



**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

608 2017 205

Arrêt du 11 octobre 2018

II^e Cour des assurances sociales

Composition	Président:	Johannes Frölicher
	Juges:	Daniela Kiener, Anne-Sophie Peyraud
	Greffière:	Angelika Spiess

Parties

A. _____, recourante, représentée par Me Philippe Nordmann,
avocat

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (révision; réduction de rente)

Recours du 5 septembre 2017 contre la décision du 26 juillet 2017

considérant en fait

A. A. _____, née en 1974, domiciliée à B. _____, divorcée depuis 2016, est mère de trois enfants (nées en 1999, 2002 et 2010).

Sans formation professionnelle initiale, elle a travaillé depuis de 1990 pour C. _____. Elle a baissé son taux d'activité de 100% à 50% à partir du 1^{er} janvier 2000, soit après le congé maternité de sa première enfant, née en août 1999.

En raison d'une incapacité de travail médicalement attestée prolongée, C. _____ a mis fin aux rapports de travail au 31 janvier 2002.

B. Depuis le 1^{er} septembre 2001, l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité en raison d'un état anxiodépressif et d'une fibromyalgie. Le calcul de la rente s'est fondé sur un taux d'invalidité de 70% en application de la méthode mixte (50% pour la part réservée à l'activité lucrative et 50% pour la tenue du ménage).

Depuis lors, son droit à une rente entière a été confirmé par communications à plusieurs reprises.

C. Dans le cadre d'une nouvelle procédure de révision, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) a réalisé, le 1^{er} juillet 2014, une enquête ménagère.

Après une première expertise psychiatrique en 2014, mettant en lumière une adhésion défaillante à la thérapie, l'OAI a mis sur pied une deuxième expertise psychiatrique en 2016. Cette dernière a relevé que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré et qu'elle était désormais en mesure d'exercer une activité adaptée à 50% sans diminution de rendement.

Par décision du 20 septembre 2016, l'OAI a dès lors réduit la rente entière à un quart de rente.

Contre cette décision, l'assurée a interjeté recours le 13 octobre 2016. En cours de procédure, l'OAI a annulé sa décision afin de pouvoir examiner le droit de l'assurée à des mesures d'ordre professionnel, vu le versement de la rente depuis plus de 15 ans. Le recours ainsi que la requête relative à l'effet suspensif (608 2016 227 + 243) ont dès lors été rayés du rôle par décision présidentielle du 7 décembre 2016.

D. Après l'évaluation des mesures professionnelles, l'OAI a notifié à l'assurée un projet de décision le 3 mai 2017, prévoyant à nouveau la réduction de la rente existante à un quart de rente.

Suite aux objections formulées le 29 juin 2017, l'OAI a rendu le 26 juillet 2017 une décision formelle, réduisant au 1^{er} septembre 2017 la rente entière à un quart de rente, sur la base d'un taux d'invalidité de 46% en faisant application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité.

E. L'assurée, représentée par Me Philippe Nordmann, interjette recours contre cette décision devant le Tribunal cantonal le 5 septembre 2017. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à la poursuite du versement de la rente à titre provisionnel et, au fond, à l'annulation de la décision contestée.

A l'appui de son recours, la recourante remet en question les conclusions de l'expertise psychiatrique, critiquées également par son psychiatre traitant. Selon la recourante, l'expertise est une appréciation nouvelle d'une situation substantiellement inchangée, étant donné que

l'estimation de la capacité de travail à 50% est purement médico-théorique, en particulier au vu du risque de décompensation dépressive évoqué par l'expert. Dans un deuxième moyen, la recourante reproche à l'OAI d'avoir appliqué la méthode mixte à tort puisque, sans invalidité, elle travaillerait à 100% pour des raisons économiques. La recourante allègue, dans un dernier moyen, que son revenu de valide s'élève au moins à CHF 76'000.-.

Dans le cadre de ses observations du 3 novembre 2017, l'OAI conclut au rejet du recours et de la requête de restitution de l'effet suspensif. Au sujet de la capacité de travail, l'OAI estime qu'il faut attacher plus de poids à l'expertise psychiatrique, ayant pleine valeur probante, qu'à l'avis du psychiatre traitant. S'agissant de la méthode mixte, l'OAI rappelle que la recourante avait déclaré elle-même lors de l'enquête ménagère vouloir travailler à 80% sans invalidité. N'étant pas dans le cas de figure de l'arrêt Di Trizio, il faut donc appliquer la méthode mixte. Enfin, au sujet du revenu de valide, l'OAI précise, notamment, avoir pris le salaire réalisé avant l'invalidité et l'avoir calculé en fonction d'un taux d'activité lucrative à 80%.

Dans ses contre-observations du 24 janvier 2018, la recourante fait valoir une aggravation de son état de santé et produit deux rapports médicaux récents relevant une fibromyalgie secondaire ainsi qu'un syndrome des apnées nocturnes. Par rapport à la méthode de calcul applicable, elle admet que l'arrêt Di Trizio ne lui est pas applicable. Elle réitère, au sujet de l'activité lucrative, avoir déclaré en janvier 2014 qu'elle travaillerait, sans invalidité, par nécessité financière à 100%. S'agissant du revenu de valide, elle allègue, d'une part, avoir réalisé en 1999 un salaire plus élevé que celui repris par l'OAI. D'autre part, elle indique qu'une formation complémentaire était prévue avant qu'elle ne tombe malade de sorte qu'elle avait une perspective d'amélioration de ses gains permettant de situer, rétrospectivement, son salaire à CHF 80'000.- plutôt qu'à CHF 76'000.-.

Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties.

La recourante s'est acquittée d'une avance de frais de CHF 800.-.

La requête de restitution de l'effet suspensif du 5 septembre 2017 a été rejetée par décision présidentielle du 14 novembre 2017 (608 2017 206), réservant les frais et dépens.

La requête de mesures provisionnelles du 11 avril 2018, concluant à l'octroi provisoire d'une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2018 a été rejetée derechef par décision présidentielle du 16 avril 2018 (608 2018 93), réservant les frais et dépens.

L'appel en cause adressé le 8 mars 2018 à la Caisse de pension de la Poste est resté sans réponse dans le délai imparti.

Il sera fait état des arguments que les parties ont développés à l'appui de leurs conclusions dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1.

Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, la recourante, dûment représentée, étant en outre directement atteinte par la décision querellée et ayant 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 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 2^{ème} phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose également, sous la nouvelle jurisprudence, 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).

Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pas, à eux seuls, 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).

2.3. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins.

Selon l'échelonnement des rentes prévu à l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente si elle est invalide à 60% au moins, à une demi-rente si elle est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente si elle est invalide à 40% au moins.

2.3.1. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa). Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour ce faire, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222, 128 V 174 et les références citées). Enfin, lorsqu'il y a lieu d'indexer les revenus, il convient de se référer à l'évolution des salaires nominaux, de faire une distinction entre les sexes et d'appliquer l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 408).

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 citée). En outre, le revenu que pourrait réaliser l'assuré sans invalidité est en principe établi sans prendre en considération les possibilités théoriques de développement professionnel ou d'avancement, à moins que des indices concrets rendent très vraisemblables qu'elles se seraient réalisées. Cela pourra être le cas lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances dans ce sens. En revanche, de simples déclarations d'intention de l'assuré ne suffisent pas; l'intention de progresser sur le plan professionnel doit s'être manifestée par des étapes concrètes, tels que la fréquentation d'un cours, le début d'études ou la passation d'examens (arrêts TF U 87/05 du 13 septembre 2005, *in* RAMA 2006 no U 568 p. 67 consid. 2; 9C_29/2012 du 27 juin 2012 consid. 4.1).

2.3.2. L'évaluation du taux d'invalidité se fait sur la base de quatre méthodes – à savoir la méthode ordinaire, la méthode mixte, la méthode spécifique et la méthode extraordinaire –, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente.

En particulier, 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'invalide, 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.

Quant à la *méthode dite mixte* d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 3 LAI), elle s'applique lorsque l'assuré exerce à la fois une activité lucrative à temps partiel et s'occupe du ménage ou serait actif dans un autre champ d'activité.

2.4. 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 propres 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, respectivement lorsqu'elle a été revue, avec les circonstances prévalant au moment 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).

Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f 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*). En revanche, un examen matériel fait défaut si une communication confirme le status quo malgré des rapports médicaux établis entre-temps se trouvant en contradiction avec ceux à l'origine de la rente et en l'absence de mesures d'instruction y relatives (arrêt TF 8C_676/2011 du 31 janvier 2012 consid. 3.4 s.). Dès lors, on ne peut se fonder sur un acte de l'administration qu'à condition que ce dernier repose sur les mesures d'instruction nécessaires au vu des faits qui auraient pu changer (SVR 2010 IV no. 54 p. 167; arrêt TF 9C_899/2009 du 26 mars 2010 consid. 2.1 et 8C_3/2012 du 25 avril 2012 consid. 3.3).

Selon l'art. 88a al. 1 RAI, le changement résultant de l'amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré ou de l'atténuation de son impotence ou encore de son besoin de soins ou d'aide découlant de son invalidité, n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va ainsi lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

2.5. Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire

des mesures de réadaptation au sens de la loi. La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit notamment des cas dans lesquels la réduction ou la suppression par révision (art. 17 al. 1 LPGA) du droit à la rente concerne une personne qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins ou a plus de 55 ans. Lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée; c'est le cas lorsqu'il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure – pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail ou à l'âge de l'assuré – de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision; il est seulement admis qu'une réadaptation par elle-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (arrêt TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5; voir également arrêt TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7).

En matière de réadaptation, on distingue notamment la formation professionnelle initiale (art. 16 LAI) des mesures de reclassement (art. 17 LAI). Les mesures concernant les assurés qui ont achevé leur formation professionnelle et se trouvent déjà dans la vie active ou qui exercent, sans formation, une activité auxiliaire depuis six mois au moins entrent dans la catégorie du reclassement au sens de l'art. 17 LAI (cf. ch. 3005 de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS] sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel; CMRP; dans son état au 1^{er} janvier 2015). Le critère déterminant le droit à l'octroi d'une formation professionnelle initiale (art. 16 LAI) ou à un reclassement (art. 17 LAI) réside dans l'exercice d'une activité lucrative d'une certaine importance économique avant la survenance de l'invalidité, dont le moment est déterminé de manière spécifique pour les mesures de réadaptation (ATF 121 186 consid. 3b; arrêts TF I 159/05 du 16 mars 2006 consid. 2 et I 328/98 consid. 2a). Dans ce cadre, l'invalidité ou plus précisément le cas d'assurance survient lorsque l'atteinte à la santé a des répercussions telles que l'exercice de l'activité en cause n'est plus possible à long terme et que celle-ci n'apparaît plus exigible, de sorte que la mesure d'ordre professionnel est objectivement indiquée (ATF 113 V 261 consid. 1b; arrêt TF I 159/05 du 16 mars 2006 consid. 3.2.2).

2.6. Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les

documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'ils existent des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminant (arrêt TF 9C_55/2009 du 1^{er} avril 2009 consid. 3.3 et les références citées).

Il y a en outre 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). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2).

2.7. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2.), l'art. 27^{bis} RAI tel que modifié avec effet au 1^{er} janvier 2018 (modification du RAI du 1^{er} décembre 2017; RO 2017 7581) relative à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018 n'est pas applicable en l'espèce (cf. décision présidentielle TC FR 608 2018 93 du 16 avril 2018).

3.

Est litigieuse, en l'espèce, la réduction de la rente entière octroyée à l'assurée à un quart de rente à partir du 1^{er} septembre 2017, suite à une amélioration de ses troubles psychiques.

Il convient d'examiner si la situation personnelle de la recourante, notamment son état de santé, a subi une modification notable depuis la dernière décision matérielle confirmant la rente, ce qui relève d'une appréciation de sa situation médicale.

Compte tenu du fait que le droit à la rente n'a été confirmé, au fil des années, que par communications, sans examen de l'état de fait, la période déterminante pour la comparaison remonte à celle de l'attribution de la rente.

Cette dernière a été octroyée par prononcé du 4 octobre 2002 (dossier OAI p. 222), rétroactivement à partir du 27 septembre 2001, fondée sur un taux d'invalidité de 70%. Elle a été allouée suite à une expertise psychiatrique attestant une incapacité totale de travail sur la base

des diagnostics de fibromyalgie, d'enfance traumatisée et de troubles dysthymiques chroniques (dossier OAI p. 203).

En l'espèce, l'évolution de l'état de santé découle, pour l'essentiel, des pièces médicales suivantes:

3.1. Expertise pluridisciplinaire de 2013

Une expertise pluridisciplinaire sollicitée auprès de la Clinique D. _____ en juillet 2013, unissant les disciplines de la psychiatrie, de la rhumatologie et de la médecine interne générale, a mis en lumière le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (CIM-10: F33.1), et d'un état douloureux chronique diffus. Les experts ont conclu à une incapacité de travail totale (dossier OAI p. 321 ss).

3.2. Point de vue du psychiatre traitant

Depuis 2012, l'assurée est suivie par le Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier lui atteste depuis lors une incapacité de travail totale. Selon son rapport médical sur formule officielle du 25 mars 2014, il diagnostique des troubles de l'adaptation, une réaction dépressive prolongée (CIM-10: F43.21), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, avec syndrome somatique (CIM-10: F33.11) et une dislocation de la famille par séparation/procédure de divorce en cours (CIM-10: Z63.5). S'appuyant sur l'anamnèse de l'assurée, il pose en outre les diagnostics suivants: examen et prise de contact à des fins administratives; examen à des fins d'assurance (CIM-10: Z02.6); difficultés liées à une enfance malheureuse; privation de relations affectives pendant l'enfance et difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant (CIM-10: Z61.0); antécédents familiaux de troubles mentaux et du comportement; antécédents familiaux d'abus d'alcool/les 2 parents (CIM-10: Z81.1); antécédents personnels d'abus de substances psychoactives/dérivés du cannabis (CIM-10: Z86.4) (dossier OAI p. 375).

Soumis à l'avis du médecin du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), ce dernier relève en juillet 2014 qu'il y a lieu de soumettre l'assurée à une expertise psychiatrique, notamment en raison des incompatibilités constatées entre les différents diagnostics retenus par le psychiatre traitant (dossier OAI p. 395).

3.3. Expertise psychiatrique de 2014

Sur mandat de l'OAI, le Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rédigé le 21 novembre 2014 une expertise psychiatrique (dossier OAI p. 664 ss). Il retient comme diagnostic incapacitant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (CIM-10: F33.1). En revanche, il considère les autres atteintes – à savoir un trouble somatoforme indifférencié (CIM-10: F45.1) et une personnalité à traits dépendants (CIM-10: F60.7) – sans incidence sur la capacité de travail. L'expert conclut à une incapacité de travail entière, en précisant ce qui suit: *"La situation ne semble pas beaucoup évoluer depuis la situation de 2008 et de l'expertise de juillet 2013. Cependant des doutes subsistent quand à la compliance médicamenteuse et de véritables motivations chez l'expertisée d'envisager une reprise d'une activité professionnelle ne serait-ce [qu']à temps partiel"* (dossier OAI p. 422). S'agissant de la compliance, il expose que *"l'expertisée reconnaît qu'avant le mois d'août de cette année elle ne prenait pas de manière régulière son traitement antidépresseur, et ne se faisait pas soigner convenablement sur le plan psychiatrique et qu'elle acceptait difficilement sa maladie. Un tel comportement serait à mettre sur la problématique*

de trouble de la personnalité dont souffre l'expertisée. On sait que les traits de personnalité dont souffre A. _____ entraînent fort souvent des conduites rigides et inadaptées, peut engendrer une souffrance subjective ou des altérations significatives du fonctionnement de l'individu" (dossier OAI p. 419).

Sur la base de cette expertise, l'OAI a enjoint l'assurée à suivre de manière régulière la psychothérapie et de se soumettre à des prélèvements sanguins pour vérifier la prise des médicaments.

3.4. Expertise psychiatrique de 2016

Suite à l'amélioration de sa compliance, l'OAI a, sur recommandation du médecin SMR, diligenté une nouvelle expertise psychiatrique auprès du Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu le 26 février 2016 son rapport d'expertise (dossier OAI p. 474 ss). Il y retient les diagnostics de personnalité dépendante (CIM-10: F60.7) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (CIM-10: F33.00). Il expose en détails les critères du premier diagnostic, confirmé par l'expert-psychiatre précédent, mais non pas lors de l'expertise pluridisciplinaire de 2013.

Selon l'expert-psychiatre G. _____, des limitations fonctionnelles en lien avec une personnalité dépendante se manifestent, notamment, par un manque de confiance en soi, une intolérance à la pression psychique (stress) ainsi que par une intolérance à la critique (non agressive; critique constructive). S'agissant de l'état dépressif, l'expert-psychiatre n'évoque, par contre, pas de limitations fonctionnelles. Le diagnostic d'épisode actuel léger, tel qu'il le retient, se fonde, pour l'essentiel, sur les constats suivants: *"Concernant l'évolution, A. _____ relève l'absence de fluctuation de l'humeur depuis la prise régulière de duloxétine (Cymbalta®) au mois de juillet 2014. Actuellement, l'humeur est modérément déprimée, avec un discours à tendance négative, une légère tristesse, une réduction de la mimique et de la gestuelle, mais l'absence de pleurs, de perte de l'élan vital, l'absence d'abattement, ainsi qu'une modulation de la voix conservée. Il n'y a pas d'anhédonie (perte de la capacité à ressentir du plaisir) dans la mesure où la lecture, les promenades, le scrapbooking, le ski, le vélo, les grillades et le fait de rencontrer ses amis sont des activités qualifiées d'agréables. Il n'y a pas de sentiments de culpabilité dans le sens où l'assurée s'adresserait des reproches excessifs ou inappropriés. Il n'y a pas d'idées de suicide et il n'y a pas d'idées de mort. Sur le plan des conduites instinctuelles, il persiste des troubles du sommeil (troubles de l'endormissement; réveils nocturnes) ainsi qu'un appétit, un poids corporel et une libido fluctuants"* (dossier OAI p. 490).

S'agissant des avis psychiatriques antérieurs et divergents, l'expert-psychiatre les discute en détails. Ainsi, il explique pourquoi les diagnostics posés en 2014 par le psychiatre traitant – qui a aussi bien retenu un trouble dépressif récurrent qu'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (CIM-10: F43.21) – s'excluent mutuellement. Il expose à ce sujet ce qui suit: *"Le trouble de l'adaptation fait référence à un état de perturbation émotionnelle (ici: angoisse, symptômes dépressifs), entravant habituellement le fonctionnement socio-professionnel et survenant au cours d'un ou de plusieurs événements stressants. Habituellement, cette affection ne persiste guère au-delà de 6 mois après la disparition du facteur de stress, hormis en cas de réaction dépressive prolongée ([CIM-10:] F43.21: 2 ans). Per definitionem, le trouble de l'adaptation est relativement réduit dans son intensité. En d'autres termes, dans ce même document est mentionnée une symptomatologie dépressive légère et moyenne à sévère en même temps".* L'évolution des troubles psychiques sur les dernières années amène l'expert-psychiatre à

conclure que *"l'intensité de la dépression a dépassé celle d'un simple trouble de l'adaptation"* (dossier OAI p. 491).

S'agissant du diagnostic de fibromyalgie, posé initialement en 2001 et retenu par différents spécialistes au fil des années, ainsi qu'au sujet du trouble somatoforme, également diagnostiqué en 2001, l'expert-psychiatre retient ce qui suit: *"Dans la partie rhumatologique de l'expertise médicale du 16 juillet 2013, la Doctoresse H._____ a mentionné un examen physique peu contributif aux plaintes de A._____. En d'autres termes, les plaintes algiques n'ont pas pu être étayées entièrement par une atteinte physique. L'on ne peut pas non plus qualifier les douleurs d'intenses. Ainsi, au cours de l'entretien de l'expertise psychiatrique du 24 février 2016, le comportement algique de A._____ est resté discret (nécessité de se lever à une reprise; absence de grimaces, de soupirs, de changements de position sur la chaise, de déambulations dans la pièce ou de prise d'appui avec les bras sur le bureau). Elle ne prend pas de médicaments antalgiques et si cela est parfois le cas pour du paracétamol (Dafalgan®), il s'agit des migraines et non pas des douleurs rapportées dans les bras, le dos et à la nuque. Enfin, il ne ressort pas que l'assurée soit préoccupée en permanence par ses douleurs; son quotidien n'est pas organisé en fonction des douleurs qu'elle ressent. Ce qui précède signifie que le critère A. du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ([CIM-10:] F45.4) n'est pas vérifié et qu'un tel diagnostic ne doit pas être posé"* (dossier OAI p. 492).

L'anamnèse dirigée a permis à l'expert-psychiatre d'exclure également un trouble affectif bipolaire ainsi qu'une dysthymie (forme de dépression atténuée chronique). Il conclut également à l'absence de troubles psychotiques dans le sens d'une psychose schizophrénique, d'un trouble schizotypique, d'un trouble délirant persistant, d'un trouble psychotique aigu et transitoire ou encore d'un trouble schizo-affectif.

En ce qui concerne le trouble anxieux, retenu par le passé par certains médecins, l'expert-psychiatre retient qu'*"il n'y a pas agoraphobie (crainte marquée ou évitement prononcé des foules, des endroits publics, des déplacements sans être accompagné ou des déplacements en dehors du domicile), de même qu'il n'y a pas de phobie sociale ou encore de phobies spécifiques [isolées] (insectes, chiens, orages, eau, sang, injections, blessures, ascenseurs, tunnels). L'exploration qui a été menée auprès de l'assurée le 24 février 2016 a été non contributive pour la présence d'un trouble panique (épisodes d'angoisse intense, clairement délimités dans le temps, d'apparition abrupte et sans qu'il y ait obligatoirement de facteurs déclenchant), ni pour une anxiété généralisée. Si A._____ décrit la présence, dans le passé, des rituels de vérification, cela a été le cas de manière atténuée et cela n'est plus le cas maintenant. Il n'y a pas d'éléments en faveur d'un trouble obsessionnel-compulsif, que ce soit sous la forme de ruminations obsédantes ou des rituels obsessionnels"* (dossier OAI p. 492 s.).

Enfin, au niveau du pronostic, l'expert-psychiatre différencie son appréciation comme suit: *"Les éléments de pronostic favorable sont constitués par la recherche de soins spécialisés (psychiatriques, psychothérapeutiques, psychopharmacologiques), par la compliance aux médicaments antidépresseurs, par l'évolution favorable de la dépression ainsi que par l'étayage socio-familial relativement préservé. Les éléments de pronostic défavorable sont constitués par la présence d'une polypathologie psychiatrique, par la présence d'un trouble de la personnalité (affection chronique difficilement accessible au traitement), par la récurrence de la dépression (50% des sujets qui ont souffert d'un épisode rechuteront; 70% des personnes qui ont présenté deux épisodes en feront un troisième; 90% des sujets qui ont souffert de trois épisodes en feront*

un quatrième), par l'hérédopathie ainsi que par le facteur de stress constitué par une procédure de divorce conflictuelle. Dans le cas de A. _____, le risque est, en cas de réduction de la rente, que cela soit à l'origine de difficultés financières et, par voie de conséquence, d'une accentuation des manifestations de la personnalité morbide ou de la symptomatologie dépressive. Globalement, le pronostic doit être qualifié d'incertain en termes de longue échéance" (dossier OAI p. 493).

Au vu des limitations fonctionnelles psychiques dues au trouble de la personnalité, il atteste une capacité de travail de 50% (4 heures 15 par jour sans diminution du rendement) dans l'activité habituelle ou dans un travail peu qualifié du milieu économique primaire correspondant aux capacités et au niveau d'instruction de l'assurée (dossier OAI p. 494). Il soutient en outre que *"la tenue du ménage est assumée"* (dossier OAI p. 495).

Concernant la date de l'amélioration de l'état de santé, l'expert-psychiatre indique ce qui suit: *"Concernant la période passée, la récupération d'une capacité de travail de 50% est difficile à dater étant donné que A. _____ ne peut pas la situer (elle fait part d'une fluctuation de son état). Le seul indice qui permet de mentionner une amélioration de l'état de santé sur le plan psychiatrique est celui de la notion du début de la compliance médicamenteuse avec des taux de duloxéline (Cymbalta®) se situant dans la norme lors du prélèvement du 24 février 2015. Nous pouvons donc situer la date d'amélioration de l'état clinique de manière approximative, mais au plus tard au début du mois de mai 2015"* (dossier OAI p. 494).

Il conclut son rapport comme suit: *"En résumé, A. _____ présente une personnalité dépendante ([CIM-10]: F60.7), affection qui est à l'origine d'une incapacité de travail de 50%. La récupération partielle de la capacité de travail peut être datée au début du mois de mai 2015. L'épisode de dépression est actuellement léger et n'est pas à l'origine d'une réduction de la capacité de travail. Un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme ou de trouble somatoforme indifférencié ne doit [pas] être posé actuellement. Un diagnostic de trouble de l'adaptation ne doit pas être posé ni pour la période actuelle ni pour la période passée"* (dossier OAI p. 494).

3.5. Rapports médicaux récents

A l'appui de ses contre-observations, la recourante produit deux rapports médicaux datés du 8 septembre 2018 et du 6 octobre 2018. Il ressort du premier, pour l'essentiel, qu'elle souffre d'un syndrome des apnées nocturnes discret à modéré. Le pneumologue relève cependant surtout une mauvaise hygiène du sommeil qu'il s'agit de régler avant de recourir à des outils tels que, par exemple, un harnais. Le deuxième rapport relève une fibromyalgie, probablement secondaire au contexte dépressif.

4.

Au vu de tous ces éléments, la Cour de céans, amenée à trancher le présent litige, retient ce qui suit:

4.1. D'entrée, il convient de relever que l'expertise psychiatrique établie par le Dr G. _____ en 2016 remplit tous les critères formels et, de plus, expose de manière convaincante et fouillée les raisons permettant de conclure à une capacité de travail de 50%. C'est donc à juste titre que l'OAI lui reconnaît une pleine valeur probante.

Dans sa prise de position du 4 avril 2017 (dossier OAI p. 725 s.), adressée au mandataire de la recourante, le psychiatre traitant n'apporte pas d'arguments pertinents, ni pour remettre en cause

les conclusions de l'expertise, ni pour justifier ses diagnostics divergents, considérés comme contradictoires aussi bien par l'expert-psychiatre que par le médecin SMR. Si le psychiatre traitant souligne dans son écrit concernant le diagnostic de trouble dépressif récurrent que "*le constat de récurrence comporte cliniquement un risque de rechute(s), respectivement de récurrence(s), y compris plus sévère(s), moyenne(s) à grave(s), cela d'autant plus que A. _____ en a déjà fait d'une telle intensité et à plusieurs reprises par le passé*", l'on constate qu'il ne s'agit pas d'un nouvel élément. L'expert-psychiatre a tenu compte du risque de rechutes, qui trouve son explication par l'interaction des diagnostics, de manière circonstanciée et le résume ainsi: "*Le trouble de la personnalité favorise la manifestation des épisodes de dépression*" (dossier OAI p. 496).

Le manque d'adhésion à la thérapie relevé de manière formelle lors de l'expertise psychiatrique de 2014 (cf. considérant 3.3) a été décrite, à lire l'expertise de 2016, comme "*défaillante avant le mois de novembre 2012 sur le plan psychiatrique-psychothérapeutique et elle a été défaillante avant l'année 2015 sur le plan de la médication psychopharmacologique*" (dossier OAI p. 496). Malgré ces faits, le psychiatre traitant a invariablement attesté une incapacité de travail totale de 2012 à 2017.

Il suit de ce qui précède qu'il sied d'attacher plus de poids à l'appréciation de la capacité de travail retenue dans l'expertise psychiatrique de 2016 qu'à celle émanant du psychiatre traitant. D'autant plus que, selon la jurisprudence, un médecin traitant, est généralement enclin en raison de la relation de confiance qui l'unit à son patient, en cas de doute, à prendre parti pour lui (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

4.2. La recourante allègue encore que la capacité de travail retenue par l'expert-psychiatre est purement médico-théorique.

En effet, l'expert-psychiatre contextualise la capacité de travail de 50% comme suit: "*Dans les faits, il est peu probable que l'assurée reprendra un processus professionnel, tant elle est persuadée d'être inapte à quelque activité que ce soit. S'ajoutent à cela des raisons non médicales avancées par A. _____, à savoir le fait qu'une psychothérapie rendrait compliquée la reprise d'une vie professionnelle en ce sens qu'elle veut se reconstruire correctement. Enfin, mentionnons un autre élément non médical, le déconditionnement professionnel depuis maintenant 15 ans. Pour les raisons précitées, il est également peu probable que l'assurée collaborera à des mesures de réinsertion professionnelle, qu'elles se fassent sous l'égide de l'assurance-invalidité ou d'une autre structure. En d'autres termes, la capacité de travail de 50% est une donnée purement médicale, théorique*" (dossier OAI p. 494).

D'emblée, il convient de noter dans ce contexte qu'un médecin estime la capacité de travail toujours d'un point de vue médico-théorique. C'est d'ailleurs ce qui est attendu de lui. Dès lors, on ne peut rien déduire de l'usage de ce terme spécifique et usuel. Ainsi, l'expert-psychiatre considère ailleurs que "*des mesures de réadaptation sont raisonnablement exigibles au vu des ressources psychiques de A. _____*. Néanmoins, dans la pratique, elles présentent un risque d'échec élevé au vu de l'absence de toute motivation de la part de l'assurée pour de telles mesures" (dossier OAI p. 497).

En l'espèce, il importe de répondre à la question de savoir quels sont les facteurs déclenchant l'incapacité de travail. Comme l'indique l'expert-psychiatre, il y a en l'occurrence, à part les troubles psychiques, notamment le facteur de stress constitué par une procédure de divorce conflictuelle,

influant sur la capacité de travail de l'assurée. Ce dernier, contrairement aux facteurs médicaux, n'entre pas en ligne de compte pour évaluer le droit aux prestations de la part de l'assurance-invalidité.

Rappelons, enfin, que l'Instance précédente a consenti à annuler sa décision précédente pour examiner la mise sur pied de mesures d'ordre professionnel avant de décider formellement de la réduction de la rente. Il ressort du dossier et de la décision querellée que l'OAI a, en effet, proposé des mesures type aide au placement et réentraînement au travail à la recourante, que celle-ci a finalement refusées, exigeant un véritable reclassement professionnel, après avoir été dûment avertie des conséquences de ses actes. Au vu de sa situation professionnelle lors de la survenance de l'invalidité, notamment en raison de l'absence de formation initiale, elle ne pouvait toutefois pas prétendre à un quelconque reclassement, du point de vue de la proportionnalité de la mesure et du principe d'équivalence.

Il découle de ce qui précède que la capacité de travail de 50% est, à ce stade, exigible de la part de la recourante.

Au demeurant, compte tenu de la situation personnelle de l'assurée, décrite de manière détaillée dans l'expertise psychiatrique de 2016, l'examen fondé sur une grille d'évaluation normative et structurée permet de confirmer l'avis de l'expert-psychiatre retenant une capacité de travail de 50%.

4.3. S'agissant de l'aggravation de l'état de santé, alléguée par la recourante dans le cadre de ses contre-observations, les rapports médicaux y relatifs ne permettent pas de conclure à une péjoration. En ce qui concerne la fibromyalgie, il convient de rappeler que ce diagnostic est connu depuis 2001, et a été, ce qui est déterminant en l'espèce, écarté de manière convaincante par l'expert-psychiatre en 2016. Au sujet du syndrome d'apnées nocturnes, le pneumologue le qualifié de discret à modéré et souligne la mauvaise hygiène du sommeil. Dès lors, il ne ressort nullement de ces rapports médicaux – et pas non plus du dossier – que l'état de santé de la recourante se serait aggravé depuis l'expertise psychiatrique de 2016.

4.4. Tout bien considéré, la Cour se rallie à l'opinion de l'OAI, selon lequel l'état de santé de la recourante a connu une évolution favorable, laquelle permet de retenir désormais une capacité de travail de 50% sans diminution de rendement.

5.

Il reste à déterminer le taux d'invalidité, contesté à plusieurs niveaux par la recourante.

5.1. Revenu de valide

Pour déterminer le revenu de valide de CHF 59'437.45, l'OAI s'est fondé sur le dernier salaire réalisé par l'assurée en 1999, à savoir CHF 49'284.80, en l'indexant jusqu'en 2017.

5.1.1. La recourante soutient, d'une part, avoir réalisé un salaire plus important en 1999 que celui pris en compte par l'OAI et renvoie à un document produit dans une procédure antérieure (dossier OAI p. 679). Ce dernier, daté du 15 décembre 2000, s'avère cependant partiellement illisible. Il n'est dès lors pas possible de comprendre dans quel contexte se situe le chiffre de CHF 63'427.- y figurant. Toutefois, son employeur, C._____, avait détaillé le 2 novembre 2001, dans un questionnaire soumis par l'OAI (dossier OAI p. 20), le salaire réalisé par la recourante en 1999,

travaillant à l'époque à plein temps. Il en ressort que le salaire était de CHF 60'206.- de janvier à août 1999, puis de CHF 61'606.- pour la période allant de septembre à décembre 1999. Il convient dès lors de calculer le revenu de valide sur la base des renseignements précis fournis par l'employeur, ce qu'a fait en l'occurrence l'OAI en retenant un salaire de CHF 61'606.- (cf. dossier OAI p. 761).

D'autre part, la recourante allègue avoir eu, en 1999, des perspectives d'amélioration de ses gains en raison d'une formation prévue, voire "décidée". Malgré le fait qu'elle ne produit pas de documents à l'appui de son allégué, il semble tout de même intéressant de passer en revue sa situation professionnelle de l'époque, telle qu'elle découle de l'expertise psychiatrique de 2014: *"A 25 ans, à la naissance de son premier enfant, l'expertisée a commencé à travailler à 50 % mais continuait d'avoir des incapacités de travail toujours pour des douleurs et des mouvements dépressifs. L'expertisée met en cause des soucis professionnels et familiaux responsables donc d'une péjoration de son état psychique de 25 à 27 ans. Elle se souvient qu'en raison de cette fragilité psychologique et des douleurs, elle avait des soucis d[è]s l'âge de 27 ans, surtout avec sa chef RH. Elle dit avoir subi du mobbing, qu'elle était constamment surveillée, c'est dans un contexte de persécution que n'en pouvant plus, et tout ceci associé à des soucis de couple, que moralement épuisée elle avait sollicité une demande AI"* (dossier OAI p. 416). Il ne ressort toutefois nullement de ce qui précède que l'assurée avait à l'époque de véritables perspectives d'améliorer sa capacité de gain dont il y aurait lieu de tenir compte. Il apparaît, au contraire, qu'elle connaissait de multiples problèmes qui paraissent plutôt constituer autant d'obstacles à la réalisation de la formation prévue. Dans ces circonstances, il s'ensuit que l'OAI s'est appuyé à juste titre sur le salaire effectivement réalisé par la recourante en 1999 auprès de C._____.

5.1.2. Enfin, la recourante allègue qu'elle travaillerait sans invalidité, par nécessité financière, à 100%, comme elle l'avait mentionné le 20 janvier 2014 dans le questionnaire qui lui a été soumis en vue de l'enquête ménagère (dossier OAI p. 652; 365). Or, elle conteste les renseignements figurant dans le rapport d'enquête ménagère du 1^{er} juillet 2014 lui-même, selon lesquels elle aurait travaillé à un taux d'activité de 80% sans atteinte à la santé. En effet, on peut y lire ce qui suit: *"En santé, [elle] travaillerait à 80% plutôt comme employée de bureau. Les aînés (15 et 12 ans) sont maintenant autonomes et le dernier (4 1/2 ans) débutera l'école enfantine le mois prochain et elle s'organiserait avec une maman de jour"* (dossier OAI p. 386).

Il est vrai que le dossier comporte des déclarations contradictoires au sujet du taux d'activité lucrative. Cela étant, au vu de la séparation de la recourante d'avec son mari en mars 2013 (cf. expertise psychiatrique de 2013, dossier OAI p. 333 s.; expertise psychiatrique de 2016, dossier OAI p. 482), amenant par ailleurs son psychiatre traitant à évoquer en mars 2014 une dislocation de la famille par séparation/procédure de divorce en cours (CIM-10: Z63.5), la déclaration de la recourante faite en janvier 2014 selon laquelle elle travaillerait à 100% pour des raisons financières, paraît tout à fait crédible. Le fait que le divorce n'ait été prononcé qu'en 2016 n'y change rien. L'expertise psychiatrique de 2016 évoque par ailleurs les motifs à l'origine de la longue durée de la procédure comme suit: *"La procédure de divorce est en cours; elle est qualifiée de conflictuelle à cause de la garde des enfants et de l'aspect financier"* (dossier OAI p. 482). Ceci dit, l'expertise vient aussi confirmer l'existence des problèmes financiers évoqués par la recourante.

Au vu des circonstances du cas d'espèce, le taux d'activité de 100% correspond non seulement à celui avancé par la recourante lors de ses premières déclarations mais en plus ce taux est

cohérent, en raison de la situation financière difficile subie par la recourante suite à la séparation de son couple en mars 2013. Par ailleurs, compte tenu du fait que l'enfant cadet, né en mars 2010, avait déjà 7 ans révolus lorsque la décision querellée a été rendue et que les enfants aînés "*prennent souvent en charge le dernier pour que la maman puisse se reposer*" (rapport de l'enquête ménagère, dossier OAI p. 392), une activité lucrative à plein temps ne paraît en l'occurrence pas irréaliste.

Dès lors, il convient d'attacher plus de poids aux déclarations dites de la "première heure" de janvier 2014 qu'aux éléments ressortant du rapport d'enquête ménagère de juillet 2014.

Par voie de conséquence, le revenu de valide doit se calculer sur la base d'un montant de CHF 61'606.- (dossier OAI p. 20), correspondant à un plein temps dans l'ancienne activité. Après indexation (cf. arrêt TF 8C_667/2017 du 19 juin 2018 consid. 4.2.), se basant sur l'indice des salaires nominaux de 106.5 en 1999 et de 134.4 en 2017 (tableau T1.93, total, femmes), on obtient un revenu de valide de CHF 77'745.- (CHF 61'606.- x 134.4 : 106.5 = CHF 77'745.-).

5.2. Revenu d'invalidé

Pour calculer le revenu d'invalidé, l'OAI s'est référé au salaire statistique découlant de l'enquête suisse sur la structure des salaires 2014 relative à une activité adaptée, par exemple comme ouvrière dans la production industrielle légère (tableau TA_1_tirage_skill_level, total, niveau 1). Sur la base d'un salaire annuel de CHF 51'600.-, un horaire réduit à 50%, une durée hebdomadaire usuelle de 41.7 heures et indexé par 0,4%, l'OAI a retenu un revenu annuel de CHF 27'004.10. Bien que ce calcul ne fasse pas l'objet de critiques de la part de la recourante, l'indexation jusqu'en 2017 ne semble pas tout à fait juste. En apportant les corrections nécessaires (CHF 53'793.- x 134.4 : 132.1 = CHF 54'729.60), il convient de fixer le revenu d'invalidé à CHF 27'364.80 (50% de 54'729.60).

5.3. Taux d'invalidité

Compte tenu du taux d'activité lucrative de 100% qu'exercerait la recourante sans invalidité, il convient de comparer les revenus selon la méthode ordinaire, sans procéder au calcul du taux d'invalidité en application de la méthode mixte. Il en résulte un taux d'invalidité de 64.8% (CHF 77'745 - CHF 27'364.80 = CHF 50'380.20 / CHF 77'745 x 100).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité d'au moins 60% ouvre le droit à un trois-quarts de rente.

6.

Partant, le recours est partiellement admis. La rente entière est réduite, au 1^{er} septembre 2017, à un trois-quarts de rente.

La décision est modifiée dans ce sens.

7.

Il sied de se prononcer sur les frais et dépens de la présente procédure.

7.1. La procédure relative aux prestations de l'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), les frais de procédure sont fixés, de manière globale, à CHF 800.-.

Compte tenu du sort du litige, ils sont mis, par CHF 200.-, à la charge de la recourante et, par CHF 600.-, à charge de l'OAI (cf. arrêts TF 9C_94/2010 du 26 mai 2010 consid. 4.3; 8C_568/2010 du 3 décembre 2010 consid. 4.2).

7.2. La recourante, représentée par un mandataire professionnel, a droit à des dépens pour la procédure de recours, vu son gain de cause partiel (art. 61 let. g LPGA). Nonobstant le fait que la recourante n'obtienne qu'un trois-quarts de rente au lieu de la rente entière, il n'y a pas lieu de réduire les dépens (cf. ATF 117 V 401 consid. 2.c; arrêts TF 9C_580/2010 du 16 novembre 2010 consid. 4.1 et 9C_94/2010 du 26 mai 2010 consid. 4.1).

Son mandataire a produit, le 3 septembre 2018, une note d'honoraires d'un montant total de CHF 8'061.35, comprenant des honoraires de CHF 7'385.00 (21.1 heures à CHF 350.-/heure), des débours forfaitaires de CHF 100.- ainsi que CHF 576.35 (7,7% de CHF 7'485.-) au titre de la TVA.

Il convient de noter que ce dernier a eu l'occasion de se familiariser avec le dossier lors d'une procédure antérieure (608 2016 227 + 243), opposant les mêmes parties autour du même litige. En raison de l'annulation de la décision en cours de procédure par l'OAI, cette dernière a été rayée du rôle le 7 décembre 2016 et des dépens de CHF 4'375.- ont été alloués à la recourante. Au vu de cette connaissance préalable, les 21.1 heures figurant dans la note d'honoraires paraissent excessives. Il y a lieu de considérer qu'une quinzaine d'heures paraît raisonnable pour la conduite de la présente procédure.

Enfin, tenant compte du fait que la note d'honoraire n'est pas conforme aux dispositions légales (art. 8 et 9 du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative, Tarif/JA; RSF 150.12) prévoyant un tarif horaire de CHF 250.-/heure et des débours au prix coûtant, il y lieu de fixer les dépens de manière globale.

La Cour de céans fixe dès lors les dépens à un montant total de CHF 4'308.-, comprenant des honoraires de CHF 4'000.- (15 heures à CHF 250.-/heure, y compris les débours) auxquels s'ajoute un montant de CHF 308.- (7,7% de CHF 4'000.-) au titre de la TVA.

Les dépens à hauteur de CHF 4'308.- sont mis à la charge de l'OAI et seront directement versés au mandataire de la recourante (art. 141 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative, CPJA; RSF 150.1).

la Cour arrête:

- I. Le recours est partiellement admis et la décision modifiée en ce sens que la rente entière est réduite, au 1^{er} septembre 2017, à un trois-quarts de rente.

Le recours est rejeté pour le surplus.
- II. Les frais de procédure sont fixés à CHF 800.-. Ils sont mis, par CHF 200.-, à la charge de A._____ et, par CHF 600.-, à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg.
- III. Les frais de procédure à la charge de A._____, à savoir CHF 200.-, sont compensés avec l'avance de frais de CHF 800.-, prestée par cette dernière. Le solde de CHF 600.- lui est restitué.
- IV. Des dépens de CHF 4'308.-, dont CHF 308.- (7,7%) au titre de la TVA, sont alloués à A._____ et mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg.
- 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 11 octobre 2018/asp

Le Président:

La Greffière: