10), des difficultés d'acculturation (Z60.3) et des difficultés liées à l'entourage immédiat, avec le mari (Z63.8). Elle a indiqué que la patiente disait souffrir de douleurs dans le bras droit montant jusqu'à la tête, d'une sensation

d'oppression et d'étouffement ainsi que de maux de tête, que le mal était fait, que la douleur s'était installée, qu'il semblait illusoire de vouloir l'enlever, que cette douleur avait actuellement un rôle à jouer dans l'économie psychique de la patiente, que l'accident avait déclenché une décompensation totale, physique, psychique et familiale et que dans un tel contexte, toute appréciation de la capacité de travail actuelle ou à long terme devait reposer sur l'état psychique (pièce 148-53).

Le 21 janvier 2001, le Dr E_____ a répondu à l'Office AI que l'état de santé de l'assurée allait en s'aggravant, que l'incapacité de travail était toujours totale dans toute profession et que le cas de la patiente avait été transféré dans une unité de psychiatrie ambulatoire à U_____ (pièce 48).

Dans ses rapports du 2 juillet 2001 à l'Office AI, la Dresse S_____ a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et de syndrome douloureux somatoforme (F45.4) et a rappelé l'incapacité totale de travail depuis mars 1997. Elle a repris en outre ses constatations et conclusions du 8 janvier précédent (pièces 50-1 et 50-3).

Par communication du 5 juillet 2001, l'Office AI a informé l'assurée que son droit à la rente n'était pas modifié (pièce 52).

Le 23 novembre 2001, le Dr V_____, médecin-chef du Service psychosomatique de la Clinique AA_____ à J_____, a adressé à D_____ Assurances un rapport d'expertise psychiatrique qu'il a complété le 6 février 2002 par une brève explication supplémentaire (pièces 148-32 et 148-42). Il a précisé avoir examiné X_____ le 5 novembre précédent et lui avoir fait effectuer ce jour-là le test de l'échelle de dépression de Hamilton. Il a posé les diagnostics de trouble dépressif majeur de degré moyen (F32.1), de syndrome douloureux somatoforme persistant (trouble somatoforme douloureux) (F45.4) et de trouble panique sans agoraphobie (F41.0), ce dernier trouble ne pouvant être assimilé à un état de stress post-traumatique ou aux autres pathologies psychogènes survenant ordinairement après un accident. Le Dr V_____ a formellement exclu un trouble de l'adaptation, la présentation de la patiente montrant en effet un trouble thymique spécifique bien plus grave qu'un simple état réactionnel sous forme de trouble de l'adaptation. Il a conclu qu'un trouble dépressif majeur de cette gravité et le syndrome douloureux somatoforme persistant entraînaient une incapacité totale de travail dans toute activité, que la situation de l'assurée sur le plan psychique constituait une conséquence seulement possible de l'accident du 17 mars 1997 et que des facteurs étrangers à

l'accident (stress entraîné par l'émigration, acculturation vraisemblablement très problématique, situation conjugale et familiale difficile en raison de l'invalidité du mari et de la prise d'autonomie des enfants, surcharge vraisemblable représentée par la reprise d'une activité à plein temps, personnalité probablement rigide et peu capable d'adaptation) jouaient un rôle prépondérant à l'heure actuelle.

C. Par décision sur opposition du 5 mars 2002, BB_____ Société d'Assurances (anciennement : D_____ Société Suisse d'Assurances, ci-après : BB_____,) a retenu que les prestations découlant de l'assurance-accidents obligatoire ne pouvaient plus être allouées à partir du 1^{er} janvier 2000, sous réserve de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité au sens des articles 24 et 25 LAA. Cet assureur a tout d'abord rappelé en détail le contexte médical du cas de l'assurée. Il en a ensuite conclu que, sur le plan somatique et conformément à l'expertise du Dr R_____ du 2 juillet 1998, il n'y avait pas d'incapacité de travail et que l'incapacité de travail actuelle était entièrement due au trouble dépressif majeur, au trouble panique et au syndrome douloureux somatoforme persistant retenus par le Dr V_____ et dont la causalité naturelle avec l'accident avait été niée par ce spécialiste (pièce 148-25).

Dans ses rapports des 28 août 2002 (pièce 58-2) et 18 février 2003 (pièce 61-2), la Dresse M_____ a fait état de douleurs neurogènes du membre supérieur droit après amputation et d'état anxio-dépressif avec crises de panique. Elle a relevé que X_____ présentait toujours des douleurs importantes au membre supérieur droit l'empêchant de mener à bien toute activité quotidienne.

Par jugement du 3 avril 2003 (pièce 148-10), le Tribunal cantonal des assurances a admis le recours interjeté contre la décision sur opposition du 5 mars 2002, annulé cette décision et renvoyé le dossier à BB_____ pour nouvelle décision dans le sens des considérants, au motif qu'entre sa décision du 11 décembre 2000 et celle du 5 mars 2002, cette assurance avait procédé, sans interpellier l'assurée, à une reformatio in pejus, en mettant un terme à la prise en charge du cas dès le 1^{er} janvier 2000 et non plus à compter du 1^{er} janvier 2001 (cause S2 02 67). Dans ce même jugement, le tribunal a par contre rejeté le recours formé contre une décision sur opposition du 12 juin 2002, par laquelle BB_____ avait confirmé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% octroyée à l'assurée par décision du 8 mars précédent (cause S2 02 111).

La Dresse CC _____, nouveau médecin traitant de l'assurée, a confirmé le 9 mai 2003 les renseignements fournis par la Dresse M _____ ainsi que l'incapacité totale de travail depuis plusieurs années (pièce 63).

Par communication du 10 juin 2003, l'Office AI a informé l'assurée que son droit à la rente n'était pas modifié (pièce 52).

Dans son arrêt du 22 juillet 2004 en la cause U 126/03, le Tribunal fédéral des assurances a rejeté le recours interjeté contre l'objet du jugement du 3 avril 2003 relatif à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (pièce 148-2). Il a considéré qu'en l'absence d'atteinte durable à l'intégrité psychique et compte tenu des séquelles physiques permanentes décrites par le Dr R _____, il n'y avait pas lieu de s'écarter du taux d'atteinte à l'intégrité de 5% proposé par ce praticien et retenu par l'intimée. Au considérant 2.1 de cet arrêt, la Haute Cour a également souligné que le Dr R _____ avait nié toute cause somatique objectivable au syndrome douloureux du membre supérieur droit dont souffrait la recourante, au terme d'un rapport médical probant, répondant à l'ensemble des critères posés par la jurisprudence en la matière.

Le 8 septembre 2006, la Dresse CC _____ a fait état d'un status après amputation traumatique de la dernière phalange du cinquième doigt droit avec déblocage et confirmation par examen EMG de deux neurinomes d'amputation, de paresthésies douloureuses du moignon d'amputation avec irradiation de tout le membre supérieur droit, d'état dépressif réactionnel, de discopathie étagée dégénérative de L3 à S1 sans radiculopathie mais avec des douleurs lombo-sciatalgiques vertébrogènes depuis 1997 ainsi que d'une bursite sus-acromio-deltoidienne droite chronique visible à l'IRM, affection ayant été soulagée pendant plusieurs mois en 2005 grâce à une infiltration écho-guidée. Ce médecin a précisé que la patiente, dépressive, vivait son handicap comme une énorme injustice, qu'elle était très influencée par un époux relativement revendicateur, qu'elle pouvait vaquer à ses tâches ménagères avec l'aide de sa famille et que la capacité de travail pouvait être améliorée (pièces 69-3 et 70).

Par communication du 18 octobre 2006, l'Office AI a informé l'assurée que son droit à la rente n'était pas modifié (pièce 72).

D. Dans son rapport du 28 juin 2010, la Dresse CC _____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de douleurs neurogènes du membre supérieur droit après amputation de la dernière phalange du cinquième doigt et de syndrome anxio-dépressif avec accès de panique. Elle a ajouté que l'activité antérieure n'était plus exigible mais que l'assurée était en mesure d'exercer, à raison de dix à douze heures

par semaine, une activité adaptée permettant l'alternance des positions, évitant la marche, les mouvements avec les bras au-dessus de la tête, le port de charges, la montée sur des échelles ou des échafaudages et exigeant peu de capacités d'adaptation et de résistance, en raison de la labilité psychologique accrue de l'assurée (pièces 85 et 86).

En date du 20 août 2010, le Dr DD_____, médecin généraliste auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de status après amputation traumatique de l'auriculaire droit en 1997, de bursite sous-acromiale droite, de lombalgies sur discopathie sans hernie discale et, sans répercussion sur la capacité de travail, d'état anxio-dépressif avec accès de panique. Il a ajouté que des mesures de réinsertion étaient envisageables, à raison de dix à douze heures par semaine, en tenant compte des limitations suivantes : positions de travail alternées, port de charges de dix kilos au maximum, pas de travaux lourds, ni d'activité fine, ni de rotation du tronc, ni de positions en porte-à-faux (pièce 90-3).

Par courrier du 28 janvier 2011, l'Office AI a informé X_____ que les conditions du droit à une orientation professionnelle étaient remplies et qu'elle serait prochainement convoquée afin de déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle (pièce 93).

Le 12 février suivant, X_____ a écrit à l'Office AI que ses problèmes de santé l'empêchaient de reprendre une activité professionnelle et qu'elle ne se rendrait pas à l'entretien d'orientation professionnelle (pièce 96).

Il ressort d'un courriel envoyé le 8 juillet 2011 par BB_____ à l'Office AI que des indemnités journalières avaient été allouées à l'assurée jusqu'au 31 décembre 2000 et que celle-ci n'avait droit à aucune rente de l'assurance-accidents pour les suites de l'événement du 17 mars 1997 (pièce 149).

En date du 2 août 2011, le Dr DD_____ a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique auprès du Dr EE_____ (pièce 101-2).

Le 30 mars 2012, le Dr EE_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport d'expertise. Il a notamment procédé à des observations cliniques résumées selon le système AMDP (échelle psychopathologique de l'Association internationale pour la Méthodologie et la Documentation en Psychiatrie), en précisant que, contrairement à d'autres approches, cette méthode permettait de différencier systématiquement les notions issues de la personne expertisée, potentiellement

influençables par des facteurs extra-médicaux, des observations de l'expert. Il a posé les diagnostics de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques et sociales avec processus d'invalidation très avancé (F68.0), de fluctuations dysthymiques (F34.1), de fluctuations anxieuses légères (F41.1) ainsi que de syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique majeure (F45.4). Il a considéré que les critères invalidants pour un tel syndrome n'étaient pas réunis, en particulier qu'il n'y avait pas de comorbidité importante, ni de perte d'intégration sociale, ni d'échec des traitements conformes aux règles de l'art, ni d'état psychique cristallisé – lequel avait au contraire évolué positivement – mais qu'il existait des divergences entre les symptômes décrits et le comportement observé, des douleurs globalisées et une faible collaboration de l'assurée aux traitements entrepris. Il a précisé que, selon le dossier à disposition, le suivi et les traitements spécifiques avaient été interrompus en 2003, que le taux sérique mesuré du médicament antalgique « Dafalgan » était extrêmement faible, que ce taux ne correspondait pas du tout à la prise alléguée de cette substance à raison de trois à quatre grammes par jour et que l'expertisée avait affirmé avoir une à deux consultations par semaine chez son médecin, ce que la Dresse CC_____ avait infirmé. Il a 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. Il a ajouté qu'il ne pouvait tenir compte de la conviction contraire de l'assurée qui, pour des raisons physiques, était fermement persuadée d'être incapable de travailler et que toute proposition de réinsertion semblait vouée à l'échec (pièce 115).

Le Dr DD_____ a relevé le 25 septembre 2012 qu'en 1999, une incapacité totale de travail dans toute activité avait été admise en raison d'un état dépressif sévère et d'un syndrome douloureux, que le Dr EE_____ n'avait pas constaté de psychopathologie incapacitante mais que, vu la présence d'un trouble somatoforme douloureux persistant et l'annonce de troubles à l'épaule et de lombalgies, un examen orthopédique était indiqué afin de vérifier si une pleine capacité de travail médico-théorique était exigible dans une activité adaptée, voire dans toute activité (pièce 120-3).

En date du 8 novembre 2012, l'assurée a été examinée par le Dr FF_____, spécialiste en chirurgie auprès du SMR. Dans son rapport du même jour, ce médecin n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et a fait état d'un status après amputation de l'auriculaire droit trans-IPP en 1997 au titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail. Le Dr FF_____ a

mentionné que, sur demande ciblée, X_____ n'indiquait pas de trouble lombaire ni psychique, que l'examen clinique était imprégné par des discordances répétées, que la trophicité et les circonférences musculaires des membres supérieurs étaient strictement symétriques, que tant une exclusion fonctionnelle démonstrative qu'une utilisation spontanée de la main droite étaient constatées, que l'épaule droite était strictement inexaminable, avec une mobilisation passive contrariée associée à une résistance volontaire, que la mobilisation spontanée atteignait en revanche l'horizontale, qu'une IRM récente évoquait des signes non spécifiques en forme d'épaississement capsulaire et de bursite modérée déjà mise en évidence en 2005, que le diagnostic de capsulite rétractile ne pouvait être confirmé car le troisième stade de cette affection correspondait à une régression des symptômes ainsi qu'à une récupération de la mobilité après douze à dix-huit mois, qu'une lésion de la coiffe des rotateurs pouvait être écartée sur la base de l'imagerie et qu'il ne restait finalement pas d'autre explication qu'une limitation fonctionnelle, respectivement une exclusion fonctionnelle de longue durée. Le Dr FF_____ a relevé en conclusion 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_____, que dans le seul contexte d'amputation P2 de l'auriculaire, une incapacité de travail durable ne se justifiait pas, que même si le Dr EE_____ n'admettait pas, dans son rapport d'expertise psychiatrique, d'incapacité de travail actuelle, il convenait d'admettre un taux de 50% en raison du déconditionnement général de cette assurée, installée et soutenue par son entourage dans un état d'invalides depuis des années, et que dans ce contexte, toute mesure de réadaptation serait probablement voué à l'échec. Le médecin du SMR a également signalé l'attitude menaçante adoptée par l'époux de l'assurée lors de l'entretien final (pièce 125-3).

Dans son rapport final du 30 décembre 2012, le Dr DD_____ a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de status après amputation traumatique de l'auriculaire droit en 1997, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et sociales, de fluctuations dysthymiques, de fluctuations anxieuses et de trouble somatoforme douloureux persistant. Il a conclu qu'en l'absence de trouble somatique ou psychiatrique incapacitant, il y avait une amélioration significative de l'état de santé de l'assurée, qu'une pleine capacité de travail médico-théorique était exigible dans toute activité, y compris celle de trieuse de fruits et légumes, en tout cas dès la date de l'examen au SMR le 8 novembre 2012 et que la diminution de la capacité de travail admise par le Dr FF_____ l'avait été

pour des raisons non médicales et en l'absence de tout diagnostic incapacitant dans la rubrique correspondante (pièce 125).

E. Le 13 mars 2013, l'Office AI a établi un projet de décision portant sur la suppression de la rente d'invalidité et sur le refus de mesures d'ordre professionnel. Dit office a exposé qu'il y avait lieu de comparer les faits actuels avec ceux existant au moment de la décision du 14 octobre 1999, qu'à cette date, le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 1998 avait été reconnu en raison d'un important état dépressif avec détresse psychologique intense et attitude d'invalidité et qu'un trouble douloureux chronique sur status après amputation traumatique de la dernière phalange de l'auriculaire droit le 17 mars 1997 avait également été constaté. L'Office AI a précisé que, sur la base du rapport d'expertise du Dr R_____ – lequel avait fait état d'un syndrome douloureux subjectif du membre supérieur droit, sans cause somatique objectivable, après amputation P2 D5 droit –, BB_____ avait retenu, à compter du 31 décembre 2000, une capacité totale de travail même dans l'activité antérieure de trieuse de fruits et légumes et que cette décision avait été confirmée tant par le tribunal cantonal que fédéral. L'Office AI a ajouté qu'actuellement, ni le Dr EE_____ ni le Dr FF_____ n'avaient retenu d'atteinte à la santé invalidante, que l'état dépressif important retenu au moment de la décision d'octroi de rente avait disparu et qu'en ce qui concernait le trouble somatoforme douloureux persistant, il y avait lieu d'admettre, en application de la jurisprudence topique, l'exigibilité d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer le monde du travail. Il a conclu que le taux d'invalidité était de 0% et que la rente d'invalidité serait supprimée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

Le 23 mars 2013, X_____ a contesté ce projet de décision, en affirmant qu'il ne tenait pas compte de tous ses problèmes de santé et en demandant l'envoi des rapports des Drs EE_____ et FF_____ à son médecin traitant.

Par décision du 22 avril 2013, l'Office AI a formellement confirmé son projet du 13 mars précédent et a supprimé au-delà du 31 mai 2013 la rente allouée. Il a ajouté que la lettre du 23 mars 2013 n'apportait aucun élément médical nouveau susceptible de modifier la teneur de ce projet.

Dans un courrier adressé le 24 avril 2013 à l'Office AI, X_____ a critiqué la teneur des rapports des Drs EE_____ et FF_____. Elle a souligné qu'elle n'était pas malade psychiquement mais physiquement, qu'elle souffrait d'une hypersensibilité au

bout du doigt amputé, de douleurs au bras, à l'épaule et à la tête, de problèmes respiratoires, d'angoisses et de troubles du sommeil, qu'elle n'était ainsi pas apte à travailler à 100%, que la position du Dr FF_____ n'était pas neutre car c'était un médecin de l'Office AI, qu'elle venait de recevoir les radiographies de la colonne cervicale du 27 mars 2009 et de l'épaule du 25 octobre 2012 et que ces clichés n'avaient donc pas été vus lors de l'examen au SMR.

F. Le 7 mai 2013, ce courrier a été considéré par l'Office AI comme un recours contre la décision de suppression de rente du 22 avril précédent et transmis à la Cour de céans comme objet de sa compétence.

Par mémoire du 27 mai 2013, X_____, représentée par Me A_____, a interjeté recours céans contre dite décision, en concluant à son annulation ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 1^{er} juin 2013. Elle a tout d'abord précisé que c'était bien cette écriture, et non son courrier du 24 avril 2013, qui constituait formellement un recours, étant donné qu'elle n'avait pas encore reçu la décision entreprise à cette dernière date. Elle a réservé la requête d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Elle a exposé que par décision du 14 octobre 1999, l'Office AI lui avait reconnu le droit à une rente entière d'invalidité en raison des troubles tant somatiques que psychiques dont elle souffrait, que ce droit avait été supprimé par décision du 22 avril 2013, que le tableau dépeint en 2012 par les Drs EE_____ et FF_____ ne comportait pas de modification notable de sa situation mais en constituait uniquement une appréciation différente, qu'en particulier, le Dr EE_____ lui avait fait passer des tests différents – notamment un test selon le système AMDP – de ceux antérieurement pratiqués par les autres médecins et que sur la base des résultats de ce test, le Dr EE_____ avait nié toute atteinte psycho-émotionnelle majeure ainsi que toute incapacité de travail, en se gardant toutefois de préciser à partir de quelle date les changements entrevus s'étaient produits. Elle a fait valoir enfin que, malgré le durcissement de la jurisprudence à l'égard des personnes souffrant de troubles somatoformes douloureux ou de fibromyalgie, la porte ne devait pas pour autant être ouverte à toutes les révisions de ces cas et que, conformément à l'article 17 LPGA, la stricte comparaison de l'état de santé de la personne assurée au moment des deux décisions déterminantes demeurait.

Dans sa réponse du 2 juillet 2013, l'Office AI a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision de suppression de rente du 22 avril 2013. Il a invoqué que le rapport d'expertise du Dr EE_____ du 30 mars 2012 remplissait toutes les exigences posées par la jurisprudence à la valeur probante d'une appréciation

médicale, que l'allégation de la recourante, selon laquelle le Dr EE_____ se serait essentiellement fondé sur le seul test AMDP pour conclure à l'absence d'atteinte à la santé psychique ou mentale invalidante, relevait d'une lecture très partielle et unilatérale dudit rapport d'expertise et que, faute d'éléments médicaux objectifs contredisant les conclusions de cet expert, il n'y avait pas lieu de s'en distancer.

Par courrier du 23 octobre 2013, la recourante a persisté dans ses conclusions et s'est référée à sa précédente écriture.

La caisse de pension compétente n'ayant pas donné suite à l'ordonnance du 21 novembre 2013, l'échange d'écritures a été clos le 19 décembre suivant.

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 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 1^{er} 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

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

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 1^{er} 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

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 1^{er} 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

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 1^{er} 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

90-3), le Dr FF_____ a rapporté que sur demande ciblée, l'expertisée n'indiquait pas de trouble lombaire. Concernant une bursite sus-acromio-deltaïdienne 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

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'expertisée). 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 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

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 1^{er} 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).

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 1^{er} mars 1998 est supprimée dès le 1^{er} 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