

# FR\_GERICHTE 608 2017 59 vom 14. November 2017

FR Kantonsgericht, 2017-11-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2017\\_59](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_59)

FR: FR\_GERICHTE 608 2017 59 du 14 novembre 2017

IT: FR\_GERICHTE 608 2017 59 del 14 novembre 2017

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 24

août 2011). Après avoir été licenciée par son employeur, l'assurée a ouvert un délai-cadre d'indemnisation auprès de l'assurance-chômage dès le 2 avril 2012. En sa qualité d'assurance perte de gain, G.\_\_\_\_\_ SA a engagé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'office AI) une procédure de détection précoce en faveur de l'assurée le 7 octobre 2011. A.\_\_\_\_\_ a ensuite déposé, le 23 janvier 2012, une demande de prestations. Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'office AI a recueilli l'avis de la Dresse H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant (des 18 février, 21 mai, 21, 22 juillet et 30 octobre 2012), qui a fait état d'un status après manie avec symptômes psychotiques (probable trouble affectif bipolaire avec deux épisodes dépressifs; peut-être épisode mixte) en rémission spontanée après arrêt de travail. Il a également demandé l'avis des Dresse I.\_\_\_\_\_, médecin-chef de clinique, et Dresse J.\_\_\_\_\_, médecin assistante auprès du Service de psychiatrie (du 23 septembre 2011), et du médecin de son Service médical régional (SMR; du 23 novembre 2012), qui a recommandé la mise en œuvre de mesures de réadaptation. Dans le cadre d'un placement de l'assurance-chômage, l'assurée a travaillé tout d'abord auprès de K.\_\_\_\_\_ à mi-temps (du 18 juin au 17 septembre 2012), puis comme aide de laboratoire dans une boucherie à 20 % (dès le 1er août 2013). Elle a également bénéficié d'un entraînement à l'endurance de l'assurance-invalidité (dès le 2 septembre 2013; rapport du 5 février 2014). Cette mesure a été interrompue le 22 septembre 2013 en raison d'un nouveau placement à des fins d'assistance auprès du Service de psychiatrie (du 22 septembre au 18 novembre 2013; avis du 19 février 2014 des Dr L.\_\_\_\_\_, médecin-chef de clinique adjoint, et Dresse M.\_\_\_\_\_, médecin assistante auprès du Service de psychiatrie). Le 20 janvier 2014, la Dresse H.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'office AI qu'il était actuellement inenvisageable de reprendre la mesure de réadaptation et recommandé la prise en compte d'une incapacité de travail de 100 %, et non plus seulement de 50 %. Le médecin du SMR a, par avis du 28 mars 2014, confirmé l'incapacité de travail attestée par le médecin traitant dès le 22 septembre 2013 et recommandé de réévaluer la situation après une année de traitement contrôlé. Le 28 mai 2014, l'office AI a tout d'abord demandé à l'assurée de mettre en place et de continuer le traitement le plus adéquat à sa situation, de lui faire parvenir mensuellement la preuve d'un suivi psychiatrique et de se soumettre trimestriellement à un prélèvement sanguin et à un contrôle urinaire attestant de sa bonne compliance médicamenteuse. Ensuite, il a, par décision du

### E. 26

septembre 2014, octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1er juillet 2012 au 31 août 2013, puis une rente entière dès le 1er septembre 2013. A la demande de la Dresse H.\_\_\_\_\_, l'office AI a renoncé à une surveillance du dosage médicamenteux trimestrielle (communication du 6 octobre 2014).

Tribunal cantonal TC Page 3 de 7 B. Initiant une procédure de révision le 18 juin 2015, l'office AI a recueilli l'avis du médecin traitant (du 18 juillet 2015), qui a fait état d'une amélioration de l'état de santé de l'assurée et d'une stabilisation de celui-ci sur un mode déficitaire (incapacité de travail totale); l'assurée était un peu plus active à son domicile, accomplissait plus ou moins ses tâches domestiques, veillait à son hygiène personnelle, soutenue en cela par une infirmière à domicile, mais avait peu d'initiatives, ne faisait pas seule ses achats, ne conduisait plus sa voiture et son isolement social persistait. Le 23 février 2016, le médecin du SMR a indiqué que l'avis du médecin traitant ne permettait plus de justifier une incapacité de travail totale dans toute activité et recommandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Dans un rapport médical intermédiaire du 9 mai 2016, la Dresse H.\_\_\_\_\_ a précisé que sa patiente présentait un trouble affectif bipolaire de type II (actuellement en rémission); l'isolement social était moindre (participation à un groupe de soutien mené par une religieuse et à des cours d'aquagym et d'aérobic). L'office AI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport du 27 janvier 2017, le psychiatre a diagnostiqué – sans effet sur la capacité de travail – un trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission; l'assurée était en mesure de travailler à 100 % dans toute activité dès le 9 mai 2016, date du dernier avis du médecin traitant. Il a de plus ajouté que les résultats de la prise de sang et d'urine du 9 janvier 2017 avaient indiqué que l'assurée n'était pas «compliant» à la prise médicamenteuse (rapport final d'analyse de laboratoire du 20 janvier 2017). Par décision du 24 février 2017, l'office AI a supprimé le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité avec effet au 1er avril 2017. L'administration a, en se fondant sur les conclusions de l'expertise du 27 janvier 2017, retenu que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré et qu'elle pouvait exercer une activité adaptée à plein temps qui lui rapporterait un revenu supérieur à celui réalisé précédemment. C. Contre cette décision, l'assurée a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 21 mars 2017. Elle fait valoir que son déficit de concentration et ses capacités de réaction dans des situations de stress sont encore trop importants pour qu'elle puisse envisager la reprise d'une activité professionnelle et demande la réalisation d'une nouvelle expertise psychiatrique. Son autonomie décisionnelle serait par ailleurs encore très limitée, restreignant les domaines dans lesquels elle pourrait progresser. Dans sa réponse du 2 juin 2017, l'office AI conclut au rejet du recours. Le 3 juin 2017, la Dresse H.\_\_\_\_\_ a déposé ses observations sur les conclusions de l'expertise du 27 janvier 2017 et indiqué qu'une suppression précipitée de la rente d'invalidité de sa patiente pourrait compromettre l'évolution favorable de l'état de santé de celle-ci. Elle a par ailleurs déposé le résultat d'une nouvelle analyse en laboratoire et l'interprétation pharmacocinétique de O.\_\_\_\_\_ du 4 mai 2017. Le 14 juin 2017, l'office AI a indiqué qu'il était disposé à octroyer à l'assurée une aide au placement. La caisse de pension P.\_\_\_\_\_ a renoncé à déposer des observations sur le recours. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état de leurs arguments, développés à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 7 en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Selon 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 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. b) En principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela reviendrait à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 310 consid. 3; arrêt TF 9C\_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). Il découle par conséquent de la notion d'invalidité que 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 (RFJ 2009 p. 320). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste alors à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1 et réf. cit.). 3. En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. a) Tout changement important des circonstances, propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut aussi 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 141 V 9 consid. 2.3 et réf. cit.). 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'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 7 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 134 V 131 consid. 3; 133 V 108). b) Si les conditions de l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut le cas échéant être modifiée si les exigences prévues à l'art. 53 al. 2 LPGA pour la reconsidération d'une décision administrative entrée en force sont réalisées. Selon cette disposition, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

4. Le litige porte sur le point de savoir si le taux d'invalidité de la recourante s'est modifié entre le 26 septembre 2014, date de la décision par laquelle une rente de l'assurance-invalidité lui a été accordée, et le 24 février 2017, date de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

a) Il y a tout d'abord lieu de constater que l'état de santé psychique de la recourante s'est amélioré. A l'époque de la décision du 26 septembre, la situation clinique de celle-ci correspondait à un épisode dépressif sévère et justifiait une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle depuis le 22 septembre 2013 (avis du SMR du 28 mars 2014). Selon le médecin traitant, la recourante présentait en effet une anxiété/angoisse énorme, de la tristesse, une anhédonie, une aboulie, une clinophilie et n'était plus apte à accomplir les gestes de la vie quotidienne, comme prendre soin d'elle-même, cuisiner, entretenir son logement, etc. (avis du 20 janvier 2014). Elle avait par ailleurs été placée à fins d'assistance dans un établissement psychiatrique à deux reprises, la dernière fois du 22 septembre au 18 novembre 2013. Lors des examens cliniques du 9 et 16 janvier 2017, qui ont fait suite à la révision du droit de l'assurée à des prestations d'invalidité, le Dr N.\_\_\_\_\_ a relevé que A.\_\_\_\_\_ n'avait montré aucun signe significatif de fatigue, de ralentissement psychomoteur, d'attaque de panique, d'anxiété généralisée, de phobie simple, d'idée suicidaire, d'hallucinations auditives/visuelles ou de symptômes compatibles avec un trouble obsessionnel compulsif. L'assurée avait de plus déclaré prendre à nouveau soin de son ménage, effectuer les tâches administratives courantes et pratiquer régulièrement de nombreuses activités (pétanque, aérobic, marche, vélo d'appartement, lecture, manucure, etc.), souvent en groupe, et que ces activités lui procuraient du plaisir. Elle ne présentait par ailleurs plus de retrait social (contacts réguliers avec sa tante et ses beaux-parents, voyait quotidiennement ses amis, activité sportive en groupe, etc.). Le Dr N.\_\_\_\_\_ a dès lors conclu, de manière convaincante, que la recourante avait gagné en autonomie ces derniers temps et que le trouble affectif bipolaire était en rémission. Dans son avis du 3 juin 2017, le médecin traitant a d'ailleurs confirmé que sa patiente allait «beaucoup mieux» et que son état de santé s'était «grandement amélioré».

b) La Cour considère que les éléments médicaux sur lesquels s'est fondée l'administration sont cependant insuffisants pour statuer sur le point de savoir si l'amélioration de l'état de santé de la recourante, constatée sur un plan médico-théorique, se maintiendrait durant une assez longue période en cas de reprise d'une activité lucrative à un taux d'occupation de 100 %. En premier lieu, le Dr N.\_\_\_\_\_ a admis que la recourante présentait une fragilité psychique de nature évolutive, mais ne s'est pas prononcé sur le caractère durable de l'amélioration de l'état de santé constatée en cas de reprise d'une activité professionnelle. Il n'a en particulier pas discuté de manière convaincante l'intolérance de A.\_\_\_\_\_ aux situations de stress, soit le facteur principal

Tribunal cantonal TC Page 6 de 7 qui a entraîné les décompensations et un placement à des fins d'assistance à deux reprises de celle-ci dans un établissement psychiatrique spécialisé ces dernières années. Il semble s'être au contraire limité à admettre que la recourante allait vraisemblablement présenter de nouvelles complications psychotiques en raison du caractère chronique de son atteinte à la santé, sans préciser si la reprise d'une activité

lucrative était un facteur déclencheur, aggravant ou neutre, et à recommander en cas de décompensation la prescription d'injections de stabilisateur d'humeur. En l'absence d'explications circonstanciées, il n'est dès lors pas possible de comprendre les motifs pour lesquels la reprise par la recourante de son activité habituelle d'ouvrière de conditionnement à 100 % n'entraînerait pas à nouveau les mêmes conséquences que précédemment, soit une incapacité totale de travailler. Cet élément n'a d'ailleurs pas échappé à l'office AI, puisque celui-ci s'est écarté des conclusions de l'expertise pour retenir la reprise non pas de l'activité habituelle, mais d'une activité adaptée, par exemple d'ouvrière dans la production. L'intimé n'explique cependant nullement, comme il en était tenu, les limitations fonctionnelles prises en compte pour définir le profil des activités adaptées. Plus généralement, il convient de constater que les conclusions auxquelles aboutit le Dr N. \_\_\_\_\_, en tant qu'elles sont exposées de façon péremptoire (rapport d'expertise, p. 14 in fine), ne permettent ensuite pas à la Cour de céans de vérifier les indications fournies, en particulier le point de savoir si l'appréciation de l'exigibilité repose sur des éléments objectifs. Au terme d'une discussion particulièrement ténue au regard de la complexité de la situation, l'expert a en effet affirmé que parce que le trouble affectif bipolaire était actuellement en rémission, la recourante était «apte à travailler à 100 % dans toute activité sur le marché libre (...)». Il a dès lors tiré d'un même diagnostic une conclusion diamétralement opposée de celle du médecin traitant sans exposer, même de manière succincte, les raisons pour lesquels son avis serait objectivement mieux fondé. Dans ces conditions, la simple référence à la «rémission» du trouble affectif bipolaire n'est pas suffisante pour permettre à la Cour de statuer. On ne saurait finalement suivre l'expert lorsque celui-ci affirme que la recourante présentait une complète capacité de travail dans toute activité sur le marché libre dès le 9 mai 2016 parce que la Dresse H. \_\_\_\_\_ avait posé ce jour-là le diagnostic de trouble bipolaire en rémission. S'il est exact que la Dresse H. \_\_\_\_\_ a mentionné le diagnostic de «trouble affectif bipolaire type II, actuellement en rémission» dans son avis du 9 mai 2016, celle-ci a indiqué que l'amélioration de l'état de santé de sa patiente remontait à l'année 2014. En ce sens, le médecin traitant a été constant depuis le début de la procédure et relevé à plusieurs reprises que l'assurée présentait des rémissions spontanées après arrêt du travail (p. ex. avis du 30 octobre 2012). Pour autant, elle a prescrit un arrêt de travail à 100 %, en raison de la fragilité de sa patiente à des situations de stress, et l'office AI a admis, lors de la procédure initiale d'octroi d'une rente d'invalidité, une incapacité de travail de 50 % lors de précédentes phases de rémission. c) Ensuite de ce qui précède, les conséquences de l'amélioration de l'état de santé de la recourante sur sa capacité de travail n'ont pas été établies de manière probante. L'administration avait par ailleurs conscience des défauts de l'expertise, puisqu'elle s'est écartée sur un point significatif (activité adaptée) des conclusions de celle-ci. Dans ces circonstances, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'autorité intimée pour qu'elle mette en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique (art. 43 al. 2 et 44 LPGa), cette solution apparaissant en l'espèce comme la plus opportune. 5. Le recours est admis et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 7 a) La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, seront mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. L'avance de frais sera quant à elle restituée à la recourante après l'entrée en force du présent arrêt. b) Il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens à la recourante, qui n'est pas représentée par un avocat, et qui n'en demande d'ailleurs pas. la Cour arrête: I. Le recours est admis. Partant, la décision du 24 février 2017 est annulée. La cause est renvoyée à l'autorité

intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. L'avance de frais du même montant, versée par la recourante, lui sera restituée après l'entrée en force du présent arrêt. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Notification. 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 14 novembre 2017/obl Président Greffière-stagiaire

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