



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00  
tribunalcantonal@fr.ch  
www.fr.ch/tc

605 2019 12  
605 2019 13

## **Arrêt du 10 octobre 2019**

### **1<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

#### **Composition**

Président : Marc Boivin  
Juges : Yann Hofmann, Marc Sugnaux  
Greffier-rapporteur : Philippe Tena

#### **Parties**

**A.\_\_\_\_\_**, **recourante**, représentée par Me Karim Hichri, avocat pour Inclusion Handicap

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
FRIBOURG, autorité intimée**

#### **Objet**

Assurance-invalidité; révision

Recours (605 2019 12) du 11 janvier 2019 contre la décision du 27 novembre 2018; demande (605 2019 13) d'assistance judiciaire du même jour

## considérant en fait

A. A.\_\_\_\_\_, née en 1963, anciennement domiciliée dans le canton de B.\_\_\_\_\_, divorcée et mère de trois enfants dont un mineur, titulaire d'un CFC d'employée de bureau, travaillait au sein de l'administration fiscale de son canton de domicile.

Une incapacité de travail totale a été médicalement attestée depuis le 31 mai 1992.

B. Le 10 juin 1992, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de B.\_\_\_\_\_ en raison d'une hépatite C et d'une atteinte aux reins.

Par décision du 18 mars 1993, elle s'est vu reconnaître le droit à une demi-rente du 1<sup>er</sup> décembre 1992 au 31 janvier 1993, puis à une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> février 1995.

C. L'assurée ayant réalisé une formation d'auxiliaire de santé et repris un emploi d'animatrice à 60% au sein d'un établissement médico-social, la rente entière a été réduite à une demi-rente par décision du 2 novembre 1995, se fondant sur un degré d'invalidité de 63%.

Malgré une détérioration alléguée de l'état psychique et une incapacité totale de travail médicalement attestées courant 1998, la demi-rente a été confirmée par décision du 10 novembre 1999, cette fois-ci sur la base d'un degré d'invalidité de 56%.

D. Entre 2000 et 2009, l'assurée s'est établie hors de suisse et son dossier a été transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés domiciliés à l'étranger. Durant cette période, la demi-rente a été confirmée.

E. L'assurée a déménagé à C.\_\_\_\_\_ dans le canton de Fribourg en janvier 2009 et son dossier a été pris en charge par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), lequel a confirmé les prestations servies.

Elle s'est vu proposer un stage de préparation à une activité professionnelle auprès de D.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> février au 1<sup>er</sup> mai 2012 dans le cadre de l'aide au placement. Elle a également travaillé auprès d'un home médicalisé du 8 juillet au 31 août 2015, activité interrompue en raison d'une incapacité totale de travail médicalement attestée.

F. En juin 2016, l'OAI a procédé à une nouvelle révision d'office du cas, interrogeant les différents médecins traitants de l'assurée.

Dans ce contexte, il a diligenté une expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) auprès du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, experts au sein de G.\_\_\_\_\_ SA. Dans leur rapport du 11 octobre 2017, ils admettent que l'ancienne activité n'est plus exigible mais pensent que l'assurée possède une capacité de travail de 70%, sous la forme d'une diminution du rendement, dans une activité adaptée.

Par courrier du 14 décembre 2017, l'OAI a proposé à son assurée qu'elle suive des mesures d'ordre professionnel, ce qu'elle a accepté. Un stage de préparation au secteur primaire-

secondaire a été mis sur pied du 19 avril au 22 juillet 2018 auprès de H. \_\_\_\_\_, stage qui a été réalisé jusqu'au bout par l'assurée.

Par décision du 27 novembre 2018, reprenant un projet du 16 août 2018, l'OAI a supprimé la demi-rente qu'elle versait jusqu'alors à son assurée, se fondant sur un degré d'invalidité de 33%.

G. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Karim Hichri, avocat pour Inclusion Handicap, interjette recours (605 2019 12) devant le Tribunal cantonal le 11 janvier 2019 concluant au maintien de sa demi-rente.

A l'appui de son recours, elle se plaint de ce que les experts ne tiennent pas compte de l'aspect incapacitant de ses troubles psychiques. Selon elle, ces derniers admettent que son état psychique est fragile et de nature à se décompenser à tout moment au point d'annihiler toute capacité de travail. Elle relève, à cet égard, que de multiples incapacités de travail provisoires et aléatoires sont incompatibles avec la condition du délai de carence d'un an, ce qui aurait pour effet de lui interdire *de facto* l'accès aux prestations de l'assurance-invalidité. Elle soutient, en outre, que les experts ne tiennent pas compte des rapports de ses médecins traitants. Au vu du caractère non probant de l'expertise, elle demande que le Tribunal mette sur pied une expertise judiciaire.

Parallèlement à son recours, elle requiert (605 2019 13) l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite totale, requête qu'elle complète par courrier du 14 février 2019.

Dans ses observations du 20 février 2019, l'OAI propose le rejet du recours, se référant aux considérations émises dans la décision.

Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt.

## **en droit**

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable, la recourante, dûment représentée, étant en outre directement atteinte par la décision querellée et possédant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

2.

2.1. 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 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.

2.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (art. 7 al. 2 2<sup>ème</sup> 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.).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose 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). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de 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).

Selon l'ATF 141 V 281, 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 en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien 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. Jouent 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.

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.

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).

4.

4.1. 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 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; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). 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).

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

4.2. Pour statuer, 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).

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. 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).

4.3. 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 citées). En outre, 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).

Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C\_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3).

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).

5.

En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est amélioré au point de justifier la suppression des prestations AI, respectivement si la mise sur pied d'une expertise est nécessaire.

La décision du 10 novembre 1999 constitue le point de départ temporel de cet examen. Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente.

5.1. Cela étant, il n'est pas sans intérêt de rappeler la situation médicale depuis l'octroi initial d'une rente entière par décision de l'OAI-B. \_\_\_\_\_ du 18 mars 1993.

A l'époque, le généraliste traitant, le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, décrivait une patiente ayant un historique de troubles d'ordre psycho-affectifs avec somatisation ainsi qu'une hépatite C (rapport du 18 février 1992, dossier OAI, p. 94). Sa consœur, la Dresse J. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, faisait état d'une patiente présentant un *"état anxio-dépressif d'allure réactionnel aux problèmes d'ordre socio-familiaux et somatiques"* (rapport du 21 janvier 1992, dossier OAI, p. 101). Elle évoquait plusieurs infections urinaires par le passé (rapport du 7 février 1993, dossier OAI, p. 98).

Sur cette base, le Dr I. \_\_\_\_\_ retenait les diagnostics suivants: *"infections urinaires à répétition"*, *"rhinosinusites à répétition"*, *"hépatite C persistante"* et *"dysthymie anxieuse chez une personnalité dépendante"*. Selon lui, ces troubles justifiaient la mise à l'arrêt de sa patiente à 100%, proposée en discussion avec le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, du service de la santé publique du canton de B. \_\_\_\_\_. Ce dernier décrivait pour sa part une patiente minée par les *"problèmes sociaux qu'elle [devait] assumer, avec des pathologies infectieuses répétitives sous-jacentes"*. Proposant d'abord des mesures d'allègement professionnel, il estimait finalement que sa patiente était totalement inapte au travail (rapports du 31 janvier, 7 septembre et 5 mai 1992, dossier OAI, p. 33, 92 et 100).

Il ressort de ce qui précède que c'est tant pour des motifs somatiques que psychiques que l'assurée s'est vu reconnaître le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité.

5.2. Suite à cette première décision, l'OAI-B. \_\_\_\_\_ a réduit la rente entière à une demi-rente par décision du 2 novembre 1995, se fondant sur un degré d'invalidité de 63%.

L'on rappelle que le droit en vigueur à l'époque (art. 28 al. 2 aLAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) prévoyait l'octroi d'une demi-rente pour un degré d'invalidité situé entre 50% et 66 <sup>2</sup>/<sub>3</sub>%.

A ce moment-là, le Dr L. \_\_\_\_\_ faisait état de diagnostics d'hépatite C chronique désormais compensée, de pyélonéphrite chronique sous traitement permanente ainsi que d'une évolution anxio-dépressive *"chez une personnalité abandonnique et masochique avec des attaques de panique et d'importantes blessures narcissique"*. Sur le plan de la capacité de travail, il estimait qu'une réadaptation était possible, sans plus de détails (rapports des 22 octobre 1993 et 11 mars 1994, dossier OAI, p. 90 et 91). Pour sa part, le Dr K. \_\_\_\_\_ estimait que l'assurée avait une *"capacité de gain de l'ordre de 50%"* (rapports du 17 août 1994 et du 25 janvier 1996, dossier OAI, p. 2 et 89). L'on précise, à ce stade, que suite à la mise à l'arrêt de sa patiente, le Dr I. \_\_\_\_\_ atteste d'une *"véritable résurrection, tant physique que psychique attestée par exemple par l'évolution des tests hépatiques"* (rapport du 7 septembre 1992, dossier OAI, p. 92).

Dans ce contexte favorable, l'assurée a bénéficié d'une mesure de réadaptation sous la forme de cours Croix-Rouge et a, par la suite, repris une activité dans le domaine de la psychogériatrie en juin 1995, d'abord sous forme de stage puis en tant qu'emploi régulier à un taux de 60% dans un établissement médico-social (dossier OAI, p. 9).

5.3. Enfin, la demi-rente a été confirmée par décision du 10 novembre 1999, cette fois-ci sur la base d'un degré d'invalidité plus faible de 56% fixé rétroactivement jusqu'au 11 juillet 1997.

Cette diminution du degré d'invalidité n'est en revanche nullement motivée, y compris sous la forme d'un calcul du degré d'invalidité.

On constate que, suite aux mesures de réadaptation et à la prise d'un emploi, le Dr I. \_\_\_\_\_ indiquait que, *"en menant une petite vie tranquille, sans trop de responsabilité et sans trop de stress"*, sa patiente allait bien mais restait très fragile, immature et dépendante et n'était pas à l'abri de nouvelle décompensation psychique. Dans ce contexte, il attestait d'une capacité de travail de 63% depuis février 1993, stable depuis lors (rapport du 30 juin 1997, dossier OAI, p. 88).

Pour sa part, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, estimait qu'il était envisageable que sa patiente travaille à un taux de 50% dans une activité adaptée, par exemple dans le domaine commercial. Il diagnostiquait un trouble dépressif récurrent, une pyélonéphrite chronique avec poussées infectieuses aiguës et une hépatite C chronique (rapports des 29 mars 1998 et 15 juillet 1999; dossier OAI, p. 84, 85 et 87). Quand au Dr N. \_\_\_\_\_, généraliste, il faisait état des diagnostics d'hépatite virale chronique C et de dépression (troubles dépressifs et hypomaniaques) chez une patiente dont l'état général était bon et stationnaire. Il attestait à l'époque d'une capacité de travail de l'ordre de 50% dans une activité de type commercial (rapport du 14 septembre 2001, dossier OAI, p. 85).

La diminution du degré d'invalidité, de 63% à 56% n'était dès lors pas liée à une évolution de l'état de santé, celui-ci étant globalement inchangé par rapport à la situation existant lorsque la décision du 2 novembre 1995 a été rendue.

5.4. A ce stade, la Cour se doit de relever que parcourir le dossier de l'autorité intimée n'est pas chose aisée, particulièrement s'agissant de la période où l'instruction était à charge de l'OAI-B. \_\_\_\_\_ et de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés domiciliés à l'étranger.

Il ressort néanmoins de ce qui précède que la demi-rente a été octroyée, puis confirmée en présence de troubles psychiques se manifestant sous la forme d'un trouble dépressif récurrent et de troubles de la personnalité, et somatiques, à savoir une pyélonéphrite chronique avec poussées infectieuses aiguës et une hépatite C chronique.

Ces atteintes à la santé empêchaient la recourante d'exercer un travail adapté – de type commercial, sans trop de responsabilité et sans trop de stress – à un taux supérieur à 50%.

6.

Sur le vu de ce qui précède, il convient d'examiner si l'état de santé de la recourante a évolué au point d'impacter sa capacité de gain.

6.1. Dans sa décision du 27 novembre 2018, l'OAI se réfère aux conclusions des experts de G. \_\_\_\_\_ SA le Dr E. \_\_\_\_\_ et le Dr F. \_\_\_\_\_, lesquels se sont prononcés dans un rapport du 11 octobre 2017 (dossier OAI, p. 589).

L'expert-psychiatre constate que l'assurée est une personne *"avec un bon contact, fluide et agréable"*, syntone, sans problème de concentration, sans trouble de l'humeur individualisable, sans trouble du cours de la pensée, sans trouble des fonctions supérieures, sans ralentissement psychomoteur perceptible et parfaitement orientée aux 4 modes. Les seuls troubles se situent *"au niveau de l'organisation de la personnalité"*. Cela le conduit à retenir les diagnostics de *"personnalité émotionnellement labile de type borderline"* et de *"trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger"*. Examinant la problématique de la capacité de travail sous l'angle des indicateurs standards prescrits par le Tribunal fédéral, il estime cependant que ces diagnostics sont sans impacts sur la capacité de travail de l'assurée, relevant par exemple que *"les limitations actuelles sont retrouvées dans tous les domaines, mais aujourd'hui elles peuvent être considérées comme de faible ampleur"*. Il mentionne, tout au plus, *"des états dépressifs de décompensation qui eux peuvent entraîner de façon provisoire une prescription justifiée d'arrêt de travail complet"* mais qui demeurent trop imprévisibles pour être *"considéré[s] comme justifiant une incapacité définitive"*.

Quant à l'expert-rhumatologue, celui-ci retient l'existence de diagnostics invalidants, sous la forme d'une *"periarthropathia coxae gauche avec tendinose de l'insertion du grand trochanter à gauche"* et d'un *"syndrome myofascial avec importants trigger points dans les muscles gluteus médius et minimus à gauche"*. En raison de ces diagnostics, il estime que l'assurée n'est plus en mesure de rester longtemps debout, marcher sur de longues distances ni de porter des poids dépassant 5 kg. En outre, elle doit pouvoir alterner les positions assise et debout et, *"en raison de sa fragilité osseuse, elle ne peut pas faire des efforts particuliers"*. Dans une activité respectant ces limitations, l'expert fixe la capacité de travail à 70%, *"la diminution du rendement de 30% [étant] due aux douleurs inévitables qui nécessitent des pauses supplémentaires, même dans une activité adaptée"*.

Dans leurs conclusions consensuelles, les deux experts retiennent donc une capacité de travail à 70%, sous la forme d'une diminution de rendement due aux douleurs et valable, au plus tard, à la date de leur examen. Une activité adaptée doit éviter la station debout prolongée, permettre l'alternance des positions ainsi qu'éviter le port de charges dépassant 5 kg, la marche sur de longues distances et les *"efforts particuliers"*. Les experts estiment également nécessaire de prévenir les situations stressantes afin de diminuer le risque de décompensation anxieuse.



L'évaluation des deux experts se fonde sur l'étude du dossier asséculo-logique, mis à leur disposition par l'OAI, ainsi que sur des entretiens du 28 juin 2017 (rhumatologie) et du 10 mai 2017 (psychiatrie). A ces occasions, les deux experts ont pu rencontrer l'assurée qui a décrit son histoire ainsi que les troubles qui la touchent. Au psychiatre elle a ainsi pu souligner ses différentes *"décompensations dépressives au cours de toutes ces années"* alors que, au rhumatologue, elle a expliqué les différents incidents qui ont touché sa carrière professionnelle et leur impact sur son travail. Ces plaintes ont été dûment prises en compte par les experts qui en font, par ailleurs, mention dans leurs conclusions lorsque nécessaire. Pour leur part, lors de ces entretiens, ces derniers ont pu procéder à des examens complets de l'assurée, se référant également aux documents médicaux qu'ils avaient à disposition. Enfin, les experts présentent un raisonnement et des conclusions dûment motivés.

Partant, l'on retient que les deux experts présentent des conclusions convaincantes, de sorte que c'est à juste titre que l'OAI s'y est référé dans le cadre de sa décision.

6.2. Contre les conclusions des experts, la recourante se prévaut de l'avis du Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Si le psychiatre admet partager le même avis que l'expert-psychiatre sur le plan diagnostic, il souligne en revanche être en désaccord avec son appréciation clinique. En particulier, il souligne que l'expert ne prend pas suffisamment en compte le fait que son état de santé psychiatrique est extrêmement fragile et de nature à se décompenser à tout moment. Dans ce contexte, il pense que l'état psychique de sa patiente l'empêche de travailler à un taux supérieur à 40%, *"et ceci depuis le début du suivi par [ses] soins en tout cas (le 7 février 2011)"* (rapport du 10 octobre 2018, dossier OAI, p. 759; cf. ég. p. 442, 542 et 551).

Interrogé sur ces deux points par l'OAI au stade des objections, l'expert-psychiatre, le Dr E. \_\_\_\_\_, affirme qu'il *"n'est pas concevable de laisser se morfondre une personne de la cinquantaine chez elle uniquement sous prétexte qu'elle a beaucoup souffert (ce qui est vrai) et qu'elle s'expose à un risque imprévisible de présenter à nouveau un état dépressif (duquel elle arrivera aussi probablement à émerger avec l'aide de thérapeutiques adéquates). Stopper définitivement, même en partie, l'avenir professionnel de la personne assurée serait effectivement un soulagement à court terme mais cela l'exposerait à une désocialisation et une dénarcissisation à moyen terme, qui feraient le lit d'une nouvelle décompensation"* (rapport complémentaire du 20 novembre 2018, dossier OAI, p. 765).

Dans ce même rapport complémentaire, l'expert-psychiatre estime que son appréciation diffère de celle du médecin-traitant en raison de l'écoulement du temps. Alors que ce dernier *"fait référence à son rapport de 2016 pour contester la capacité de travail qui est octroyée dans l'expertise"*, l'expert pense qu'il *"est évident que malgré les difficultés thérapeutiques (voir supra), l'état s'est tout à fait amélioré en près d'un an"*. Il relève, en outre, que l'appréciation du médecin traitant *"revers de main [les] capacités de résilience [de sa patiente], capacités qu'elle a démontrées lorsqu'elle a surmonté des difficultés de couple majeures, qu'elle a élevé ses enfants avec succès et qu'elle a poursuivi, quoi qu'on en dise, une carrière professionnelle"* (rapport complémentaire du 20 novembre 2018, dossier OAI, p. 765).

Au vu du dossier, les explications de l'expert apparaissent cohérentes et mettent en doute, de manière convaincante, les critiques du psychiatre traitant. Ces explications sont, au demeurant, bien plus étayées que les arguments du psychiatre traitant, lequel se contente de contredire

l'expert dans un document d'une page. Il s'agit de peu au regard des 27 pages, d'une écriture dense, produites par G.\_\_\_\_\_ SA, étant rappelé que le rapport d'expertise bidisciplinaire remplit les critères quant à la valeur probante émis par le Tribunal fédéral (consid. 6.1 ci-avant).

6.3. La généraliste traitante, la Dresse P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, est également en désaccord avec les conclusions des experts, estimant que la problématique globale de sa patiente a été sous-évaluée.

La doctoresse admet que, sur le plan rhumatologique, l'état de sa patiente s'est amélioré. Mais elle pense que la stabilisation sur le plan psychique est liée à son cadre de vie actuel, lequel ne pourrait plus être garanti en cas de travail à 70%. Cela provoquerait une instabilité psychique très précaire qui impacterait l'état de santé physique (prise de poids et conséquences du surpoids), ainsi que l'a par ailleurs déjà démontré la cessation annoncée du versement de la rente par l'OAI. A ses yeux, sa patiente n'est en mesure de travailler dans des domaines sociaux et peu physiques comme l'animation pour des personnes âgées, et cela à un pourcentage maximum de 50% (rapport du 26 février 2018, dossier OAI, p. 682).

A lire la généraliste – et cela y compris dans ses autres rapports (cf. dossier OAI, p. 460, 498 et 638) – il apparaît que les limitations de la recourante sont essentiellement liées aux difficultés psychologiques. Ainsi, dans son rapport du 23 novembre 2015, la généraliste estimait que l'assurée pourrait travailler dans une activité qui *""ne mettrait pas en charge constamment le membre inférieur gauche et où [elle] n'aurait pas à devoir rattraper brusquement quelqu'un lors d'imprévus"*, pour autant *"qu'il y ait une amélioration de son état dépressif"* (rapport du 23 novembre 2015, dossier OAI, p. 498).

Pourtant, les conclusions de la généraliste ne suffisent à renverser celles de l'expert-psychiatre et de l'expert-rhumatologue, bien plus argumentées et émises par des spécialistes dans leurs domaines respectifs. L'on rappelle, au demeurant, que la jurisprudence attire l'attention sur la relation de confiance qui s'établit immanquablement entre le médecin traitant et son patient, ce qui pourrait le rendre enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui.

6.4. Enfin, il apparaît que les autres médecins interrogés ne sont pas en mesure de mettre en doute les avis motivés des deux experts. Outre que leurs avis sont déjà relativement anciens (près de quatre ans pour le plus récent), l'on constate qu'ils attestaient alors d'une situation en évolution plutôt favorable, notamment suite à des interventions chirurgicales en 2014 (cf. not. dossier OAI, p. 363, 437, 469, 472, 473, 489, 524 et 536).

7.

Dans ces circonstances, la Cour se rattache donc aux conclusions des deux experts et retient que la recourante est en mesure d'exercer une activité adaptée à un taux de 70%.

Faisant une appréciation anticipée des preuves (ATF 137 III 208 consid. 2.2; 134 I 140 consid. 5.2; ATF 130 II 425 consid. 2.1), la Cour n'estime pas nécessaire de mettre sur pied l'expertise requise par la recourante.

7.1. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait

en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et les références; cf. aussi arrêts TF 9C\_644/2015 du 3 mai 2016 consid. 4.3.1; 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 *in* SVR 2011 IV Nr. 3).

7.2. Dans un arrêt 9C\_228/2010 du 26 avril 2011 (consid. 3.3 et 3.5, *in* RSAS 2011 p. 504), la Haute Cour a précisé qu'il existait deux situations dans lesquelles il y avait lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables devaient être considérées comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision (art. 17 al. 1 LPGA), respectivement de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA); on admet seulement qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas être exigée d'eux en raison de leur âge ou de la longue durée de la rente. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste (arrêt TF 9C\_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.2 et les références citées).

Ce n'est qu'à l'issue de cet examen et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures de réintégration sur le marché du travail que l'administration pourra définitivement statuer sur la révision ou la reconsidération de la rente d'invalidité (cf. arrêt TF 9C\_308/2018 du 17 août 2018 consid. 5.3).

7.3. Cela étant, même en présence d'un cas exceptionnel au sens de la jurisprudence, on ne saurait admettre que des mesures d'ordre professionnel préalables sont nécessaires lorsque l'absence de longue durée du marché du travail est liée à des motifs extra-médicaux (arrêt TF 9C\_819/2014 du 19 juin 2015 consid. 4), lorsque l'assuré apparaît encore agile, alerte et intégré dans la vie économique (arrêt TF 9C\_68/2011 du 16 mai 2011 consid. 3.3) ou lorsqu'il dispose d'une formation ou d'une expérience professionnelle particulièrement large (arrêt TF 8C\_39/2012 du 24 avril 2012 consid. 5.2).

8.

En l'occurrence, l'OAI a proposé à la recourante des mesures professionnelles par courrier du 14 décembre 2017 (dossier OAI, p. 645).

Ayant accepté de suivre la mesure proposée, l'assurée a bénéficié d'un stage de préparation à H.\_\_\_\_\_, au taux de présence de 70% du 19 avril au 17 juillet 2018, y compris un stage de trois semaines dans une boutique d'habits de seconde main.

Dans sa prise de position du 18 juillet 2018, le conseiller en réinsertion de H. \_\_\_\_\_ relève que l'assurée a petit à petit progressé et a notamment pris conscience qu'elle devait *"faire le deuil de sa situation et mettre toute son énergie dans les recherches de travail"*. Il conclut ainsi que, *"à la fin de la mesure l'assurée estime que la confiance en soi est meilleure. Elle a pris conscience qu'elle doit avancer, et arrive actuellement à être plus confiante pour les recherches de travail. Le stage en entreprise lui a donné l'énergie nécessaire pour démarcher les employeurs. Dès la suppression de la rente AI l'assurée pourra s'inscrire au chômage. Nous estimons qu'elle a actuellement les outils nécessaires pour faire ses recherches de travail adéquates"* (dossier OAI, p. 710).

Au vu de cette prise de position, la présomption selon laquelle l'on ne peut pas exiger d'un assuré qu'il se réintègre seul sur le marché du travail après quinze ans de rente se trouve renversée.

C'est donc à juste titre que l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité.

9.

Compte tenu de l'ensemble de ce qui précède, il convient de calculer le degré d'invalidité de la recourante sur la base de la méthode ordinaire de comparaison des revenus.

9.1. 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 physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidité, 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).

9.2. 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).

La jurisprudence retient toutefois que lorsque l'assuré a perdu son emploi pour des motifs étrangers à son invalidité, on ne peut admettre qu'il aurait continué son emploi auprès du même employeur et il est alors justifié de faire application des valeurs statistiques moyennes (cf. arrêts 9C\_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1; 9C\_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références citées).

9.3. De jurisprudence constante, le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid. 2c/aa; RAMA 1991 n. U 130 p. 270 s. consid. 4a p. 272; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s. consid. 2c p. 201). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C\_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires

ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, 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'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, *in* VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références citées).

10.

10.1 En l'occurrence, dans la décision litigieuse, l'OAI a retenu que, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait poursuivi une activité non qualifiée à plein temps et aurait obtenu un revenu annuel brut de CHF 54'384.70.

Ce montant se fonde sur les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2014 (ESS 2014, tirage\_skill\_level, total salaires, niveau de compétence 1, femme).

Cependant, la recourante est titulaire d'un CFC d'employée de bureau et était employée, avant la survenance de son invalidité, au sein de l'administration fiscale du canton de B. \_\_\_\_\_ (dossier OAI, p. 403 et 662). Il s'agit d'une activité que l'on ne saurait manifestement assimiler à une activité non qualifiée en retenant un niveau de compétence 1, soit le plus faible. Il convient plutôt de se référer au revenu qui aurait été octroyé à une employée d'administration qualifiée, soit une activité qui appartient au grand groupe 4 "*Employés de type administratif*" selon la classification

internationale du type des professions (CITP). Au vu de la référence que l'ESS fait à cette classification, l'on doit donc prendre en compte un niveau de compétence 2.

Il convient par ailleurs de prendre en compte les revenus figurant dans l'ESS 2016, plus récents que ceux figurant dans l'ESS 2014.

Pour l'année 2016, le salaire mensuel brut moyen correspond à un revenu mensuel de CHF 4'832.-, soit CHF 57'984.- annuellement. Ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux (soit CHF 58'198.05, indices de 2709 pour 2016 et 2719 pour 2017, cf. OFS, T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, femmes). Il convient également de prendre en compte la durée usuelle du travail de 41.7 heures par semaine en 2017 (CHF 60'671.45, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, tous les secteurs).

Partant, le revenu de valide est fixé à CHF 60'671.45.

10.2. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, c'est à juste titre que l'OAI s'est référée aux chiffres de l'ESS.

A nouveau, il convient cependant de se référer aux revenus figurant dans l'ESS 2016, à savoir ici un montant mensuel de CHF 4'363.-, soit CHF 52'356.- annuellement (TA1\_Skill level, totaux, niveau de compétences 1, femmes).

Dès lors que l'ESS comprend un large éventail d'activités, on peut, en effet, admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux limitations et aux aptitudes de la recourante dans un marché du travail équilibré (cf. arrêts TF 9C\_789/2016 du 5 avril 2017 consid. 5.2; 9C\_813/2015 du 31 mai 2016 consid. 3.2; I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1). La référence au niveau de compétence 1 permet, pour sa part, de tenir compte du fait que la recourante ne possède pas réellement d'expérience dans ce domaine, absence influençant manifestement le revenu auquel elle pourrait prétendre et justifiant de se référer au grand groupe 9 de la CITP (professions élémentaires).

Ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux, pour atteindre CHF 52'549.25 (indices de 2709 pour 2016 et 2719 pour 2017, cf. OFS, T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, femmes), et prendre en compte la durée usuelle du travail de 41.7 heures par semaine en 2017, pour atteindre CHF 54'782.60 (cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, tous les secteurs).

Enfin, il convient de réduire ce montant à hauteur de la capacité de travail de 70% médicalement attestée par les experts ainsi que d'un désavantage salarial. L'OAI a fixé ce dernier à 5%. Au vu des circonstances personnelles et professionnelles du présent cas, celui-ci pourrait être plus élevé afin de tenir en particulier compte du risque de décompensation psychique attesté par les experts et qui pourrait avoir une incidence sur le salaire auquel pourrait prétendre l'assurée. Cela étant, que le désavantage salarial soit fixé à 5% ou 20% n'a aucune incidence sur le droit à la rente. Dans ce contexte, la Cour se réfère dès lors au désavantage salarial minimal de 5%.

Compte tenu de ce qui précède, le revenu d'invalide est fixé à CHF 36'430.45.

10.3. Il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF 60'671.45) et d'invalide (CHF 36'430.45) que la perte de gain se monte à CHF 24'241.-.

Cela correspond à un degré d'invalidité de 39.95%, soit 40% (cf. ATF 130 V 121).

Si l'on avait pris en compte un désavantage salarial un peu plus important, ce qui aurait aussi bien pu être le cas en l'espèce au vu de la situation personnelle – notamment les difficultés psychiques – et de l'âge de la recourante, le taux aurait été même supérieur tout en restant inférieur à 50%.

Un degré d'invalidité supérieur à 40% mais inférieur à 50% donne droit à un quart de rente.

11.

11.1. Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être partiellement admis et la décision du 27 novembre 2018 modifiée dans le sens que la demi-rente est réduite à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

La cause est renvoyée à l'autorité intimée pour calcul du montant de la rente.

11.2. Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à une indemnité de partie. Invité à produire sa liste de frais, le mandataire s'en est remis à dire de justice.

Avocat auprès d'une organisation d'utilité publique, l'indemnité de justice doit être fixée sur la base d'un tarif horaire de CHF 130.- (SVR 2010 IV no 27 83 = 9C\_688/2009 du 19.11.2009). Compte tenu de l'importance et de la difficulté de l'affaire (art. 11 al. 2 du Tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA, RSF 150.12), l'indemnité de partie est fixée à un montant total de CHF 1'507.80, à savoir CHF 1'300.- au titre des honoraires, CHF 100.- au titre de frais et CHF 107.80 au titre de la TVA (7.7%).

Ce montant est intégralement mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe partiellement, étant rappelé que si le litige porte sur le droit à une rente, le gain de cause partiel ne suffit pas à lui seul pour réduire les dépens alloués, le travail nécessité ne dépendant pas du taux d'invalidité demandé (arrêt TF 9C\_193/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.2 et les références citées).

11.3. La procédure n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice sont fixés à CHF 800.-.

Ils sont répartis à raison de CHF 400.- à la charge de l'autorité intimée et CHF 400.- à la charge de la recourante.

11.4. Au vu de sa situation financière et compte tenu des chances manifestes de succès de son recours, partiellement admis, la recourante peut se voir reconnaître le droit (605 2019 13) à l'assistance judiciaire gratuite, ici limitée aux frais de procédure.

Le montant de CHF 400.- à charge de la recourante au titre de frais de justice n'est dès lors pas perçu.

(dispositif en page suivante)

## la Cour arrête :

I. Le recours est partiellement admis.

Partant, la décision du 27 novembre 2018 est modifiée dans le sens que la demi-rente est réduite à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

La cause est renvoyée à l'autorité intimée pour calcul du montant de la rente.

II. La demande (605 2019 13) d'assistance judiciaire gratuite totale est admise.

III. L'indemnité de partie allouée à la recourante pour ses frais de défense est fixée à CHF 1'507.80, dont CHF 107.80 au titre de la TVA (7.7%), et mise à la charge de l'autorité intimée.

IV. Des frais de justice de CHF 800.-, sont mis à raison de CHF 400.- à la charge de l'autorité intimée et de CHF 400.- à la charge de la recourante, ces derniers n'étant pas perçus en raison de l'assistance judiciaire gratuite.

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 10 octobre 2019/pte

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :