

FR_GERICHTE 608 2017 25 vom 11. September 2017

FR Kantonsgericht, 2017-09-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_25

FR: FR_GERICHTE 608 2017 25 du 11 septembre 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2017 25 del 11 settembre 2017

Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 30

octobre 2007, elle a requis l'octroi de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) en raison d'une dépression chronique depuis 2001. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a diligenté une expertise psychiatrique auprès du Dr B._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 6 juin 2008, celui-ci conclut à l'existence d'une capacité de travail nulle sur le plan psychiatrique en raison de troubles mentaux et du comportement liés à la prise de benzodiazépines, un trouble dépressif récurrent, épisode sévère, une phobie sociale et une personnalité borderline. Par décision du 5 septembre 2008, faisant application de la méthode ordinaire, l'OAI a octroyé une rente entière à l'assurée depuis le 1er juillet 2008, lui reconnaissant un degré d'invalidité de 100%. B. Suite à la prise de position du 17 octobre 2012 de son service médical régional, qui constatait, dans le cadre d'une procédure de révision, initiée en 2009, l'absence d'un suivi psychiatrique, l'OAI a sommé l'assurée, par courrier du 15 novembre 2012, de se soumettre à un traitement psychiatrique, sous peine de se voir réduire ou supprimer la rente. Constatant l'absence de collaboration, l'OAI a, par décision du 17 décembre 2012, suspendu le droit à la rente. Par la suite, l'assurée a consulté le Dr C._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, en vue d'un traitement et le versement de la prestation de l'assurance a repris. Par courrier du 16 janvier 2014, l'assurée a une nouvelle fois été sommée en raison d'une mauvaise compliance au traitement pharmacologique. L'OAI a, par la suite, décidé de mandater le Dr D._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour procéder à une expertise. L'assurée n'ayant pas donné suite à la convocation de celui-ci, l'OAI a, le 15 décembre 2015, à nouveau suspendu la rente jusqu'à ce que celle-ci se soumette au dit examen. L'assurée s'est finalement rendue chez l'expert et a pu bénéficier de sa rente à nouveau. Dans son rapport du 19 mars 2016, le Dr D._____ constate une amélioration de l'état psychique et conclut à l'absence d'une atteinte à la santé qui aurait une influence sur la capacité de travail dans une activité adaptée. C. Par décision du 19 janvier 2017 (projet de décision du 19 août respectivement 2 septembre 2016), l'OAI a supprimé la rente entière pour fin février 2017 et a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Pour calculer le degré d'invalidité, l'OAI a comparé le revenu avant l'atteinte à la santé dans l'activité d'aiguiseuse (indexé à CHF 31'890.-) avec celui d'ouvrière dans la production industrielle légère (CHF 54'008.15) pour conclure à l'absence d'une perte de gain. D. Contre cette décision, l'assurée interjette recours le 3 février 2017 - régularisé le 3 mars 2017 - en concluant, implicitement du moins, au maintien de sa rente.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 A l'appui de son recours, elle se réfère principalement à sa psychiatre traitante et conteste l'existence d'une amélioration de son état de santé. Elle indique qu'elle n'est pas en mesure d'exercer une activité lucrative en raison de sa faiblesse psychique. L'avance de frais de CHF 800.- requise a été versée le 4 août 2016 par la recourante. E. Dans ses observations du 12 juillet 2017, l'OAI propose le rejet du recours. Selon lui, la comparaison entre le rapport d'expertise de 2008 et celui de 2016 permet clairement de constater une amélioration de l'état de santé depuis l'octroi initial de la rente. Il relève notamment l'arrêt de la consommation des benzodiazépines et l'amélioration des signes de dépression constatés par le Dr D. _____ lors de son examen. Il estime en outre que cet avis d'expert ne saurait être remis en cause par les certificats produits par la recourante dans le cadre de la procédure de recours. Ainsi, il se justifie, selon lui, d'admettre la présence d'une capacité de travail entière dans l'exercice d'une activité adaptée de type industrielle et légère. Il n'a pas été procédé à un second échange d'écritures entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Le recours a été interjeté en temps utile auprès de l'autorité intimée et transmis à l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Régularisé et satisfaisant aux formes légales, il est recevable. La recourante est en outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose également la présence d'un diagnostic émanant d'un

expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors 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) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Par contre, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour elles seules pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). c) La méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidé, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. 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 l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce n'est qu'en l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible - que la jurisprudence admet la possibilité de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique

(ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb). Toutefois, si un assuré, en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps, décide de son propre gré de réduire son horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs ou pour poursuivre sa formation (ou son perfectionnement professionnel) ou si le marché du travail ne lui permet pas d'avoir une activité à plein temps, l'assurance-invalidité n'a pas à intervenir (ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 et les références). C'est pourquoi, si en se basant sur les circonstances du cas particulier, il y a lieu d'admettre que l'assuré, en l'absence d'atteinte à la santé, se serait contenté d'un gain modeste, il faut prendre en compte ce revenu, même s'il aurait pu bénéficier de meilleures conditions de rémunération (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb et les références). Selon le prescrit de la loi (art. 16 LPGa) et la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, le salaire d'invalidité est fixé sur la base de ce que l'assuré pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui sur un marché du travail équilibré, ceci dans le droit sens, d'une part, de l'obligation qui lui est faite de diminuer son dommage et afin d'éviter, d'autre part, que ne soient pris en compte, dans le calcul du taux d'invalidité, des facteurs économiques étrangers à l'atteinte à sa santé. Par conséquent, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (ATF 110 V 276 consid. 4b; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 332; cf. ATF 130 V 346 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5 et les arrêts cités). 3. Selon l'art. 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. Selon la jurisprudence, cet article s'applique également à la décision par laquelle l'organe de l'assurance-invalidité accorde une rente limitée dans le temps à titre rétroactif (ATF 125 V 413 consid. 2d et les références).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi 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 (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie du droit aux prestations dès qu'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 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]; ATF 130 V 349 consid. 3.5). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une

appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). 4. a) Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Par ailleurs, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme

objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). 5. Le litige porte sur l'évolution du taux d'invalidité de l'assurée, particulièrement sur l'évolution de sa capacité de travail résiduelle. En d'autres termes, il s'agit de vérifier si l'état de santé de la recourante s'est ou non modifié au point de devoir entraîner une diminution de sa perte de gain. a) La décision du 5 septembre 2008, octroyant une rente entière, constitue le point de départ temporel. Il s'agit en effet de la seule décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente. L'incapacité de travail se fondait à l'époque sur l'appréciation du Dr B. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie qui, dans son rapport d'expert du 6 juin 2008, retenait la présence de troubles mentaux et du comportement liés à la prise de benzodiazépines, prise continue, d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, d'une phobie sociale et d'une personnalité émotionnellement labile de type borderline. L'expert a conclu à une incapacité de travail totale dès le 4 juillet 2007 pour une durée indéterminée. Il a en outre évoqué, à l'époque, une évolution défavorable de l'état de santé

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 psychique de la recourante. Il n'était en revanche pas exclu d'envisager, selon lui, une amélioration permettant la reprise de son activité dans le futur. b) Pour supprimer la rente, l'OAI se fonde désormais sur l'avis du 19 mars 2016 du Dr D. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Cet expert diagnostique une phobie sociale circonscrite (F40.1) ayant une influence sur la capacité de travail de la recourante. En effet, celle-ci doit se limiter aux activités adaptées, se déroulant dans un cadre fixe et dans lesquelles les contacts sociaux sont restreints. Ainsi, les diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail sont: un probable trouble hyperkinétique adulte, compensé (F90), un trouble anxieux sans précision, léger (F41.9), un trouble dépressif récurrent anamnestique, actuellement en rémission (F33.4). aa) Les conclusions de l'expert psychiatre sont fondées sur l'examen du dossier asséculologique - par le biais duquel il a pu avoir une pleine connaissance de l'anamnèse et de la situation médicale de l'intéressée - ainsi que sur son entrevue et son contact par téléphone avec l'assurée. Lors de ces entretiens, la recourante a été en mesure d'informer l'expert de ses difficultés et faiblesses. Pour sa part, l'expert a pu procéder à un examen complet comprenant, en particulier, un questionnaire d'autoévaluation, la passation de l'échelle psychopathologique AMDP (hétéro-évaluation) et la passation de l'échelle de ralentissement EDR (hétéro-évaluation) ainsi que l'échelle MADRS. Il s'est également entretenu avec le psychiatre traitant. Les tests sanguins qu'il a ordonnés n'attestent que d'une compliance partielle dans la prise des médicaments. Enfin, on note que l'expert a également procédé à l'établissement des indicateurs standards selon l'ATF 141 V 281. Par l'indication de divers points de réflexion, l'expert procède à l'analyse des diagnostics posés auparavant, sélectionnant le diagnostic le plus vraisemblable et le différenciant d'autres facteurs qui pourraient avoir une influence sur l'appréciation du cas. On peut en particulier relever que l'expert exclut d'une manière motivée la présence du diagnostic d'une personnalité borderline. On note dans ce contexte d'ailleurs que déjà le Dr B. _____ indique dans le cadre de l'analyse du résultat de ces propres tests de personnalité que "ce type de profil hétérogène est difficilement interprétable". Ceci peut expliquer pourquoi le Dr D. _____,

en procédant à son propre examen, parvient - en l'absence d'indices pour la présence d'un trouble de personnalité - à une autre conclusion que l'expert précédent. Cela paraît d'autant plus plausible qu'entre temps la dépendance aux benzodiazépines a disparu. On relève que selon les propres dires de l'assurée à l'occasion de la nouvelle expertise, sa situation psychique se serait améliorée depuis qu'elle a, avec succès, passé un sevrage des médicaments benzodiazépines. L'expert exclut également que l'explorée soit atteinte d'une phobie sociale généralisée ou d'un important syndrome de nature anxieux. Dans ce contexte, il indique qu'à l'aide de son approche (système AMDP sous forme d'échelle psychopathologique) il est en mesure de différencier systématiquement les notions issues de l'expertisée (potentiellement influençables par des facteurs extra-médicaux tels que le ressenti personnel du sujet, son éventuelle tendance à l'accentuation ou sa situation sociale) des observations de l'expert. Il souligne qu'on ne pouvait au moment de son examen plus constater la présence d'une symptomatologie anxieuse significative. Les observations qui ont pu être faites contredisent en soi la notion d'une phobie sociale sévère. Le psychiatre indique également qu'il y a une absence de fixation ou de suspicion d'un état

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 émotionnel significativement perturbé ce qui lui permet d'exclure un état dépressif significatif et décompensé. Ainsi, il y a lieu de constater que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée. L'appréciation médicale est claire et les conclusions de l'expert dûment motivées. Dès lors que le rapport d'expertise est en tous points conforme aux réquisits jurisprudentiels, il a en soi pleine valeur probante. L'autorité intimée était en droit de se baser sur cette analyse. bb) Les conclusions de l'expert-psychiatre ne sont, au demeurant, pas à mettre en doute par les pièces du dossier. Relevons d'emblée que, dans son rapport du 23 mars 2016, le Dr H._____, spécialiste FMH en anesthésiologie, médecin du SMR, confirme – par une motivation détaillée - la valeur probante de l'expertise du Dr D._____. De plus et se référant au dossier, il conclut aussi à une amélioration de l'état de santé de la recourante. Le Tribunal relève qu'il est tout à fait plausible que le sevrage des benzodiazépines soit effectivement un indice important démontrant que la situation pouvait évoluer favorablement. Ce d'autant plus que l'expert, à l'époque de l'octroi de la rente, faisait alors état de l'influence non négligeable de la dépendance sur son état de santé psychique. On constate que les rapports du médecin traitant, Dr C._____, ont précisément - en raison de certaines contradictions - conduit à ce que l'assurée soit amenée à consulter un expert neutre. Ce dernier a fait référence à l'avis du médecin traitant tout en indiquant d'une manière détaillée pour quelles raisons il s'écartait des diagnostics d'un trouble anxieux généralisé (TAG), incluant la phobie sociale, un TDAH et une personnalité borderline relatée dans les rapports du 9 mars 2015 du Dr C._____. Cette analyse est parfaitement convaincante et repose sur de propres constatations et des tests psychométriques. Elle ne saurait être remise en cause. En outre, le Dr C._____ proposait en 2015 le suivi d'une psychothérapie orientée sur les troubles anxieux, une fois la phase de stabilisation de la médication passée. On peut s'étonner d'une telle détermination dans la mesure où ce praticien suivait sa patiente depuis 2013 déjà. Enfin, les propos de ce médecin n'excluent pas totalement une éventuelle réintégration dans le marché de travail. En effet, il mentionne lui-même la nécessité d'examiner dans le futur la possibilité pour la patiente de travailler hors d'un atelier protégé (cf. rapport du 9 mars 2015). Dans son rapport du 3 février 2017, la Dresse E._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin traitant de la recourante depuis le départ à la retraite du Dr C._____, se contente d'affirmer suivre la patiente depuis le 10 août 2016 et ce pour une durée indéterminée et confirme une incapacité totale de travail de cette dernière

sans pourtant indiquer sur la base de quel diagnostic, voire symptôme, elle parvient à cette conclusion. Manifestement un tel certificat ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'expert dont le rôle était précisément d'éclaircir la situation sur l'état de santé de la recourante suite à des certificats de l'ancien psychiatre traitant comportant un certain nombre de contradictions telles que relevées par l'autorité dans sa réponse au recours. La praticienne ne s'explique pas d'avantage dans son certificat médical du 3 juillet 2017 attestant toujours et simplement d'une incapacité de travail totale sans diagnostic.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 Les autres pièces déposées dans le cadre du recours ne sont manifestement pas aptes non plus à remettre en cause l'appréciation faite ci-dessus. Dans son certificat médical du 24 avril 2017, le Dr F. _____, spécialiste FMH en orthopédie, signale une incapacité de travail de 50% entre le 24 avril et le 15 mai 2017 en raison de maladie, sans poser de diagnostic. Cette incapacité de travail est postérieure à la décision litigieuse et ce praticien n'atteste pas d'une atteinte durable. On note dans ce contexte que les quelques indications de la recourante relatives à des douleurs à l'épaule - sans précisions sur leur nature et leurs effets dans la vie quotidienne - n'étaient manifestement pas suffisantes pour obliger l'assurance à procéder à des investigations supplémentaires quant au côté somatique, cela d'autant plus que l'activité retenue pour la comparaison des revenus est de type léger. Enfin, le certificat médical du Dr G. _____, médecin généraliste FMH, du 22 février 2017 attestant d'une incapacité totale de travail en raison de maladie, sans pourtant poser un quelconque diagnostic précis non plus, émane d'un médecin généraliste et ne contient aucune motivation se référant aux constatations faites par l'expert. Le Tribunal tient toutefois à signaler que pour toute la période durant laquelle la recourante a bénéficié de la rente, celle-ci s'est montrée peu collaborante. Elle a par ailleurs été sommée de transmettre plusieurs certificats du suivi psychiatrique (pour les mois de mai, juin et juillet 2016, cf. lettre du 19 juillet 2016). Cette attestation fait d'ailleurs toujours défaut au dossier, si bien qu'on peut douter d'un tel suivi pour les mois en question. S'y ajoute l'absence d'une compliance rigoureuse, qui est documentée non seulement par l'expert mais également confirmée par l'ancien psychiatre (cf. son rapport du 9 mars 2015). La recourante ne saurait se contenter d'affirmer, dans son écriture, suivre le traitement pharmacologique et produire une liste manuscrite des médicaments qu'elle consomme, pour contredire ces constatations. Dans le contexte précité, ce comportement vient confirmer le point de vue de l'expert qui constate l'absence d'une maladie invalidante en soulignant le contraste entre la gravité des troubles allégués, une présentation clinique relativement modeste et vague, et des objectivations relativement rassurantes. cc) Force est dès lors de constater que depuis l'expertise du Dr B. _____, les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation continue à l'époque de benzodiazépines, sont actuellement en rémission complète et durable. Le trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques, diagnostiqué également en 2008, est également actuellement en rémission selon le Dr D. _____, dont l'analyse peut être confirmée. Il s'ensuit que l'état de santé de la recourante a manifestement subi des changements dans le sens d'une nette amélioration et permettait à l'OAI de réviser sa décision admettant que la recourante a retrouvé une capacité de gain dans une activité industrielle légère sans d'importants contacts sociaux. dd) Dans la décision du 19 janvier 2017, l'OAI s'est fondé sur un revenu de valide d CHF 31'890.- provenant de l'activité d'aiguiseuse et un revenu d'invalidé de CHF 54'008.15. Ces montants ne sont pas contestés. Ils n'apparaissent au demeurant pas devoir faire l'objet de critiques, puisque cela semble bien avoir été le choix personnel de la recourante de se contenter d'une activité de valide qui ne lui permettait l'acquisition d'un

revenu nettement en dessous de la moyenne. Il ne découle ainsi aucune perte de gain de la comparaison des revenus, et cela même si l'on devait procéder à un abattement sur le salaire statistique d'invalidé. C'est dès lors à juste

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 titre que la rente entière octroyée jusqu'alors a été supprimée au 1er jour du deuxième mois qui suit la décision, soit au 28 février 2017. Pour ces motifs, le recours contre la décision du 19 janvier 2017 doit être rejeté et la suppression de la rente entière au 28 février 2017 confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante; ils sont compensés avec l'avance de frais versée. III. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 11 septembre 2017/jfr/rfr Le Président Le Greffier-stagiaire

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