

FR_GERICHTE 608 2017 192 vom 3. September 2018

FR Kantonsgericht, 2018-09-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_192

FR: FR_GERICHTE 608 2017 192 du 3 septembre 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 192 del 3 settembre 2018

Regeste

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

Volltext

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01 www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 608 2017 192 Arrêt du 3 septembre 2018 IIe Cour des assurances sociales Composition Président : Johannes Frölicher Juges : Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux Greffière-rapporteuse : Muriel Zingg Parties A. _____, recourante, représentée par Me Charles Guerry, avocat contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité, fibromyalgie, révision, dispositions finales de la 6ème révision de la LAI, mesures de nouvelle réadaptation Recours du 18 août 2017 contre la décision du 26 juin 2017 Tribunal cantonal TC Page 2 de 17 considérant en fait A. A. _____, née en 1958, mariée et mère de deux enfants majeurs, domiciliée à B. _____, a déposé en date du 15 avril 2002 une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'OAI) en raison d'une fibromyalgie. Par décision du 24 mars 2003, l'OAI lui a octroyé une demi-rente d'invalidité dès le 1er avril 2001 sur la base d'un taux d'invalidité de 50 %. Le droit à cette demi-rente d'invalidité a par la suite été confirmé par communications successives du 7 novembre 2005, du 25 juin 2007 et du 2 décembre 2010. B. Dans le cadre d'une quatrième procédure de révision d'office initiée le 15 février 2013, une expertise médicale pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie) a été mise en œuvre. Dans leur rapport du 27 juillet 2015, les experts de C. _____ retiennent les diagnostics de dysthymie, fibromyalgie, status après cure chirurgicale de hernie discale, troubles dégénératifs du rachis lombaire, vitiligo dès l'enfance et troubles digestifs fonctionnels, mais estiment qu'ils n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail. Ils concluent donc à une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de secrétaire. L'assurée contestant les conclusions de l'expertise et ayant été hospitalisée auprès de la Clinique de D. _____, une deuxième expertise psychiatrique a été mise en œuvre auprès du Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu son rapport en date du 15 février 2017. Par décision du 26 juin 2017, l'OAI a supprimé la demi-rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. Il a retenu que, sur la base de l'expertise du Dr E. _____, la capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité. Il a relevé que, compte tenu de l'âge de cette dernière, des mesures de réadaptation lui avaient été proposées par courrier recommandé du 21 février 2017, que des explications complémentaires lui avaient été données lors d'un entretien du 25 avril 2017 et que l'assurée avait refusé ces mesures en date du 9 mai 2017. C. Contre cette décision, A. _____, représentée par Me Charles Guerry, avocat, interjette un recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal en date du 18 août 2017,

concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision querellée ainsi que, principalement, au maintien de la demi-rente d'invalidité au-delà du 31 juillet 2017 et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'autorité intimée afin d'examiner le besoin de mesures d'accompagnement à la réintégration professionnelle. A l'appui de ses conclusions, elle conteste l'existence d'un motif de révision au sens de l'art. 17 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1). Elle estime que son état de santé est resté le même depuis la décision d'octroi de la demi-rente du 24 mars 2003 et que les conclusions des expertises médicales résultent uniquement d'une appréciation différente d'un état de santé demeuré globalement inchangé. Elle allègue également qu'elle n'a jamais refusé les mesures de réadaptation et que, même si tel était le cas, l'autorité intimée aurait dû procéder conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA en lui adressant une mise en demeure écrite, avec un délai de réflexion convenable, l'avertissant que si elle persistait à s'opposer à des mesures d'ordre professionnel, sa demi-rente serait supprimée. Tribunal cantonal TC Page 3 de 17 Le 30 août 2017, la recourante a versé une avance de frais de CHF 800.-. Dans ses observations du 25 octobre 2017, l'autorité intimée conclut au rejet du recours. Procédant à la comparaison entre l'état de santé au moment de la décision initiale du 24 mars 2003 et celui lors de la décision querellée, elle maintient que, sur la base de l'expertise du Dr E. _____, l'état de santé de la recourante s'est clairement amélioré et lui permet désormais d'exercer une activité à plein temps. S'agissant des mesures de réadaptation, elle relève qu'un courrier recommandé a été adressé à la recourante le 21 février 2017 avec un délai de réflexion au 6 mars 2017, qu'une prolongation de ce délai lui a été accordée jusqu'au 17 mars 2017, que, par courrier du 17 mars 2017, la recourante a donné son accord pour des mesures tout en sollicitant des renseignements complémentaires sur le type de mesures, que lors de l'entretien du 25 avril 2017, un conseiller en réadaptation lui a expliqué qu'un stage au CEPAI allait être mis sur pied sur trois mois avec reprise d'activité progressive (50 % - 75 % - 100 %) et que, lors d'un entretien téléphonique du 9 mai 2017, la recourante a indiqué qu'elle n'acceptait pas cette mesure. Dans ces circonstances, elle estime qu'il n'y a pas lieu d'examiner à nouveau le besoin d'accompagnement à la réintégration professionnelle. Le 3 novembre 2017, la Caisse de prévoyance du personnel F. _____, à qui la décision attaquée avait également été notifiée, a été appelée en cause en tant que fonds LPP intéressé. Par courrier du 13 novembre 2017, elle a indiqué qu'elle n'avait aucune remarque à formuler. Par courrier du 2 juillet 2018, les parties ont été informées que la Cour de céans envisageait la possibilité d'examiner la décision querellée sous l'angle du motif substitué du réexamen de la rente basé sur la let. a, al. 1, des Dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI (6ème révision, premier volet) et, dans le respect de leur droit d'être entendues, ont été invitées à se déterminer à cet égard. Le 12 juillet 2018, l'autorité intimée a indiqué qu'elle n'avait pas de remarques particulières à formuler et qu'elle s'en remettait à justice. Dans sa détermination du 17 août 2018, la recourante estime que l'on ne peut pas procéder à un réexamen de sa rente selon les Dispositions finales de la 6ème révision de la LAI, car sa demi-rente avait été allouée avant tout en raison d'un état dépressif moyen ayant contribué d'une manière autonome à l'incapacité de travail, la fibromyalgie n'ayant fait que renforcer les effets délétères du trouble dépressif. Elle ajoute que si la Cour devait néanmoins estimer que les conditions de la let. a, al. 1, des Dispositions finales sont remplies, elle devra tout de même annuler la décision et renvoyer la cause à l'autorité intimée, afin que celle-ci reprenne le versement de la rente dès le 1er août 2017 et mette en œuvre des mesures de nouvelle réadaptation, durant lesquelles elle continuera à toucher sa demi-rente pendant deux ans.

Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 17 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 et dûment représentée, le recours est recevable. 2. 2.1 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, 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. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA).

2.2 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 citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.).

2.2.1 La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis 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).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 17 2.2.2 Dans cet arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en revanche abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits

structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes.

2.2.3 Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent à eux seuls 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). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1).

2.3 D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont 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). 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 (cf. art. 28 LAI). Tribunal cantonal TC Page 6 de 17

2.4 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-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). 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). Enfin, 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). Par définition, les expertises psychiatriques en matière de troubles somatoformes douloureux et autres troubles psychosomatiques comparables réalisées avant l'ATF 141 V 281 ont été rendues à la lumière de la présomption – abandonnée désormais – posée à l'ATF 130 V 352, selon laquelle ces troubles ou leurs effets peuvent être surmontés par un effet de volonté raisonnablement exigible et par des critères établis en la matière pour apprécier le caractère invalidant de ces syndromes. Toutefois, ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises psychiatriques rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Ainsi que le Tribunal fédéral l'a précisé, il convient plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a ainsi lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 17 3. 3.1 Selon 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. 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 130 V 343 consid. 3.5). 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; 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient 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 citée; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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 p. 114 cité par la juridiction cantonale). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité (RAI; RS 831.201), 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). 3.2 La lettre a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (6ème révision de l'AI, premier volet) prévoit que les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA [incapacité de gain] ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies (al. 1). En cas de réduction ou de suppression de sa rente, l'assuré a droit aux mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a. Cela ne lui donne pas droit à la prestation transitoire prévue à l'art. 32, al. 1, let. c (al. 2). Durant la mise en œuvre de mesures de réadaptation au sens de l'art. 8a, l'assurance continue de verser la rente à l'assuré, mais au plus pendant deux ans à compter du moment de la suppression ou de la réduction de la rente (al. 3). L'al. 1 ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen (al. 4). La modification du droit à une rente AI en vertu des al. 1 à 4 n'entraîne aucune modification du droit à une rente selon la LAA (rente complémentaire) et ne donne lieu à aucune autre prétention en compensation de la part des assurés (al. 5). L'ATF 139 V 547 a précisé les conditions auxquelles un réexamen du droit de la rente sur la base de la let. a al. 1 des dispositions finales pouvait avoir lieu. Ainsi, il n'est pas nécessaire qu'une modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA soit intervenue. En outre, la rente d'invalidité versée jusqu'ici doit avoir été accordée uniquement en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, au nombre desquels on Tribunal cantonal TC Page 8 de 17 compte la fibromyalgie (ATF 132 V 65). Au moment de la révision, seul ce diagnostic doit subsister. Enfin, il convient également d'examiner si l'état de santé s'est dégradé depuis l'octroi de la rente et si, à côté de l'atteinte non objectivable, un diagnostic ne peut pas désormais clairement être posé sur la base d'un examen clinique psychiatrique (ATF 139 V 547 consid. 10.1.2). Le Tribunal fédéral a par la suite encore précisé que lorsqu'une rente en cours a été allouée aussi bien en raison de plaintes peu claires que de plaintes explicables, rien ne s'oppose à ce que l'on applique la let. a al. 1 des dispositions finales de la 6ème révision de l'AI en ce qui concerne les plaintes peu claires (ATF 140 V 197). 4. Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que l'autorité intimée a supprimé la rente d'invalidité de la recourante. Pour répondre à cette question, il faut, selon la jurisprudence susmentionnée en matière de révision, déterminer si son taux d'invalidité s'est modifié en comparant son état de santé et ses répercussions sur sa capacité de travail au moment de la décision du 24 mars 2003, dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec celui qui était le sien à la date à laquelle la décision querellée a été rendue, soit le 26 juin 2017. 4.1 Au moment de la décision initiale, l'autorité intimée s'était basée essentiellement sur le rapport du 24 juin 2002 (dossier OAI, p. 49) du Dr G. _____, spécialiste en

rhumatologie ainsi qu'en médecine physique et réadaptation, et sur le rapport d'expertise psychiatrique du 23 octobre 2002 (dossier OAI, p. 63) du Dr H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans le premier rapport, le rhumatologue indiquait que l'assurée souffrait d'une fibromyalgie floride depuis de nombreuses années avec un diagnostic confirmé en février 2000 et estimait qu'elle présentait une incapacité de travail de 50 %. Dans le deuxième rapport, l'expert-psychiatre retenait les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F32.10) et de fibromyalgie. Ses conclusions concernant l'influence des troubles sur la capacité de travail étaient les suivantes: "Le trouble dépressif associé au trouble fibromyalgique peut exercer un effet synergique sur la capacité de travail de l'expertisée. L'épuisement affectif propre à l'état dépressif peut renforcer la perception subjective des douleurs, lesquelles peuvent à leur tour aggraver un épuisement psychoaffectif. Ce cercle vicieux peut limiter la capacité de travail en diminuant les performances professionnelles, la capacité d'attention et en particulier l'endurance en termes d'horaire sur le lieu de travail. Une capacité résiduelle de travail maximale de 50 % peut être retenue sur le plan psychiatrique. L'activité de secrétariat exercée jusqu'ici paraît appropriée et bénéfique pour l'expertisée. Sa durée de travail ne devrait pas dépasser les quatre heures par jour, correspondant à un 50 %. Une diminution du rendement dans le cadre horaire d'une activité à 50 % ne semble pas être donnée de manière durable, quoique des accès anxieux, dépressifs ou fibromyalgiques puissent limiter transitoirement la capacité de rendement de l'expertisée et nécessiter des arrêts de travail de durée variable".

4.2 Dans le cadre de la procédure de révision d'office initiée le 15 février 2013, le Dr H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a adressé à l'OAI un rapport spontané en date du 10 avril 2015 (dossier OAI, p. 306), dans lequel il pose le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Il explique que l'assurée a débuté une psychothérapie le 2 février 2015 et précise que son état psychique avec des troubles de la mémoire, des problèmes de concentration et une perte de l'estime de soi s'ajoute à des douleurs en lien avec sa Tribunal cantonal TC Page 9 de 17 fibromyalgie. Il relève que ces problèmes font qu'elle est vite fatiguée et qu'elle perd la vue d'ensemble quand elle se trouve stressée ou sous pression, ce qui a naturellement aussi une influence sur sa capacité de travail, qui est diminuée. Dans leur rapport d'expertise pluridisciplinaire du 27 juillet 2015 (dossier OAI, p. 317), le Dr I. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et le Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, auprès de C. _____ retiennent les diagnostics de dysthymie, fibromyalgie, status après cure chirurgicale de hernie discale, troubles dégénératifs du rachis lombaire, vitiligo dès l'enfance et troubles digestifs fonctionnels, mais estiment qu'ils n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail. Ils précisent que la situation médicale actuelle correspond à celle décrite en 2000, mais que l'appréciation de l'incapacité de travail qui en découle ainsi que les critères pour attribuer la demi-rente que l'expertisée perçoit depuis 2001 ont changé au cours des années. Dans son rapport du 30 juillet 2015 (dossier OAI, p. 347), le Dr K. _____, spécialiste en anesthésiologie auprès du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), considère que le rapport d'expertise remplit tous les critères pour lui conférer une pleine valeur probante. Il précise en outre que "même si tous les critères de Foerster ne sont pas explicitement analysés par l'expert-psychiatre, les éléments permettant d'évaluer ces critères se trouvent dans le rapport d'expertise. Ainsi, l'absence de comorbidité psychiatrique est formellement attestée, de même que la bonne intégration sociale (p.19); l'absence d'affection corporelle chronique ou processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable est claire; un état psychique cristallisé ne peut être retenu;

enfin, l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art ne peut pas être retenu, l'assurée étant non conforme aux traitements prescrits, comme le démontrent les dosages plasmatiques effectués dans le cadre de l'expertise". Dans un rapport du 15 décembre 2015 (dossier OAI, p. 354), ce médecin précise que l'état de santé de l'assurée s'est objectivement amélioré sur le plan psychique et qu'il n'y a plus de motif à une incapacité de travail, conformément aux conclusions de l'expertise. Il explique son appréciation en soulignant que "selon le rapport d'expertise de 2015, sur le plan psychiatrique, seule une dysthymie, sans répercussion sur la capacité de travail, peut être actuellement retenue. Par rapport à l'épisode dépressif moyen constaté en 2002, il s'agit clairement d'une amélioration objective de l'état de santé psychique". Dans un rapport du 15 février 2016 (dossier OAI, p. 479), le Dr H. _____ maintient le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et considère que celui-ci implique une limitation entière de la capacité d'adaptation. Il estime que l'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible mais qu'une activité adaptée peut encore l'être. Dans son rapport du 23 février 2016 (dossier OAI, p. 484), le Dr K. _____ relève que le diagnostic attesté par le médecin traitant depuis avril 2015 n'a pas été retenu par les experts en juillet 2015 et estime que l'incapacité de travail attestée n'est pas médicalement cohérente. Il confirme que les conclusions de l'expertise restent entièrement valides. La recourante a été par la suite hospitalisée à la Clinique de D. _____ du 10 mars au 19 mai 2016. Dans la lettre de sortie de cet établissement (dossier OAI, p. 522), le Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), d'état de stress post-traumatique Tribunal cantonal TC Page 10 de 17 (F43.1) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il relève que l'évolution du tableau clinique a été lentement favorable et suffisant pour envisager une sortie définitive et poursuivre le suivi en ambulatoire. Toutefois, dans la mesure où son état clinique reste encore fragile, il a poursuivi son arrêt de travail à 100%. Il pense qu'une reprise professionnelle n'est pas actuellement envisageable pendant les prochains 4 à 6 mois et qu'ensuite, selon l'évolution, une reprise progressive pourrait être essayée sans pour autant dépasser le 50%. Dans son rapport du 3 juin 2016 (dossier OAI, p. 527), le Dr K. _____ estime alors que l'état de santé psychique actuel et l'exigibilité médicale actuelle doivent être établis par une nouvelle expertise psychiatrique. Dans un courrier à caractère médical du 23 novembre 2016 (dossier OAI, p. 674), le Dr M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et collaborateur auprès du cabinet du Dr H. _____, explique que l'assurée présente une symptomatologie complexe et fragilisante: une anxiété majeure, un trouble de l'humeur, un syndrome douloureux chronique et aussi un état post-traumatique. Il relève que, depuis 2002, une aggravation des problèmes psychiques est constatée et que celle-ci a été déclenchée par le vécu de mobbing et le licenciement en 2014 et plus tard aussi par le sentiment de non reconnaissance de ses problèmes psychiques. Il relate également qu'elle a été hospitalisée auprès de la Clinique de D. _____ entre mars et mai 2016 et qu'elle s'y trouve à nouveau depuis le début du mois de novembre. Il estime qu'actuellement, elle ne peut pas exercer un travail en raison de sa problématique psychique. Suite à un deuxième séjour à la Clinique de D. _____ du 1er novembre au 22 décembre 2016, le Dr L. _____ confirme, dans la lettre de sortie du 23 décembre 2016 (dossier OAI, p. 672), les diagnostics posés précédemment. Il fait les constatations suivantes: "Progressivement, nous avons pu observer, grâce à la prise en charge, ainsi qu'à la modification du traitement pharmacologique, une évolution favorable de la symptomatologie présentée par [la patiente]. Le discours est devenu moins pessimiste

et les angoisses se sont atténuées. Néanmoins, nous avons assisté à une discrète recrudescence de la symptomatologie quelques jours avant sa sortie et l'inquiétude reste encore importante quant à l'attente d'une décision de l'AI par rapport à l'octroi d'une rente à 100 % ou pas". Dans son rapport d'expertise du 15 février 2017 (dossier OAI, p. 564), le Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, en rémission avec persistance de symptômes résiduels (F33.4), dans le contexte d'une dysthymie (F34.1), correspondant à une double dépression existant depuis 2002 ainsi qu'une accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile et histrionique (Z73.1), existant depuis probablement l'âge de jeune adulte. Ses conclusions sont les suivantes: "Les particularités de fonctionnement de [l'expertisée] correspondent à l'accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile et histrionique qui maintient sa double dépression. Dans ce contexte, elle souffre d'un cortège de symptômes fluctuants, comme des plaintes physiques non expliquées entièrement par un processus physiologique qui constituent une manifestation somatoforme de son trouble affectif ne justifiant pas de diagnostic psychiatrique autonome. N'ayant pas de valeur de maladie, l'accentuation de certains traits de personnalité de [l'expertisée] favorise pourtant l'adoption d'un rôle d'invalidé face à une accumulation de problèmes sortant du champ médical, comme la perte de son dernier travail. Cette situation est hypothéquée par des difficultés sur le marché du travail à cause de l'âge et l'absence d'une formation permettant à [l'expertisée] d'accéder à un travail à la hauteur de ses attentes. Maintenu par ces bénéfices secondaires, comme l'évitement de la confrontation avec ses problèmes sociaux et la perspective d'une compensation financière pour Tribunal cantonal TC Page 11 de 17 son vécu subjectif pénible, ce rôle d'invalidé explique les plaintes dramatiques mais incohérentes de [l'expertisée]. En faisant abstraction de ces plaintes incohérentes, les éléments objectivables montrent une dysthymie aggravée par périodes sous forme de trois épisodes dépressifs moyens au maximum en 2002 et pendant les hospitalisations à la Clinique D. _____ au printemps ainsi qu'en automne 2016. En dehors de ces périodes, justifiant une incapacité de travail complète pendant deux mois, les symptômes affectifs légers de [l'expertisée] dus à sa double dépression restent insuffisants pour justifier une incapacité de travail durable. En l'absence d'une maladie psychiatrique incapacitante, l'effort à surmonter ces symptômes affectifs afin de reprendre une activité professionnelle à plein temps, par exemple comme employée de bureau, reste raisonnablement exigible à plein temps au plan psychique". Il estime donc que la recourante présente une capacité de travail de 100 % dans toute activité, à l'exception des trois épisodes dépressifs justifiant à chaque fois une incapacité de travail complète durant deux mois. Dans un rapport du 10 avril 2017 (dossier OAI, p. 614), le Dr M. _____ se prononce sur le rapport d'expertise du Dr E. _____. Il estime que le fait de retenir que les épisodes dépressifs présentés par la recourante ne dépassent pas une sévérité moyenne est une appréciation personnelle de l'expert, puisqu'aux mêmes moments, il considèrerait qu'elle présentait un état dépressif sévère. Il relève également qu'à sa sortie de la Clinique, la patiente a été encouragée à augmenter la fréquence des moments de plaisir et de satisfaction, ce qui aurait pu être faussement compris comme une absence de symptômes dépressifs. Cela étant, peu après, une rechute dépressive a été constatée. Enfin, il estime qu'il est nécessaire que la recourante ne soit pas forcée à reprendre une activité directement à plein temps et recommande une reprise progressive avec un taux initial à 30 %, afin de pouvoir mettre des chances réelles dans la reprise d'une activité professionnelle et évaluer sa capacité de travail effective pendant les mesures dans un centre d'évaluation professionnelle de l'assurance-invalidité (CEPAI). 4.3 Amenée à statuer sur la question

litigieuse, la Cour de céans estime qu'elle peut confirmer la décision de suppression de rente, mais pour un autre motif que celui avancé par l'autorité intimée. 4.3.1 Elle constate tout d'abord que, contrairement à l'avis de l'autorité intimée, l'état de santé de la recourante ne s'est pas modifié depuis la décision du 24 mars 2003. En effet, il ressort clairement des deux rapports d'expertise que la situation est restée la même depuis 2002. Dans leur rapport du 27 juillet 2015, les experts de C. _____ le disent expressément en expliquant que la situation médicale actuelle correspond à celle décrite en 2000, mais que l'appréciation de l'incapacité de travail qui en découle ainsi que les critères pour attribuer la demi-rente ont changé au cours des années. Pour sa part, le Dr E. _____ retient que les éléments objectivables de l'anamnèse et des examens montrent une dysthymie aggravée par périodes sous forme de trois épisodes dépressifs moyens au maximum en 2002 et 2016, lesquels n'ont toutefois entraîné que de courtes périodes d'incapacité de travail totale. Il décrit donc un état de santé fluctuant mais qui est resté en soi le même. Il explique également de façon convaincante que le diagnostic d'état de stress post-traumatique retenu par les médecins de la Clinique D. _____ – alors qu'une telle pathologie n'a été observée ni par le Dr N. _____, que ce soit dans son expertise de 2002 ou durant le suivi thérapeutique depuis février 2015, ni par les experts de C. _____ en avril 2015 – n'est pas justifié, puisque, "selon les critères diagnostiques d'une classification reconnue, la seule description de cauchemars sans reviviscence d'un événement traumatisant ainsi que d'angoisses non spécifiques ne suffit pas pour étayer ce diagnostic". Il relève en outre que la dysthymie, caractérisée par une dépression chronique qui reste insuffisante, la plupart du temps, pour retenir Tribunal cantonal TC Page 12 de 17 un trouble dépressif récurrent léger ou moyen, entraîne des symptômes affectifs dont le degré de gravité correspond au trouble anxieux et mixte retenu par le Dr N. _____. Enfin, il souligne que les résultats positifs aux examens neuropsychologiques réalisés en 2016, notamment sur le plan attentionnel, avec des déficits se limitant à un ralentissement léger, un manque d'incitation verbale et des difficultés en mémoire antérograde verbale, semblent incompatibles avec un épisode dépressif sévère. Tant le rapport d'expertise de C. _____ que celui du Dr E. _____ ont été établis par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. Les experts ont en outre tenu compte des plaintes exprimées par l'assurée et leurs conclusions sont dûment motivées et convaincantes. On peut donc leur reconnaître une pleine valeur probante. Les deux rapports arrivent en outre à un résultat semblable. Comme diagnostics principaux, ils retiennent une fibromyalgie sur le plan somatique et une dysthymie aggravée par périodes sous forme de trois épisodes dépressifs moyens en 2002 et 2016 sur le plan psychiatrique, lesquels correspondent à ceux retenus lors de la première décision, soit fibromyalgie et épisode dépressif moyen au moment de l'expertise du 23 octobre 2002. Le Dr E. _____ s'est en outre prononcé de façon convaincante sur les autres diagnostics évoqués par les médecins traitants et a indiqué les raisons pour lesquels ceux-ci ne peuvent pas être retenus. Le médecin du SMR conclut quant à lui à une amélioration de l'état de santé en relevant qu'actuellement seule une dysthymie est attestée, alors qu'en 2002, l'expert-psychiatre retenait un épisode dépressif moyen lequel justifiait, à lui seul, une diminution de la capacité de travail. Une telle appréciation ne peut toutefois être suivie. En effet, dans son rapport d'expertise du 23 octobre 2002, le Dr N. _____ retenait non seulement le diagnostic d'épisode dépressif moyen, mais également celui de fibromyalgie et c'est bien le cumul de ces deux diagnostics qui engendrait une diminution de la capacité de travail: "Le trouble dépressif associé au trouble fibromyalgique peut exercer un effet synergique sur la

capacité de travail de l'expertisée. L'épuisement affectif propre à l'état dépressif peut renforcer la perception subjective des douleurs, lesquelles peuvent à leur tour aggraver un épuisement psychoaffectif. Ce cercle vicieux peut limiter la capacité de travail en diminuant les performances professionnelles, la capacité d'attention et en particulier l'endurance en termes d'horaire sur le lieu de travail. Une capacité résiduelle de travail maximale de 50 % peut être retenue sur le plan psychiatrique". Force est dès lors de constater que la situation médicale de l'époque est la même que celle retenue par les experts en 2015 et 2017. L'état de santé ne s'étant pas modifié depuis la décision d'octroi de la demi-rente, une suppression de celle-ci sur la base de l'art. 17 LPGA ne se justifie pas.

4.3.2 La situation de la recourante doit toutefois être analysée sous l'angle de la let. a, al. 1, des Dispositions finales de la 6ème révision de la LAI. La Cour de céans constate tout d'abord que la procédure de révision du droit à la rente a été initiée le 15 février 2013, soit après l'entrée en vigueur le 1er janvier 2012 des dispositions finales de la 6ème révision de la LAI et dans le délai de trois ans à compter de cette date (cf. ATF 140 V 15 consid. 5.3.4.2). En outre, il faut relever que la recourante ne peut pas bénéficier de l'al. 4 de la let. a des Dispositions finales. En effet, d'une part, étant née en 1958, elle n'avait pas atteint l'âge de 55 ans le 1er janvier 2012 et, d'autre part, percevant une demi-rente d'invalidité depuis le 1er avril 2001, Tribunal cantonal TC Page 13 de 17 elle ne touchait pas cette prestation depuis plus de 15 ans lorsque la procédure de réexamen a été ouverte le 15 février 2013. Pour déterminer si le droit à la rente pouvait être supprimé en application des Dispositions finales de la 6ème révision de la LAI, il reste dès lors à examiner si la rente initiale a bien été accordée en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique et, cas échéant, si seul ce diagnostic subsistait lors de la révision, si l'état de santé s'était dégradé à ce moment et si le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux devait alors être reconnu.

4.3.2.1 Comme relevé précédemment, c'est bien en raison d'une fibromyalgie associée à un épisode dépressif, décrit comme moyen à l'époque, que la demi-rente a été accordée (cf. rapport du Dr G. _____ du 24 juin 2002 et rapport d'expertise du Dr H. _____ du 23 octobre 2002). En outre, l'expert-psychiatre soulignait que l'incapacité de travail de 50 % retenue tenait compte de l'interrelation entre les symptômes anxieux et dépressifs et la perception subjective de la douleur de type fibromyalgique. Ainsi, contrairement aux arguments avancés par la recourante dans sa détermination du 17 août 2018, la demi-rente a été accordée en raison de l'effet synergique de ses deux diagnostics sur la capacité de travail et non avant tout en raison du trouble dépressif moyen qui aurait contribué de manière indépendante à l'incapacité de travail.

4.3.2.2 Au moment de la suppression de la rente, le même diagnostic subsiste. En effet, les experts de C. _____ concluent à une fibromyalgie et une dysthymie. Pour sa part, le Dr E. _____ explique clairement qu'il retient une dysthymie aggravée par périodes sous forme d'épisodes dépressifs moyens. Cet expert fait une distinction entre la fibromyalgie, diagnostic somatique retenu par l'expert-rhumatologue, et le trouble somatoforme douloureux, diagnostic psychiatrique qu'il estime de pas devoir retenir. Cependant, dans le cadre de la jurisprudence, ces deux diagnostics sont traités de façon identique en tant que syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, de sorte que cette distinction n'a pas d'incidence sur le plan juridique. Ce qui importe c'est que la rente ait été allouée sur la base d'un tel syndrome et que celui-ci subsiste au moment du réexamen de la rente, ce qui est clairement le cas en l'espèce.

4.3.2.3 Enfin, le caractère invalidant de la fibromyalgie a été nié par les experts tant sur la base des anciens critères de Foerster que selon les nouveaux indicateurs mis en place dans le cadre de la nouvelle

jurisprudence du Tribunal fédéral. En effet, dans son rapport du 30 juillet 2015, le médecin du SMR estime que les éléments figurant dans le rapport d'expertise de C. _____ permettent d'évaluer les critères de Foerster. Il relève en particulier que l'absence de comorbidité psychiatrique est formellement attestée, de même que la bonne intégration sociale, et que l'absence d'affection corporelle chronique ou processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable est claire. Il ajoute qu'un état psychique cristallisé ne peut être retenu, tout comme l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, puisque l'assurée est non compliant aux traitements prescrits, comme le démontrent les dosages plasmatiques effectués dans le cadre de l'expertise. En outre, les éléments contenus en particulier dans le rapport d'expertise du Dr E. _____ permettent une appréciation de l'état de santé de la recourante à la lumière des exigences relatives au diagnostic et aux indicateurs déterminants issues de la nouvelle jurisprudence Tribunal cantonal TC Page 14 de 17 applicable aux syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Ainsi, en ce qui concerne l'indicateur "atteinte à la santé", l'expert relève que "le caractère ubiquitaire et dramatique de ses plaintes physiques ne peut pas être expliqué entièrement par un processus physiologique, comme constaté par les spécialistes du domaine somatique, par exemple à C. _____ en avril 2015. En revanche, le caractère dramatique de ces plaintes contraste avec l'absence de comportement algique manifeste à l'examen. De surcroît, le taux sanguin très faible du seul antidouleur pris de manière régulière, selon l'expertisée, laisse planer des doutes quant aux propos de [cette dernière] concernant des douleurs nécessitant la prise de sa réserve de Dafalgan à une dose importante le jour de l'examen. En 2015, les spécialistes de C. _____ observent également la capacité de [l'assurée] de rester assise durant un entretien de plus d'une heure, sans se plaindre, ni [montrer] de signe évident d'inconfort, qui paraît surprenant par rapport à sa description de douleurs. Comme en 2015, le taux sanguin actuel d'Amitriptyline reste au-dessous de la limite de détection et indique une adhérence largement insuffisante à ce traitement prescrit dans un but antalgique". On ne peut dès lors retenir ni le caractère prononcé des éléments et symptômes pertinents pour le diagnostic ni l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assurée. S'agissant de l'indicateur "personnalité", l'expert mentionne que "les particularités de fonctionnement de [l'expertisée] correspondent à l'accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile et histrionique qui maintient sa double dépression. Dans ce contexte, elle souffre d'un cortège de symptômes fluctuants, comme des plaintes physiques non expliquées entièrement par un processus physiologique qui constituent une manifestation somatoforme de son trouble affectif ne justifiant pas de diagnostic psychiatrique autonome. N'ayant pas de valeur de maladie, l'accentuation de certains traits de personnalité de [l'assurée] favorise pourtant l'adoption d'un rôle d'invalidé face à une accumulation de problèmes sortant du champ médical, comme la perte de son dernier travail. Cette situation est hypothéquée par des difficultés sur le marché du travail à cause de l'âge et l'absence d'une formation permettant à [l'assurée] d'accéder à un travail à la hauteur de ses attentes. Maintenu par ces bénéfices secondaires, comme l'évitement de la confrontation avec ses problèmes sociaux et la perspective d'une compensation financière pour son vécu subjectif pénible, ce rôle d'invalidé explique les plaintes dramatiques mais incohérentes [de l'assurée]". L'accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile et histrionique n'ayant pas valeur de maladie, on ne peut pas retenir une comorbidité psychiatrique. En outre, les experts de C. _____ constataient également que "la composante anxieuse fait partie de la personnalité de l'expertisée et n'a eu globalement

qu'un rôle perturbateur mineur dans son existence puisqu'elle a réussi à fonctionner correctement pendant des années sur tous les plans". Pour l'indicateur "contexte social", le Dr E. _____ souligne que l'assurée "garde le lien avec ses proches, entre autres pour loger une amie d'enfance chez elle, peu après sa sortie de la Clinique D. _____ qu'elle quitte pour passer les fêtes de fin d'année dans sa famille, contrairement à l'absence d'envie de contact qu'elle décrit. Donnant une description positive de sa personnalité, elle relativise ses propos concernant un sentiment de culpabilité mis en avant au début, en se décrivant surtout comme victime de l'incompréhension des autres, dont elle se montre déçue. Gardant des projets positifs, comme l'envie d'entreprendre des voyages ainsi que la visite d'une famille d'amis qu'elle prévoit d'accueillir en été 2017, elle n'exprime pas d'attitude généralement Tribunal cantonal TC Page 15 de 17 morose et pessimiste face à l'avenir. [...]

Authentique, lorsqu'elle exprime son attachement à ses proches, elle planifie l'avenir de manière constructive avec son mari, en cherchant des solutions à leur situation financière au moment du départ à la retraite de ce dernier, en mai 2017". On doit donc conclure que la recourante possède certaines ressources mobilisables au sens de la jurisprudence. Enfin, en ce qui concerne l'indicateur "cohérence", l'expert fait les constatations suivantes: "Limitant son traitement antalgique au Dafalgan, qui reste indétectable en 2015 et à l'examen actuel, ainsi que des massages, la mise à contribution d'options thérapeutiques par [l'assurée] contraste avec le caractère dramatique de ses plaintes physiques. Capable d'assurer la plupart des tâches ménagères pour un ménage de deux personnes, elle propose encore à son fils cadet de s'occuper de la lessive de ce dernier afin de contribuer au revenu du couple au moment du départ à la retraite de son mari, en mai 2017. L'exploration de ses activités quotidiennes met en évidence des capacités incompatibles avec une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie, comme observées à C. _____ en 2015 et pendant deux examens d'une durée de trois heures de l'expertise actuelle. Sur la base des éléments objectivables, [l'expertisée] présente un tableau clinique marqué par des plaintes incohérentes contrastant avec un poids des souffrances suffisamment sévère pour retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant". Ainsi, l'expert arrive à la conclusion suivante: "En l'absence d'une maladie psychiatrique incapacitante, l'effort à surmonter ces symptômes affectifs afin de reprendre une activité professionnelle à plein temps, par exemple comme employée de bureau, reste raisonnablement exigible à plein temps au plan psychique". Cette conclusion est convaincante et justifiée par l'appréciation des différents indicateurs présentés ci-dessus. 5.

5.1 Il résulte de l'ensemble des considérants qui précèdent que la suppression de la demi-rente d'invalidité doit être confirmée par substitution de motif en application de la let. a, al. 1, des Dispositions finales de la 6ème révision de la LAI. Partant, la décision querellée supprimant le droit à la demi-rente avec effet au 1er août 2017 conformément à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI doit être confirmée et le recours rejeté. 5.2 Il est en outre précisé que, puisque la rente devait être supprimée sur la base des Dispositions finales de la 6ème révision de la LAI, la recourante a droit aux mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI conformément aux al. 2 et 3 des Dispositions finales. Ayant motivé la suppression de la demi-rente de façon incorrecte sur la base de l'art. 17 al. 1 LPGA, l'autorité intimée n'a pas examiné le droit de la recourante aux mesures de nouvelle réadaptation. Or, cela n'empêche en rien la suppression de la demi-rente par substitution de motif, puisque ce droit n'est qu'une conséquence de la suppression de la rente basée sur les Dispositions finales et pas une condition de celle-ci (cf. arrêt TA BE 200 12 992 IV du 10 septembre 2014 consid. 5.9.1). Conformément à l'al. 3 de la let. a des Dispositions finales,

durant la mise en œuvre de mesures de réadaptation au sens de l'art. 8a, l'assurance continue de verser la rente à l'assuré, mais au plus pendant deux ans à compter du moment de la suppression ou de la réduction de la rente. Cela étant, selon la jurisprudence fédérale (cf. ATF 141 V 385 consid. 5) reprise au chiffre 1007.1 Tribunal cantonal TC Page 16 de 17 in fine de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011 (CDF), si une rente a été supprimée à tort sur la base de l'art. 17 al. 1 LPGA et non en vertu de la let. a, al. 1, des Dispositions finales, le délai de deux ans prévu à la let. a, al. 3, ne commence à courir qu'à compter du moment de la notification du jugement cantonal et, dans l'intervalle, la rente octroyée jusqu'alors doit continuer à être versée. En effet, en application du principe de la bonne foi, il convient de remettre la recourante dans la même situation que celle qu'elle aurait eue si l'autorité intimée avait fait une application correcte du droit et avait supprimé la demi-rente sur la base de la let. a des Dispositions finales en mettant directement en œuvre des mesures de réadaptation permettant la continuation du versement de la demi-rente, pendant les deux ans au maximum, de façon ininterrompue suite à la suppression formelle de celle-ci (ATF 141 V 385 consid. 5.5 et arrêt TA BE susmentionné consid. 5.9.3 et 5.9.4). Dans le cas d'espèce, le versement de la demi-rente doit dès lors être repris depuis le 1er août 2017 et la cause doit être renvoyée à l'autorité intimée pour la mise en œuvre des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI, étant précisé que le délai de deux ans prévu à l'al. 3 de la let. a des Dispositions finales débute au jour de la notification du présent arrêt. Enfin, il faut relever que le refus, avéré ou non, de la recourante pour les mesures de réadaptation qui lui avaient été proposées avant la suppression de la demi-rente ne permet pas d'en inférer également un refus des mesures de nouvelle réadaptation selon l'art. 8a LAI, dans la mesure où la situation se présente maintenant d'une manière différente, puisque la suppression de la rente est confirmée. 5.3 Au vu de l'issue du litige, les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont toutefois compensés par l'avance de frais versée. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. Tribunal cantonal TC Page 17 de 17 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg pour la mise en œuvre des al. 2 et 3 de la let. a des Dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (6ème révision de l'AI, premier volet) dans le sens des considérants. III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés par l'avance de frais effectuée. IV. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. V. 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 3 septembre 2018/meg Le Président : La Greffière-rapporteuse :

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