



**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 2019 20
608 2019 21
608 2019 22

Arrêt du 18 avril 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 Nicolas Charrière,
avocat

contre

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

Objet

Assurance-invalidité – Suppression de rente par reconsidération

Recours (608 2019 20) du 22 janvier 2019 contre la décision du
4 décembre 2018, ainsi que demande d'assistance judiciaire gratuite
totale (608 2019 21) et demande de mesures provisionnelles
(608 2019 22) déposées le même jour

considérant en fait

A. A. _____, née en 1972, domiciliée à B. _____, mariée, mère de trois enfants majeurs, a travaillé en dernier lieu en tant qu'employée de production pour le compte de l'entreprise C. _____ SA. Victime de problèmes de santé (douleurs au dos, dépression), elle a été dans l'incapacité de travailler depuis le mois de mai 2002 et, à ce titre, a été dans un premier temps prise en charge par l'assurance perte de gain maladie de son employeur (D. _____ Compagnie d'assurances).

En mai 2003, l'assurée a requis l'octroi de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), à Givisiez, en raison d'une "*maladie fibromusculaire*" et d'un "*tunnel carpien droit*". Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a requis qu'elle se soumette à une expertise, laquelle a été confiée à la Dresse E. _____, spécialiste en rhumatologie, et au Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leurs rapports du 20 et du 24 juillet 2004, ceux-ci ont retenu les diagnostics de trouble dépressif persistant léger et de fibromyalgie.

Par décision du 16 février 2005, l'OAI a refusé à son assurée l'octroi d'une rente d'invalidité. Retenant la présence d'un trouble somatoforme douloureux non invalidant (en raison de l'absence de comorbidité psychiatrique grave), il a estimé qu'elle restait en mesure de poursuivre sa précédente activité. L'opposition, puis le recours (5S 2005 247) formés par l'assurée ont été successivement rejetés.

B. Une nouvelle demande, déposée en mai 2006, s'est soldée par un refus d'entrer en matière de la part de l'OAI, par décision du 19 février 2008.

En août 2009, l'assurée a présenté une troisième demande de prestations. Sur la base de l'expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) du 23 août 2010, réalisée par les spécialistes de G. _____, l'OAI est parvenu à la conclusion que celle-ci n'était plus en mesure de travailler qu'à 50% dans une activité industrielle légère.

Par décision du 25 janvier 2012, il a reconnu l'existence d'un degré d'invalidité de 55%, ouvrant à l'assurée le droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} août 2010.

Ce droit a été confirmé à l'occasion d'une procédure de révision d'office, par communication du 24 avril 2015, basée sur des rapports du généraliste et du psychiatre traitants, rédigés sur la formule officielle.

C. Dans le cadre d'une demande de révision déposée en janvier 2018, A. _____ a invoqué une péjoration de son état de santé. Après avoir requis l'avis du psychiatre et du rhumatologue traitants, l'OAI a demandé à son médecin SMR de se prononcer. Dans son rapport du 23 juillet 2018, ce dernier a retenu en substance que l'état de santé et les limitations fonctionnelles étaient inchangés depuis la dernière décision, tout en relevant que ce dossier aurait pu être révisé dans le cadre des Dispositions finales de la 6^{ème} révision de l'AI.

Par projet de décision du 22 août 2018, l'OAI a annoncé son intention de reconsidérer sa décision du 25 janvier 2012 et de supprimer la demi-rente à laquelle l'assurée avait droit jusqu'alors. Il a expliqué ce revirement par le fait que la capacité de travail de 50% retenue par les experts, puis

par l'autorité, concernait l'activité habituelle exercée avant les problèmes de santé. Or, ces mêmes experts admettaient en revanche une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée, dont il découle un degré d'invalidité de 30%, insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité.

Par décision du 4 décembre 2018, l'OAI a confirmé son projet et supprimé dès le 1^{er} février 2019 la demi-rente octroyée jusqu'alors.

D. Contre cette décision, A. _____, représentée par Me Nicolas Charrière, avocat, interjette recours le 22 janvier 2019 devant le Tribunal cantonal en concluant, principalement, à la reconnaissance d'un degré d'invalidité de 75% au moins dès le 1^{er} octobre 2017 et, subsidiairement, au renvoi du dossier pour instruction complémentaire sur l'évolution de son état de santé depuis octobre 2017 et nouvelle décision, le tout avec suite de frais et dépens. Parallèlement au dépôt de son recours, elle demande à être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire totale (608 2019 21) ainsi qu'à obtenir la restitution de l'effet suspensif (608 2019 22).

A l'appui de son recours, elle affirme que le fait pour l'OAI de retenir une diminution de la capacité de travail de 50% en 2012 relevait d'une "*appréciation globale et générale de l'ensemble des pièces du dossier*", et non d'une erreur manifeste de sa part. Elle conteste également que la correction opérée par dite autorité revête une importance notable, relevant en particulier la durée écoulée depuis le prononcé de la décision rendue prétendument à tort, de même que le fait que celle-ci a tout de même été confirmée en 2015, dans le cadre d'une procédure de révision. Dans un deuxième motif, elle reproche à l'OAI de ne pas avoir correctement examiné l'aggravation de son état de santé, critiquant en particulier le fait qu'il se soit uniquement basé sur l'avis du médecin SMR. Enfin, la recourante invoque le grief d'inopportunité, compte tenu de la longue période durant laquelle elle a bénéficié d'une demi-rente, mais également du fait qu'elle est atteinte dans sa santé, qu'elle n'a plus travaillé depuis plus de 16 ans et que le montant de sa rente est somme toute modique.

Par courrier du 31 janvier 2019, la recourante remet un rapport de son psychiatre traitant attestant d'une détérioration générale de son état de santé et justifiant la demande de révision tendant à une augmentation de sa rente.

Par observations déposées le 26 février 2019, l'OAI renvoie aux motifs de sa décision et conclut au rejet du recours.

Il n'a pas été procédé à d'autre échange d'écritures entre les parties.

Il sera fait état des arguments développés par elles 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 et dûment représentée, le recours est recevable.

2.

2.1. L'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (art. 53 al. 2 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 [LA; RS 831.20]).

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3; 119 V 475 consid. 1b/cc). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 8 consid. 2c; 115 V 308 consid. 4a/cc). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts TF 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

Pour pouvoir qualifier une décision de manifestement erronée, il ne suffit pas que l'assureur social ou le juge, en réexaminant l'un ou l'autre aspect du droit à la prestation d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels. S'il apparaît ultérieurement, à la suite d'un examen plus minutieux de la situation, que l'instruction ou l'appréciation médicale du cas avait été faite d'une manière qui peut aujourd'hui sembler critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée au regard de la situation de fait et de droit de l'époque (arrêt TF 9C_709/2012 du 27 novembre 2012 consid. 2.3 et 2.4).

Il ressort de la casuistique du Tribunal fédéral qu'une décision est manifestement erronée lorsque l'incapacité de travail n'est évaluée que dans l'activité habituelle, sans que la question de la capacité de travail dans une autre activité et celle d'un changement de profession, voire d'une réadaptation professionnelle, n'aient été examinées (arrêt TF 9C_194/2015 du 30 octobre 2015; cf. ég. arrêts TF 9C_7/2014 du 27 mars 2014; 9C_430/2011 du 6 mars 2012; 9C_225/2007 du 11 mars 2008; I 302/04 du 27 mars 2006). Est également manifestement erronée une évaluation du degré d'invalidité qui ne se fonde que sur une note manuscrite au dossier et non sur une appréciation médicale ou une autre pièce probante (arrêt TF 9C_560/2010 du 11 avril 2011) ou celle qui ne prend pas en compte la situation après une intervention chirurgicale alors même que des médecins pronostiquent une amélioration (arrêt TF I 109/07 du 25 juin 2007). Le Tribunal fédéral a aussi admis l'usage de la reconsidération lorsque la décision initiale a été prise en l'absence d'un fondement médical suffisant pour reconnaître une atteinte à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail (arrêt TF 9C_593/2010 du 28 mars 2011). Enfin, dans le

contexte particulier d'un trouble somatoforme douloureux, le Tribunal fédéral a considéré qu'une décision se fondant sur un bref rapport médical était manifestement erronée en présence d'un rapport médical plus détaillé, explicitant notamment les critères de Foerster, possédant une valeur probante nettement supérieure (arrêt TF I 823/05 du 25 avril 2007).

S'agissant de l'importance de la correction, on ne peut pas fixer un montant-limite généralement valable en tant que critère. Est plutôt déterminant l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, qui comprend également le laps de temps qui s'est écoulé depuis le moment où les prestations indues ont été octroyées. Par contre, doit être en principe sans importance le nombre des litiges en matière de demandes de restitution résultant de la même erreur de l'administration. Le montant de la prestation indûment versée importe dans la mesure où l'intérêt de l'administration à ce que le droit objectif soit appliqué correctement compte en règle générale d'autant moins que les prestations versées sans droit sont peu élevées. La condition relative à l'importance de la correction sert en outre à limiter les travaux et frais d'administration et de procédure (ATF 107 V 180 consid. 2b; DTA 1982 no 11 p. 72 consid. 2b; RCC 1989 p. 547 consid. 2c). A cet égard, le TFA a jugé une somme de CHF 706.- comme suffisamment importante (DTA 2000 no 40 p. 208).

2.2. Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Selon l'art. 28 al. 1 et 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. D'après 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. La rente est échelonnée comme susmentionnée (cf. art. 28 al. 2 LAI).

L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à 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. En d'autres termes, 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 (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469).

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).

2.3. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

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

3.

Il convient tout d'abord d'examiner si l'autorité intimée était fondée à procéder à la suppression de la rente octroyée à la recourante en se fondant sur les règles relatives à la reconsidération.

3.1. L'OAI motive sa décision de la manière suivante: *"Vous avez déposé une 1^{ère} demande de prestations auprès de notre Office le 26.08.2009 et, après avoir examiné votre situation professionnelle et médicale, c'est à tort que nous vous avons octroyé une rente au taux de 55% dès le 01.08.2010. En effet, les experts de G._____ mentionnent dans leur rapport d'expertise du 23.08.2010 en p. 12 : «Dans une activité de manutention légère, respectant ces limitations avec possibilité d'alterner la position assise et debout, l'assurée peut travailler à plein temps. Toutefois, une diminution du rendement d'environ 30% devrait être retenue afin de permettre à l'assurée de faire des pauses fréquentes en cas de douleurs ou éventuellement, si ce n'est pas possible, d'envisager une réduction du temps de travail de 30%.» et en p. 14 : «70% de capacité de travail dans une activité adaptée.» En effet, le 50% de capacité de travail résiduelle reconnu par les*

experts concernait votre activité initiale. Il s'agit donc d'une erreur manifeste de notre part remettant en cause notre décision initiale d'octroi de rente".

Il convient de se référer au contenu de l'expertise médicale précitée. Celle-ci se décompose en deux parties: d'un côté, le rapport d'expertise bidisciplinaire du 23 août 2010, signé par le Dr H._____, spécialiste en rhumatologie, ainsi que par la Dresse I._____, médecin praticien, et le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale; de l'autre, l'appréciation psychiatrique datée du 21 juin 2010 et signée par la Dresse K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

L'OAI se réfère au premier rapport cité pour justifier la reconsidération. Or, une lecture attentive dudit rapport indique que celui-ci ne porte en réalité que sur le volet rhumatologique. Ainsi, l'extrait cité par l'autorité (p. 12 de l'expertise) ne tient manifestement pas compte de la composante psychiatrique. Il constitue en effet la conclusion d'une discussion ne portant que sur la composante rhumatologique. Le taux d'activité de 70% évoqué en p. 14 de l'expertise (en réponse à la question C.3.2: "*Dans quelle mesure l'activité adaptée peut-elle être exercée ?*") doit être mis en lien avec la réponse à la question C.1, dans laquelle les experts (en rhumatologie) confirment que des mesures de réadaptation sont envisageables "*du point de vue rhumatologique*", ajoutant dans la foulée qu'"*une réadaptation professionnelle est parfaitement envisageable, les limitations à une telle procédure semblent plutôt d'ordre psychiatrique (se référer à l'expertise psychiatrique)*".

Précisément, l'examen du rapport d'expertise psychiatrique réalisé par la Dresse K._____ fait ressortir la présence d'une symptomatologie dépressive et anxieuse d'intensité moyenne, mais surtout "*l'impression d'un effondrement des ressources intrapsychiques*". L'experte émet un avis nuancé: "*Malgré une symptomatologie psychiatrique relativement peu convaincante sur l'influence de sa capacité de travail (trouble anxieux et dépressif d'intensité moyenne), en raison d'un effondrement de ses ressources intrapsychiques, la capacité de travail de A._____ peut être estimée à 50% de 2002 jusqu'à présent*".

A la lumière de ce qui précède, les conclusions de l'OAI relatives à la capacité de travail résiduelle de la recourante procèdent d'une lecture partielle, et par conséquent erronée de l'expertise de G._____. Dans sa version initiale, telle qu'elle vient d'être rappelée, dite expertise ne contenait aucune appréciation consensuelle explicite de la capacité de travail.

Le dossier de la recourante contient en revanche un courrier daté du 25 février 2011 (p. 470 du dossier AI), dans lequel G._____, par l'intermédiaire du Dr J._____, répond à l'OAI et apporte les précisions suivantes: "*Votre constat est pertinent car ni le rapport de l'expert principal et rhumatologue ni celui du psychiatre ne contiennent une appréciation synthétique. Cependant, les deux experts se sont mis d'accord entre eux pour répondre aux questionnaires*". Confirmant ensuite la présence d'un syndrome douloureux répondant tant aux critères d'un syndrome fibromyalgique (au plan rhumatologique) qu'à ceux d'un trouble somatoforme douloureux (au plan psychiatrique), accompagné d'un trouble anxio-dépressif mixte d'intensité moyenne et de troubles statiques et dégénératifs cervico-lombaires discrets, il relève surtout l'absence de réelles ressources psychiques et termine ainsi: "*L'importance de la capacité de travail résiduelle est principalement limitée par cette absence de ressources psychiques et il n'y a pas de cumul avec les restrictions issues du plan rhumatologique. Nous avons fixé la capacité de travail d'un commun accord :*

- *Dans l'activité exercée à 50% (présence à mi-temps, rendement normal)*

- *Dans une activité adaptée à 50% (présence à mi-temps et rendement normal)".*

Il découle de ce qui précède que la décision de l'OAI fixant la capacité de travail résiduelle de l'assurée dans une activité adaptée à 50%, en janvier 2012, ne procédait pas d'une erreur (manifeste) mais, au contraire, d'une évaluation réfléchie du dossier à sa disposition. Rétrospectivement, il apparaît en effet que cette autorité a, en toute connaissance de cause et pour des raisons qui lui sont propres, décidé de suivre la position des experts.

On ajoutera à cet égard que l'autorité intimée avait en effet à sa disposition, au moment de rendre sa décision initiale d'octroi de rente, un autre rapport médical du 1^{er} juillet 2011 établi par la Dresse L._____, spécialiste en médecine générale œuvrant auprès du SMR. Cette dernière y remettait ouvertement en cause les conclusions des experts, en particulier s'agissant du caractère invalidant du trouble somatoforme. Elle relevait notamment l'absence de comorbidité psychiatrique grave, l'absence de contrôle de la prise d'antidépresseurs (empêchant la constatation de l'échec de traitements médicaux), l'absence de retrait social marqué de même que d'éléments concrets susceptibles de démontrer la présence d'un état psychique cristallisé. Elle notait que, "*pour la même période et avec les mêmes observations cliniques et diagnostiques*", les précédents experts avaient reconnu une capacité de travail entière. "*Aussi, l'effondrement des ressources psychiques d'une importance telle que la capacité de travail est réduite à 50% et ceci depuis 2002, ne peut être reconnue*". A la suite de ce rapport, l'OAI s'est toutefois contenté de demander au Dr M._____, alors psychiatre traitant, de se déterminer sur l'expertise de G._____. Dans sa réponse du 8 septembre 2011, celui-ci s'est rallié aux conclusions des experts et a confirmé une capacité de travail de 50% dans toute activité.

3.2. Force est donc de constater que l'OAI ne peut pas prétendre s'être fondé de manière erronée sur les conclusions des experts retenant une capacité de travail de 50 %, alors que ces derniers, sans parler de la Dresse L._____, ont par ailleurs expressément estimé une capacité de travail supérieure (70 %) dans une activité adaptée pour supprimer la demi-rente de la recourante par la voie de la reconsidération. La décision litigieuse doit dès lors être purement et simplement annulée.

4.

A ce stade, il conviendrait encore d'examiner si l'aggravation invoquée par la recourante dans sa demande de révision de janvier 2018 a été correctement évaluée par l'OAI.

Toutefois, il appert que ce dernier, après avoir débuté l'instruction de dite demande par la réquisition de rapports médicaux après des différents médecins traitants, puis requis l'avis du médecin SMR, a interrompu la procédure de révision et rédigé un projet de décision consistant en la suppression de la demi-rente par voie de reconsidération. La décision ici litigieuse porte d'ailleurs exclusivement sur cette question et n'aborde pas du tout celle de la péjoration éventuelle de l'état de santé de l'assurée, sous l'angle de la révision. Faute de l'avoir fait, cette question ne fait pas partie de l'objet de la contestation et n'est donc pas soumise à l'examen de l'Instance de céans.

Il convient de ce fait de renvoyer le dossier à l'OAI, ce dernier étant invité à reprendre/poursuivre l'instruction de la demande de révision de janvier 2018, puis de rendre une nouvelle décision.

Vu ce qui précède, il n'est pas nécessaire d'examiner les mérites du grief d'inopportunité, également invoqué par la recourante.

5.

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, en ce qu'elle supprime le droit à une demi-rente par voie de reconsidération. Au surplus, le dossier est renvoyé à l'autorité intimée, à charge pour cette dernière de reprendre l'instruction de la demande de révision déposée en janvier 2018, conformément aux considérants.

Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

Obtenant gain de cause, la recourante a droit à des dépens. Le 4 avril 2019, son mandataire a transmis une liste de frais d'un montant total de CHF 4'286.10, soit CHF 3'583.35 au titre des honoraires (14h20 à CHF 250.-), CHF 50.- au titre de la correspondance (sans détails), CHF 179.20 au titre des débours (5% des honoraires) et CHF 293.55 au titre de la TVA (7.7%), ainsi que CHF 180.- correspondant aux honoraires relatifs à un rapport médical rédigé par le psychiatre traitant de la recourante à la demande du mandataire de cette dernière.

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).

Il se justifie ainsi de fixer l'équitable indemnité à raison de 14h20 à CHF 250.-, soit à CHF 3'583.35, plus CHF 200.- de débours, plus CHF 291.30 au titre de la TVA à 7.7%, soit CHF 4'128.50, auxquels s'ajoutent CHF 180.- pour le rapport médical du 26 janvier 2019. C'est ainsi une indemnité totale de CHF 4'254.65 qui est intégralement mise à la charge de l'OAI.

Le recours étant admis, la demande d'assistance judiciaire totale (608 2019 21) devient sans objet.

Dès lors que la Cour statue sur le fond du litige, la requête de restitution de l'effet suspensif (608 2019 22) devient à son tour sans objet et peut par conséquent être rayée du rôle.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

- I. Le recours est admis (608 2019 20) et la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg du 4 décembre 2018 annulée.
- II. La cause est par ailleurs renvoyée à l'autorité intimée afin qu'elle instruisse la demande de révision de janvier 2018 et rende une nouvelle décision
- III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg.
- IV. L'indemnité de partie allouée à A. _____ pour ses frais de défense est fixée à CHF 3'583.35, plus CHF 200.- de débours, plus CHF 291.30 au titre de la TVA à 7.7% ainsi que CHF 180.- d'honoraires médicaux, soit à un total de CHF 4'254.65, et mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg.
- V. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2019 21), devenue sans objet, est rayée du rôle.
- VI. La demande de restitution de l'effet suspensif (608 2019 22), devenue sans objet, est rayée du rôle.
- VII. 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 18 avril 2019/mba

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :