



**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 2018 75

Arrêt du 4 février 2019

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Johannes Frölicher
Juges : Daniela Kiener, Anne-Sophie Peyraud
Greffier-rapporteur : Michel Bays

Parties

A._____, **recourante**, représentée par Me Charles Guerry,
avocat

contre

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

Objet

Assurance-invalidité – Suppression de rente

Recours du 20 mars 2018 contre la décision du 7 mars 2018

considérant en fait

A. A. _____, née en 1973, originaire de l'Ex-Yougoslavie, divorcée et sans enfant, est domiciliée à B. _____. Après l'obtention d'un CFC de dessinatrice en bâtiment en 1992, elle a exercé cette activité durant une courte période, avant d'être licenciée pour raisons économiques. En 1993, elle a été engagée comme caissière à C. _____, mais a assez rapidement souffert d'importants problèmes de dos, qui ont conduit à la résiliation des rapports de travail ainsi qu'à une opération (spondylodèse L5-S1 en décembre 1993). Par la suite, elle s'est mariée avec un compatriote et a quitté la Suisse pendant 2 ans. Après son retour en Suisse en octobre 1996, elle a requis l'octroi de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), se plaignant de souffrir d'une affection à la colonne vertébrale.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a organisé un stage d'observation professionnelle à l'automne 1997; il a cependant été interrompu avant son terme, principalement en raison des douleurs ressenties par l'assurée. Une expertise, avec volets rhumatologique et psychiatrique, a ensuite été confiée à D. _____, concluant à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, avant tout pour des raisons psychiatriques.

Par décision du 2 juin 1999, l'assurée s'est toutefois vue reconnaître le droit à une rente entière dès le 1^{er} janvier 1995, l'OAI retenant la présence d'un degré d'invalidité de 70%, correspondant au taux d'incapacité de travail attesté par le généraliste traitant.

B. Ce droit a été confirmé à l'occasion de procédures de révision d'office, par communications du 24 juin 2002, 3 novembre 2005 et 9 avril 2010, toutes basées sur des rapports du généraliste traitant rédigés sur la formule officielle.

C. Dans le cadre de l'instruction d'une nouvelle révision d'office engagée en avril 2015, l'OAI a mandaté le Dr E. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, et le Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 27 janvier 2016, le premier a conclu à l'existence d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Pour sa part, dans son rapport du 4 février 2016, le second a estimé que l'expertisée ne souffrait plus d'aucune maladie psychiatrique invalidante et que sa capacité de travail était entière, moyennant une période suffisante d'adaptation compte tenu d'une longue période d'inactivité professionnelle.

Invité par le Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR) à fournir des explications sur son évaluation de la capacité de travail de l'assurée, le Dr E. _____, par courrier du 7 mars 2016, a modifié ses conclusions en indiquant que celle-ci était de 100% sur le plan somatique, avec toutefois une diminution de rendement de 25% due aux douleurs chroniques et à la nécessité de changer de position.

Se fondant sur ces éléments et compte tenu du fait que l'assurée avait bénéficié d'une rente d'invalidité complète pendant plus de 15 ans, l'OAI a mis en place des mesures d'ordre professionnel afin d'assurer sa réinsertion. Ainsi un stage de préparation à une activité professionnelle, d'une durée de trois mois à un taux de 75%, a été mis sur pied auprès du CIS-CEPAI du 23 janvier au 23 avril 2017, au cours duquel l'assurée a subi une incapacité de travail de 50%, entre le 21 mars et le 19 avril 2017. Un placement à l'essai a ensuite été organisé, entre le 15 mai et le 13 août 2017. Là encore, le taux d'activité initialement prévu de 75% a dû être réduit à

50% dès le 17 juillet 2017. Au terme de ces mesures l'assurée a indiqué ne pas se sentir en mesure d'intégrer l'économie libre au taux prévu, de sorte que le mandat de placement a été clôturé.

Par décision du 7 mars 2018, l'OAI a supprimé la rente de l'assurée, dès le 1^{er} mai 2018, sur la base d'un degré d'invalidité de 25%. Il a retenu que celle-ci était en mesure d'exercer son activité habituelle à un taux d'activité de 75%.

D. Contre cette décision, A. _____, représentée par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 20 mars 2018 concluant au maintien de sa rente, avec suite de frais et dépens. A l'appui de ses conclusions, elle relève tout d'abord que les conclusions de l'expert en rhumatologie sont contradictoires, dès lors que celui-ci a modifié son évaluation de la capacité de travail sans réelle motivation. Elle reproche ensuite à l'autorité intimée de ne pas avoir concrètement examiné si elle était effectivement en mesure de mettre à profit sa capacité de travail sur le marché du travail, en raison notamment de sa longue absence sur le marché de l'emploi.

Le 9 avril 2018, elle s'est acquittée d'une avance de frais de CHF 800.-.

Dans ses observations du 13 juin 2018, l'OAI propose le rejet du recours. Se référant aux conclusions des experts, il considère que ceux-ci confirment l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative, ajoutant que l'avis contraire des médecins traitants est avant tout basé sur un facteur extra-médical, à savoir la longue absence de l'assurée du marché du travail.

Par contre-observations du 9 juillet 2018, la recourante déplore que l'OAI ne se soit pas déterminé sur ses griefs, relatifs à la modification, insuffisamment motivée de la capacité de travail résiduelle par l'expert-rhumatologue, ainsi qu'à l'absence de vérification de sa capacité concrète à mettre à profit dite capacité résiduelle, conformément aux critères établis par la jurisprudence fédérale.

Le 3 août 2018, l'autorité intimée a renoncé à se déterminer à nouveau, campant sur sa position.

Appelée en cause le 17 septembre 2018, en sa qualité d'institution de prévoyance intéressée, la Caisse de pensions G. _____ ne s'est pas déterminée dans le délai imparti.

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

en droit

1.

Interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente et dans les formes légales par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

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

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose également la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. arrêt TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2).

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 devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré de gravité certain. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la

même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes.

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).

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. 74^{ter} 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*).

4.

Pour pouvoir décider, 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).

4.1. Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte

médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008).

4.2. Conformément à l'art. 59 al. 2, 1^{ère} phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 RAI, les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3).

Les rapports des SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées).

La jurisprudence a souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3).

4.3. Par ailleurs, les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Si les appréciations des médecins l'emportent ainsi sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2), lorsque les appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe toutefois à l'administration, respectivement au juge -conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin, de

requérir un complément d'instruction (cf. arrêt 9C_136/2014 du 24 juin 2014 consid. 3.3 et les arrêts cités).

4.4. Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

5.

En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si la capacité de gain de la recourante s'est améliorée au point de justifier la réduction de son droit aux prestations AI.

5.1. Le point de départ temporel pour résoudre cette question 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.

En l'occurrence, la rente entière a été octroyée par décision du 2 juin 1999, laquelle a très vraisemblablement été fondée sur l'avis du généraliste traitant, le Dr H._____. Dans un rapport du 21 avril 1998, celui-ci relatait que l'assurée se plaignait de douleurs au niveau de la colonne lombaire, avec irradiation dans les fesses. Il posait les diagnostics suivants: spondylolisthésis L5-S1 de degré I, spondylodèse L5-S1 le 10.12.1993, scoliose sinistro-convexe dorso-lombaire, état dépressif. Il concluait à une incapacité de travail d'environ 70% et notait encore que l'assurée "*estime qu'elle est totalement incapable de travailler dans sa profession*".

Figurait alors également au dossier une expertise du 24 juin 1998 réalisée par les spécialistes de D._____, sur les plans rhumatologique et psychiatrique, dont les conclusions ne seront toutefois pas suivies par l'OAI. Les diagnostics retenus par les experts y étaient similaires à ceux posés par le généraliste traitant, soit des rachialgies chroniques persistantes (scoliose, status après spondylodèse L5-S1 pour spondylolisthésis, status après migration d'une barre de stabilisation d'ostéosynthèse), un état dépressif moyen chez une personnalité émotionnellement labile de type borderline ainsi qu'une infection urinaire asymptomatique. Contrairement à ce dernier, lesdits experts concluaient à une capacité de travail limitée à 50% dans une activité adaptée, telle que dessinatrice en bâtiment ou employée de bureau, pour des motifs avant tout psychiatriques. Ainsi, ils mentionnaient que "*la problématique rachidienne est nettement surévaluée subjectivement par la patiente et elle ne nécessite aucun traitement particulier si ce n'est, comme c'est le cas pour tous les patients qui souffrent du rachis, une gymnastique régulière d'entretien de la musculature rachidienne. En revanche, il existe une pathologie psychiatrique qui est à notre avis l'élément déterminant de l'incapacité de travail de A._____, qui devrait pouvoir bénéficier d'une prise en charge psychothérapeutique et médicamenteuse appropriée*".

C'est dans ce contexte que la décision initiale d'octroi de rente entière est intervenue, le 2 juin 1999, basée sur un degré d'invalidité de 70%.

Suite à un courrier de l'OAI mettant l'assurée en demeure d'entreprendre et d'attester un suivi psychiatrique auprès d'un spécialiste, le Dr I._____, alors psychiatre traitant, a remis un

rapport daté du 31 mars 2001. Celui-ci note avoir vu l'assurée deux fois: la première en février 1999, suite au courrier de l'OAI précité; la seconde en janvier 2001, dans le but d'établir le présent rapport. A l'examen, il décrit une jeune femme méfiante, au discours pauvre, donnant l'impression d'un grand vide psychique intérieur. Un questionnaire rapide de dépression est négatif, celui d'anxiété et de dépression également. Il retient, comme "*diagnostic le plus probable*", un trouble hypochondriaque, en présence d'un déficit intellectuel. Il évoque une psychose déficitaire à bas bruit comme diagnostic différentiel.

Dans le cadre des différentes procédures de révision engagées dès 2002, aucun examen approfondi n'est intervenu, l'OAI se contentant de brefs rapports rédigés sur la formule officielle par le Dr J. _____, généraliste traitant, lequel confirmait le *statu quo*.

Il découle de ce qui précède que le point de comparaison pour juger de l'amélioration est celui de la date de la décision initiale.

5.2. Il convient d'examiner si l'état de santé de la recourante a par la suite évolué au point d'influencer sa capacité de gain.

Dans un rapport du 16 juillet 2015, s'inscrivant dans le cadre de la révision d'office de la rente entamée en 2015 quelques mois plus tôt, le Dr K. _____, spécialiste en anesthésiologie œuvrant pour le compte du SMR, rappelle que "*les médecins traitants et les experts étaient unanimes pour dire que l'affection rachidienne était compatible pratiquement normalement avec une activité d'employée de bureau ou de dessinatrice en bâtiment (CT = 100%). L'expert psychiatre a déterminé une capacité de travail de 50%*". Ajoutant que les experts avaient dès lors consensuellement conclu à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, il s'étonne de constater que le médecin de l'OAI a estimé que l'incapacité de travail était de 70%, résultant d'un incapacité de 50% psychique et de 20% somatique, relevant au passage que ledit médecin était alors également le médecin traitant de l'assurée. Il note enfin que la méthode de calcul était erronée et qu'aucun suivi psychiatrique sérieux n'a été instauré.

A la suite de ce rapport, l'OAI a mandaté le Dr E. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, et le Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, afin d'expertiser l'assurée, dans leurs domaines de compétence respectifs.

5.2.1. Dans son rapport d'expertise du 27 janvier 2016, le Dr E. _____ rappelle en préambule qu'aucun examen radiologique n'a eu lieu depuis 1998, raison pour laquelle il a fait réaliser de nouvelles radiographies. Après avoir établi l'anamnèse et noté les plaintes de l'assurée, il a procédé à son examen clinique, au terme duquel il retient les diagnostics suivants, avec répercussion sur la capacité de travail: cervico-dorso-lombalgies chroniques, scoliose dorso-lombaire idiopathique à faible rayon de courbure (10°) à sommet D12 de concavité droite (évoluant depuis l'enfance) et status après cure chirurgicale d'une spondylolisthésis L5-S1 de 1^{er} degré par spondylodèse postéro-latérale et mise en place d'un fixateur interne L5-S1. Sont par contre considérés comme sans influence sur la capacité de travail les diagnostics de status après ablation d'une barre de fixation du matériel d'ostéosynthèse ayant migré dans les tissus sous-cutanés de la fesse droite et celui de douleurs ostéo-articulaires multiples d'origine indéterminée. Dans sa discussion du cas, il relève notamment que "*de 1998 à 2015, le traitement a consisté à prendre des médicaments antalgiques que ses médecins traitants lui prescrivaient. Aucune investigation radiologique ni aucune demande de soins spécialisés n'a été effectuée. L'évolution radiologique de la colonne lombaire est tout à fait satisfaisante. Les radiographies de janvier 2016*

sont superposables à celles effectuées en 1998. A l'examen clinique, 7 des 18 (tender points) de la fibromyalgie sont douloureux. On ne peut pas retenir ce diagnostic. Seulement 2 des 5 signes de non organicité selon Waddell sont présents, à savoir des douleurs non spécifiques et la réaction exagérée. A mon avis, aucun traitement n'est susceptible d'améliorer les symptômes de cette assurée en l'absence d'un substrat anatomique. Des douleurs chroniques sont à craindre". En ce qui concerne la capacité de travail, il considère qu'en raison des troubles vertébraux, l'assurée ne peut effectuer qu'un travail sédentaire ou semi-sédentaire avec alternance des positions assise et debout; elle doit également éviter les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux, de même que le port de charges supérieures à 10kg. Selon lui, tel est le cas depuis 1998, ajoutant qu'"en raison des douleurs chroniques et de la nécessité de changer de position, une capacité de travail de 50% est justifiable. On ne peut pas s'écarter de la conclusion de l'expertise COMAI de 1998".

Le 2 mars 2016, le Dr K. _____, médecin SMR spécialiste en anesthésiologie, constate que l'expertise de D. _____ fondait une incapacité de travail de 50% sur une affection psychiatrique, et non somatique. Il peine donc "à comprendre pourquoi, à la question C.3.3, vous répondez : «une capacité de travail de 50% est justifiable. On ne peut pas s'écarter de la conclusion de l'expertise COMAI de 1998", alors que l'état de santé n'a pas changé sur le plan orthopédique et que la pathologie psychiatrique s'est entièrement résolue». Il demande dès lors à cet expert de préciser quelle est la capacité de travail médico-théorique au plan strictement orthopédique.

Dans sa réponse du 7 mars suivant, le Dr E. _____ concède avoir "commis une erreur. Après avoir relu le cas, j'estime que la capacité de travail de l'assurée sur le plan somatique est de 75% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. A mon avis, une diminution de rendement de 25% est justifiable, en raison des douleurs chroniques et de la nécessité de changer de position".

Parallèlement, le Dr F. _____ a remis son rapport d'expertise psychiatrique le 4 février 2016. Après avoir rappelé l'historique médical, établi l'anamnèse et procédé à l'examen clinique, celui-ci ne retient aucun diagnostic susceptible d'influencer la capacité de travail de la recourante; tout au plus énonce-t-il une accentuation de traits de la personnalité émotionnellement labile (Z73.1), existant depuis l'âge de jeune adulte. Dans le cadre de la discussion du cas, l'expert relève l'absence de décompensation psychotique, de trouble panique et/ou de trouble phobique. Il écarte également l'éventualité d'un syndrome douloureux somatoforme, les critères n'en étant pas remplis. Une fluctuation de l'humeur, modérée toutefois, est mise en rapport avec la procédure de révision de la rente AI et l'incertitude que cela entraîne. De l'avis de l'expert, "les quelques symptômes affectifs de A. _____ ne permettent pas de retenir toujours un épisode dépressif majeur, selon les critères de définition de la CIM-10". Globalement, celui-ci estime que les éléments négatifs évoqués lors de l'expertise de 1998 (tristesse, manque d'élan vital, fatigue, désarroi) ne sont plus présents. Il est en cela conforté par le fait que l'assurée a interrompu de longue date le traitement médicamenteux et n'a jamais réellement recouru à un soutien psychothérapeutique. Pareillement, il mentionne l'hésitation, voire le refus de l'expertisée de donner certaines informations concernant sa vie sentimentale, mais considère que cela n'atteint pas un seuil invalidant. Il écarte en particulier la suspicion d'épisodes de psychose transitoire, compte tenu des ressources dont l'assurée a fait montre dès son jeune âge. De même, la difficulté pour cette dernière à se projeter dans un avenir professionnel semble influencé par des facteurs non médicaux, mais ne peuvent être attribués à un trouble de la personnalité, en l'absence d'un dysfonctionnement sévère persistant depuis l'adolescence. "Les particularités de fonctionnement de A. _____ correspondent à une accentuation de traits de personnalité émotionnellement

labile. N'ayant pas valeur de maladie, cette accentuation de traits de personnalité favorise pourtant la survenue d'un épisode dépressif réactionnel à une accumulation de stress psychosocial [...]. En définitive, le Dr F. _____ conclut à *"une amélioration stable avec une rémission de l'épisode dépressif moyen constaté en 1998, sans rechute depuis des années. En conséquence, il n'y a plus d'incapacité de travail au plan psychique depuis la date de l'examen actuel au plus tard"*.

5.2.2. Par un premier grief, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise rhumatologique réalisée par le Dr E. _____. Elle critique en particulier le fait que ce dernier a modifié substantiellement son évaluation de la capacité de travail résiduelle suite à l'intervention du médecin SMR, soit à seulement deux mois d'intervalle, sans motiver les raisons de ce changement.

Il convient de concéder que le revirement opéré par cet expert peut paraître quelque peu *"brutal"*, dans la mesure où celui-ci modifie, en quelques lignes seulement, un élément central de son analyse, ayant un impact déterminant sur le calcul du degré d'invalidité. Cela étant, les juges de céans sont toutefois d'avis qu'il est possible d'envisager la situation sous un angle différent: sans dénier le fait que l'expert eut été avisé, en pareilles circonstances, de développer quelque peu son point de vue, il s'avère également que son courrier du 7 mars 2016 fait écho à celui du médecin SMR, qui contient toute une série d'éléments en rapport avec l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée. De ce point de vue, les considérations du Dr K. _____ – selon lequel le rapport d'expertise de D. _____ de 1998 concluait à une capacité de travail du point de vue somatique et retenait qu'une incapacité de travail de 50% était justifiée par des motifs psychiatriques – semble avoir emporté l'adhésion du Dr E. _____, raison pour laquelle il s'est rallié à cet avis. Ainsi, bien plus qu'un revirement inexplicable, le Dr E. _____ semble plutôt tout simplement s'être trompé dans sa première appréciation et avoir faussement considéré que le 50 % d'incapacité retenu par D. _____ visait le plan somatique; comme la situation n'a pas évolué depuis lors de ce point de vue, il a dès lors confirmé ce même taux d'incapacité de travail, s'estimant lié par l'appréciation faite à l'époque.

Aux yeux de la Cour de céans, une telle appréciation de la capacité de travail ne prête pas le flanc à la critique, du moment qu'on la replace dans le contexte général du dossier. Il convient tout d'abord de relever que les motifs ayant prévalu à l'octroi de la rente sont pour le moins obscurs: on ne s'explique en effet pas pourquoi l'OAI, qui disposait pourtant d'expertises probantes, a cru bon privilégier l'avis du médecin traitant et accorder à l'assurée, de manière généreuse, une rente entière d'invalidité. La seule explication à ce sujet figure dans le rapport du Dr K. _____ qui, pas loin de 20 ans plus tard, évoque le fait que le médecin traitant, dont l'avis a été préféré à celui des experts, était également le médecin-conseil de l'OAI. Par ailleurs, l'analyse de l'état de santé de la recourante va clairement à l'encontre d'une aggravation sur le plan somatique, pouvant justifier une augmentation sensible de l'incapacité de travail. Ainsi que le relève le Dr E. _____, entre 1998 et 2015, l'assurée s'est limitée à prendre des médicaments antalgiques prescrits par ses médecins; aucune demande de soins spécialisés et aucune investigation radiologique n'ont été effectuées. De plus, *"les radiographies de 2016 sont superposables à celles effectuées en 1998. [...] A mon avis, aucun traitement n'est susceptible d'améliorer les symptômes de cette assurée en l'absence d'un substrat anatomique"*. Ce constat est confirmé tant par le fait qu'aucun nouveau diagnostic n'est apparu que par des plaintes n'ayant pas fondamentalement évolué.

Tous ces éléments permettent à l'Instance de céans d'avaliser les conclusions de l'expert et en particulier son évaluation finale de la capacité de travail de la recourante. A cet égard, bien que

l'expertise de D. _____ fondait principalement l'incapacité de travail de 50% sur une atteinte d'origine psychiatrique, le fait pour le Dr E. _____ de retenir aujourd'hui une diminution de rendement de 25% pour des motifs somatiques paraît néanmoins convaincant, ce d'autant que ce résultat n'est pas remis en question par l'autorité intimée.

Par ailleurs, les rapports émis ultérieurement par le Dr J. _____, généraliste traitant, et par le Dr L. _____, spécialiste en rhumatologie, ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions du l'expert. Le rhumatologue traitant se réfère avant tout aux plaintes de cette dernière, sans poser de réel diagnostic, et concède en outre ne pas pouvoir fournir une liste de limitations fonctionnelles. Aucun d'entre eux ne se détermine en effet de manière claire sur la capacité de travail de la recourante. Leur pronostic est certes mauvais, mais semble avant tout fondé sur des motifs extra-médicaux, notamment sur le long éloignement de l'assurée du marché du travail, ce qui ne constitue pas, en soi, un motif invalidant.

5.2.3. Sur le plan psychiatrique, la situation est par contre claire, dès lors que les conclusions du Dr F. _____ ne sont pas remises en question par la recourante.

Cette expertise se fonde sur l'étude du dossier asséculoologique – lui donnant une connaissance exhaustive du contexte médical, familial, social et professionnel –, l'examen de l'expertise orthopédique du Dr E. _____, ainsi qu'un entretien de près de trois heures avec la recourante, au cours duquel cette dernière a pu exprimer ses plaintes. A cette occasion, l'expert a pu procéder à des examens complets de la patiente. Il discute de manière argumentée les différents diagnostics entrant en considération. Il confirme l'existence d'une amélioration de l'état de santé, considérant que l'état psychique de l'assurée ne justifie plus d'incapacité de travail durable. Il relève, de manière convaincante, le fait que l'expertise réalisée en 1998 par D. _____ mettait les difficultés psychiques de l'assurée en rapport avec divers facteurs de stress psychosociaux (atteinte à l'intégrité corporelle, décès de son père, séparation et divorce avec retour en Suisse), qui se sont entre-temps amendés. L'assurée a d'ailleurs été en mesure de renoncer à des soins (médicaments ou soutien psychothérapeutique) de longue date.

Le rapport remis en mai 2017 par la Dresse M. _____, alors psychiatre traitante depuis peu, ne justifie pas une autre appréciation. Celle-ci estime que la capacité de travail de l'assurée est réduite de 50%, avant tout en raison d'une capacité d'adaptation limitée et en particulier du fait des difficultés rencontrées lors des stages de réintégration organisés par l'OAI. Or, un tel constat n'est pas fondamentalement opposé à celui du Dr F. _____. Il est vrai que ce dernier a évalué la capacité de travail sur une base médico-théorique, avant la mise en œuvre des mesures de réinsertion professionnelle, alors que la psychiatre traitante s'est prononcée suite au premier stage. Cela étant, comme rappelé ci-dessus, l'expert était conscient de la fragilité de l'assurée et des risques que cela comportait dans le contexte d'une remise au travail après 20 ans d'inactivité. De ce point de vue, les avis de ces deux spécialistes ne s'excluent donc nullement, mais peuvent concorder pour aboutir à la conclusion qu'une capacité de travail est envisageable, pour autant qu'une période d'adaptation suffisante soit accordée à l'assurée.

5.3. C'est précisément l'objet du second grief de la recourante, qui conteste disposer d'une possibilité concrète de mettre à profit dite capacité de travail résiduelle sur le marché du travail. D'après elle, l'OAI n'a pas examiné de façon approfondie si elle avait besoin de mesures professionnelles pour rejoindre à nouveau le marché du travail. Elle critique en particulier le fait que le mandat d'aide au placement confié au CIS-CEPAI ne comportait pas de vérification concrète à ce sujet.

5.3.1. Il existe deux situations dans lesquelles la valorisation économique de la capacité fonctionnelle de travail présuppose l'octroi préalable de mesures de réadaptation (arrêt TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.1).

D'un point de vue médical, l'octroi d'une mesure de réadaptation peut constituer une *conditio sine qua non* pour permettre à la personne assurée d'accroître sa capacité fonctionnelle de travail. Lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle de travail, tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de la capacité résiduelle de travail médico-théorique avant que lesdites mesures n'aient été exécutées (arrêt TF 9C_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1 et les arrêts cités, *in* SVR 2010 IV Nr. 9 p. 29).

L'octroi d'une mesure de réadaptation peut également constituer une *conditio sine qua non* d'un point de vue professionnel. Selon le principe défini à l'art. 7 al. 2 LPGA, seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; ce principe vaut également en matière de révision du droit à la rente (art. 17 al. 1 LPGA). Tout obstacle à une réintégration professionnelle qui ne serait pas la conséquence de l'atteinte à la santé ne doit pas être pris en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, il appartient en principe à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour tirer profit de l'amélioration de sa capacité de travail médicalement documentée (réadaptation par soi-même; cf. MEYER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2^{ème} éd. 2010, p. 383); autrement dit, une amélioration de la capacité de travail médicalement documentée permet, nonobstant une durée prolongée de la période durant laquelle la rente a été allouée, d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, de procéder à une nouvelle comparaison des revenus. Cette jurisprudence est la fidèle traduction du principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente, d'après lequel aucune rente ne saurait être allouée dès lors qu'une mesure de réadaptation est susceptible d'avoir une incidence sur la capacité de gain de la personne assurée (arrêts TF 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.2.2.1 et 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les arrêts cités, *in* SVR 2011 IV Nr. 30 p. 88).

Dans certains cas très particuliers, lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, la jurisprudence a considéré qu'il n'était pas opportun de supprimer la rente, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées avec l'aide de mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesure d'ordre professionnel. 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 - 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. Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit donc examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de

réadaptation. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée - qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (arrêt TF 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2, *in* SVR 2011 IV Nr. 3).

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.

5.3.2. En l'espèce, le Dr F._____ a certes relevé une amélioration stable des symptômes affectifs de l'assurée et un état psychique ne justifiant plus une incapacité de travail durable, ce qui lui a permis de considérer que *"l'effort à surmonter ses particularités de fonctionnement afin de poursuivre une activité professionnelle adaptée à ses limitations physiques est raisonnablement exigible à plein temps au plan psychique"*. Parallèlement, il a néanmoins souligné que la recourante craignait *"des difficultés sociales lors d'une réintégration dans le monde du travail, après plus de 20 ans d'absence. Face à cette situation, elle semble peu encline à s'investir dans une réadaptation professionnelle et risque de rencontrer des difficultés s'expliquant par l'adoption d'une attitude oppositionnelle au lieu d'un trouble psychique justifiant une incapacité de travail"*. Il a dès lors conclu à l'exigibilité d'une pleine capacité de travail *"après une période suffisante d'adaptation tenant compte de son déconditionnement après plus de 20 ans d'inactivité professionnelle"*.

Vu ce qui précède, c'est à raison que l'OAI a octroyé à la recourante un stage de préparation à une activité professionnelle, du 24 janvier au 23 avril 2017, puis un placement à l'essai, prévu du 15 mai au 13 août 2017, à chaque fois à 75%. A l'issue de ces mesures, celle-ci a informé l'OAI que, pour des raisons de santé, elle parvenait pas à assumer un tel taux à long terme et ne s'imaginait pas travailler dans l'économie libre. Le mandat de placement a alors été clôturé, avant que la décision litigieuse, supprimant la rente dès le 1^{er} mai 2018, ne soit rendue.

De l'avis des juges de céans, les particularités du cas d'espèce auraient mérité une prise en charge plus prudente. Il convient non seulement de tenir compte du fait que la recourante bénéficiait d'une rente entière d'invalidité depuis plus de 20 ans, mais également que, précédemment, elle n'a pas été en mesure d'acquérir une grande expérience professionnelle. Il ressort en effet du dossier qu'après son apprentissage de dessinatrice en bâtiment, elle a travaillé moins d'une année dans cette profession, avant que son employeur ne résilie les rapports de travail pour des raisons économiques. Par la suite, elle a œuvré quelques mois encore en tant que caissière et n'a plus travaillé depuis. Compte tenu également de la présence d'un trouble de la

personnalité, certes non invalidant, mais susceptible d'influencer le succès d'un retour en emploi, la décision de l'OAI de requérir d'emblée une reprise d'activité à 75% paraît peu judicieuse. Ce d'autant que la recourante s'est précisément plainte de ses difficultés à assumer le taux d'activité qui lui était imposé et avait demandé la possibilité de le réduire à 50% pour lui permettre de récupérer (cf. dossier AI pièce 176). Dans le document précité, le conseiller en placement note d'ailleurs que l'employeur a apprécié "*la qualité du travail et le sérieux professionnel*" de l'assurée, ajoutant un rendement en-dessous des normes mais une bonne qualité. On ne saurait donc conclure que la recourante a provoqué l'échec de ces mesures. Il eût été judicieux que l'OAI se renseigne auprès de l'expert, pour savoir si une reprise à 75% était possible et adaptée à l'état de santé de l'assurée.

Dès lors, le processus de réinsertion n'a pas été optimal et son interruption doit être considérée comme prématurée.

Au demeurant, il est permis de douter qu'après un si long éloignement du marché du travail, la recourante soit en mesure de reprendre son activité habituelle de dessinatrice en bâtiment sans mesure de soutien particulière, ne serait-ce qu'en raison de l'évolution technologique qui n'a pas dû manquer d'intervenir dans ce domaine d'activité en 25 ans. Il en va d'ailleurs de même dans bon nombre d'autres activités.

Au final, la Cour de céans estime qu'une reprise d'activité progressive, avec un taux d'activité croissant, aurait dû être réalisée en l'espèce pour maximiser les chances de réussite des mesures de réentraînement. Il convient dès lors de renvoyer le dossier à l'OAI, pour qu'il mette en œuvre les mesures correspondantes. Dans ce cadre, il veillera à fixer des objectifs clairs dans le cadre du mandat qu'il sera vraisemblablement amené à déléguer et à suivre ce dossier d'une manière attentive. Cas échéant, il adressera une sommation à l'assurée.

6.

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle reprenne le processus de réinsertion conformément aux considérants et rende ultérieurement une nouvelle décision.

Au vu de l'admission du recours, les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe. L'avance de frais du même montant consentie par la recourante lui sera restituée.

Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à des dépens.

Dans sa liste de frais déposée le 28 janvier 2019, le mandataire de la recourante a fixé des débours forfaitaires, à raison de 5% du montant des honoraires. Il convient de rappeler que le système de forfait est applicable en matière civile mais pas en droit administratif, qui relève du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (RSF 150.1). On peut ici admettre qu'un montant de CHF 100.- tient raisonnablement compte des débours encourus. Il se justifie ainsi de fixer l'équitable indemnité à raison de 12.83 h à CHF 250.-, soit à CHF 3'208.35, plus CHF 100.- de débours, plus CHF 254.75 au titre de la TVA à 7.7%, soit un total de CHF 3'563.10, indemnité intégralement mise à la charge de l'OAI.

la Cour arrête :

I. Le recours est admis.

Partant, la décision attaquée est annulée et la cause est renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

II. Les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe. L'avance de frais du même montant sera restituée à la recourante après l'entrée en force du présent jugement.

III. L'équitable indemnité allouée à la recourante pour ses frais de défense est fixée à CHF 3'208.35, plus CHF 100.- de débours, plus CHF 254.75 au titre de la TVA à 7.7%, soit à CHF 3'563.10, et mise intégralement à la charge de l'OAI.

IV. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 4 février 2019/mba

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :