

S1 12 215 / S1 13 7

JUGEMENT DU 9 DECEMBRE 2013

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et Jean-Pierre Zufferey, juges ; Pierre-André Moix, greffier

en la cause

X _____, recourante, représentée par Madame A _____

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(fibromyalgie, suppression de la rente)

Faits

A. De nationalité B_____, X_____, née en 1965, est arrivée en Suisse en 1983. Elle a exercé divers emplois dans l'hôtellerie à C_____ et dans D_____. La dernière activité exercée jusqu'en été 1999 était celle d'ouvrière de fabrique à E_____.

En incapacité de travail complète depuis août 1999 pour des douleurs généralisées, l'assurée a déposé une demande de rente d'invalidité auprès de l'Office cantonal AI du canton du Valais le 11 avril 2000.

L'OAI a alors recueilli les renseignements médicaux usuels auprès du médecin traitant de l'intéressée, le Dr F_____, spécialiste FMH en médecine interne. Ce dernier retient dans un avis du 19 mai 2000 le diagnostic de fibromyalgie, diagnostic confirmé par la clinique de réhabilitation de G_____ dans un rapport du 1^{er} mars précédent et par le Dr H_____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie (avis du 30 novembre 1999).

Afin de clarifier l'aspect psychiatrique de l'état de santé de l'assurée, l'OAI a chargé le Dr I_____, spécialiste FMH en la matière, d'établir une expertise. Dans son rapport du 16 janvier 2001, ce praticien confirme le diagnostic de fibromyalgie et y ajoute ceux de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F 33.4), et de trouble somatoforme (F 45.0). Il estime que l'incapacité de travail en tant qu'ouvrière d'usine est totale et conseille une observation en atelier protégé.

Compte tenu de ces éléments, l'OAI a mis en place des mesures d'observation professionnelle aux Ateliers J_____, prévues du 17 avril au 15 juillet 2001. L'assurée n'a cependant que partiellement participé à ce stage, de nombreuses absences pour cause de douleurs étant à relever. Par conséquent, l'OAI a mis fin aux mesures d'observation pour le 12 juin 2001.

Le Dr F_____ précise le 26 juin 2001 que sa patiente serait en mesure de travailler tout au plus deux à quatre heures par jour et considère donc que la capacité de travail dans un activité légère est de 50%.

L'OAI a alors décidé de solliciter un nouvel avis médical auprès du Dr H_____. Ce dernier indique dans son rapport du 25 octobre 2001 que l'intéressée souffre de fibromyalgie sévère et qu'elle est totalement incapable de travailler, tant dans son activité habituelle que dans un emploi adapté.

Par décision du 8 mai 2002, l'OAI a donc accordé à X_____ une rente entière avec effet dès le 2 août 2000.

Cette rente a été confirmée lors de procédures de révision subséquentes, par décisions des 8 octobre 2003, 6 décembre 2005 et 16 avril 2008, le Dr F_____ ayant certifié lors de ces procédures que la situation de l'assuré n'avait pas changé.

B. Une nouvelle révision a été initiée le 29 avril 2011. Le 10 juin suivant, le Dr F_____ a exposé à l'assurance-invalidité que sa patiente avait subi une cure de varices à l'hôpital de K_____ en date du 21 mars 2011 mais que sur le plan de la fibromyalgie, sa situation n'avait pas évolué. Elle était donc toujours en incapacité totale de travail, seule une remise au travail dans une activité adaptée et un milieu protégé avec l'aide de l'AI étant envisageable.

Dans un avis du 25 juillet suivant, le Dr L_____, spécialiste FMH en chirurgie, indique que les suites de la cure de varices sont désormais terminées et qu'aucune incapacité de travail n'est à relever en relation avec cette affection.

Fort de ces informations, le SMR a décidé, sous la plume des Drs M_____ et N_____, de mettre sur pied une expertise pluridisciplinaire, le mandat d'expert somaticien étant confié au Dr O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et celui d'expert psychiatre étant assumé par le Dr P_____, psychiatre FMH.

Dans son rapport du 14 février 2012, le Dr O_____ retient le diagnostic de fibromyalgie, laquelle se caractérise par des douleurs généralisées sans substrat organique. Il relève que l'assurée représente un cas typique de cette affection, caractérisée par l'allodynie, soit la perception ressentie comme douloureuse d'un stimulus anodin. Il ajoute qu'il a pu constater de nombreux signes de non-organicité et des incohérences lors de son examen.

Du point de vue psychiatrique, le Dr P_____ considère que les symptômes psychiques accompagnant la fibromyalgie se limitent à une dysthymie (F 34.1) et n'atteignent pas le niveau de sévérité d'une comorbidité psychiatrique autonome justifiant une incapacité de travail. Il relève que si l'assurée se sent fatiguée et déprimée, qu'elle rumine et se plaint de ses douleurs, dormant mal et ayant perdu confiance en elle-même, elle est toujours restée capable de faire face aux exigences de la vie quotidienne. Il souligne également que le dosage médicamenteux montre l'absence de prise de Saroten dans les quatre jours qui ont précédé l'examen, alors que l'assurée lui a décrit en prendre quotidiennement. Il en déduit que le contraste entre les résultats et les dires de l'intéressée laissent planer des doutes concernant la sévérité réelle de ses symptômes.

Dès lors, les experts estiment que le pronostic est bon du point de vue objectif en l'absence de pathologie organique avérée, mais affirment tout de même que subjectivement, l'espoir d'une amélioration est utopique, les auto-limitations et le comportement d'invalidé de l'assurée, ajoutés au déconditionnement lié à 13 ans d'inactivité, rendant illusoire toute tentative de reclassement. Ils concluent toutefois à une capacité de travail complète sur le plan médico-théorique.

Après avoir pris connaissance de cette expertise jugée probante, le SMR, par l'intermédiaire des Drs Q_____, psychiatre FMH et M_____, a considéré

qu'on pouvait raisonnablement exiger de l'assurée une pleine capacité de travail dans toute activité, retenant le diagnostic de fibromyalgie sans pathogenèse ou étiologie claire ni déficit organique (rapport final des 8 et 13 mars 2012).

Appliquant l'article 8a LAI, issu de la révision 6a de l'AI et entré en vigueur le 1^{er} janvier 2012, l'OAI a établi le 24 avril 2012 un projet de suppression de rente, précisant toutefois à l'assurée que si elle participait à des mesures de nouvelle réadaptation, sa rente continuerait à lui être versée durant deux ans au maximum (communication du 30 mars 2012).

Le 20 juin 2012, X_____ s'est opposée à la suppression de sa rente d'invalidité, critiquant le rapport d'expertise du Dr P_____, qu'elle estime dénué d'objectivité et contenant des contre-vérités et des interprétations fallacieuses de ses propos. Elle a donc sollicité une nouvelle expertise et a recommandé de s'adresser au Dr I_____, qui avait procédé à un examen psychiatrique à l'attention de l'OAI en 2001 et qui était donc le mieux qualifié pour estimer si une amélioration de la situation avait eu lieu depuis cette date.

Dans son avis du 27 juin suivant, le Dr Q_____ a réfuté de manière circonstanciée les critiques énoncées contre l'expertise du Dr P_____ dont il a souligné une nouvelle fois la très bonne qualité.

Des mesures de nouvelle réadaptation ont été mises en œuvre par l'OAI, sous la forme d'un entraînement à l'endurance auprès des Ateliers J_____ à R_____ (J_____) et ont débuté le 24 septembre 2010, une présence de deux heures par jour durant quatre jours par semaine étant requise durant le premier mois et devant être augmentée à quatre heures par jour dès la fin octobre 2012.

Parallèlement à cette mesure, l'OAI a rendu le 4 octobre 2012 une décision de suppression de rente dès le 1^{er} décembre 2012 au motif que la fibromyalgie diagnostiquée chez l'assurée n'était pas accompagnée d'une comorbidité psychiatrique et que dès lors la capacité de travail était entière, aucune affection psychiatrique avec conséquences sur la capacité de travail ne pouvant être retenue. La décision précisait en outre que la valeur probante de l'expertise du Dr P_____ était entière et qu'il convenait donc de s'y fier. Conjointement à cette décision, l'OAI a informé l'intéressée que son droit à la rente était maintenu dès le 1^{er} décembre 2012 durant les mesures de nouvelle réadaptation, pour une durée maximale de deux ans.

L'intéressée éprouvant des difficultés au cours de son stage en raison de ses douleurs, le service réadaptation de l'OAI a décidé d'augmenter les heures de travail de manière plus progressive, deux heures et demie par jour étant requises dès le 29 octobre 2012, trois heures dès le 19 novembre suivant et quatre heures dès le 3 décembre. Le rapport du 19 octobre 2012 précise en outre que la mesure ne sera poursuivie que si l'assurée atteint une constance de quatre heures par jour durant quatre jours par semaine au 31 décembre 2012. Lors du bilan du 27 novembre 2012, X_____ a affirmé que les tâches requises étaient impossibles pour elle et a décidé d'interrompre la mesure. Le responsable de J_____ a confirmé que la poursuite de la mesure

n'avait pas de sens et que les objectifs fixés ne pouvaient pas être atteints, l'état dans lequel l'assurée se présentait n'étant pas compatible avec ce type de stage.

Par décision du 3 décembre 2012, l'OAI a décidé de supprimer la rente avec effet au 1^{er} décembre précédent, relevant que l'assurée ne s'estimait pas apte à poursuivre les mesures de nouvelle réadaptation et que ces dernières avaient été interrompues le 27 novembre 2012.

C. X_____ a recouru céans contre la décision de l'OAI du 4 octobre 2012 en date du 7 novembre suivant et contre celle du 3 décembre 2012 le 21 janvier 2013. Elle considère dans son premier recours que l'expertise du Dr P_____ est dénuée de toute valeur probante, et affirme souffrir d'une affection psychiatrique qui va au-delà de la dysthymie retenue par ce psychiatre. A l'appui de ses affirmations, elle produit un rapport du 26 octobre 2012 du Dr I_____, psychiatre FMH, qui retient le diagnostic de troubles dépressifs récurrents de degré moyen à sévère et qui selon elle invalide les conclusions du Dr P_____. Elle sollicite donc la mise sur pied d'une nouvelle expertise et conclut principalement au maintien de sa rente d'invalidité. Dans sa seconde écriture de recours, elle indique qu'elle n'a pas mis fin aux mesures de nouvelle réadaptation mais que malgré les difficultés, elle voulait tout mettre en œuvre pour poursuivre son stage auprès de J_____. Elle soutient qu'elle est toujours prête à reprendre son entraînement, même en sachant que ce sera éprouvant.

La Cour de céans ayant décidé de joindre les deux causes, l'OAI a répondu le 12 février 2013, estimant que les conclusions du Dr I_____ n'étaient pas de nature à remettre en causes les conclusions convaincantes et motivées du Dr P_____ et que la valeur probante de l'expertise de ce psychiatre était entière. Elle a versé en cause à cet effet les rapports des Dr Q_____ du SMR des 29 décembre 2012 et 5 février 2013 et P_____ du 18 janvier 2013. Il a donc conclu au maintien de ses décisions et au rejet des recours.

La recourante a répliqué le 8 avril 2013 en soulignant à nouveau que l'expertise du Dr P_____ n'était pas objective et que les Drs F_____ et I_____ la connaissaient bien mieux et avaient ainsi pu être plus précis dans l'évaluation de ses plaintes. Elle a également indiqué avoir été hospitalisée du 25 février au 4 mars 2013 pour une hystérectomie et a exposé que cette intervention avait réactivé son trouble dépressif récurrent. A l'appui de cette affirmation, elle a produit les avis médicaux des Drs S_____, gynécologue FMH, et T_____, médecin-adjoint auprès des Institutions psychiatriques du Valais romand (IPVR).

Dans sa duplique du 23 avril suivant, l'OAI a relevé que les rapports médicaux produits avec la réplique de la recourante se référaient à une hospitalisation postérieure aux décisions entreprises. Dès lors, compte tenu du fait que le juge des assurances sociales doit apprécier la légalité des décisions attaquées selon l'état de fait existant au moment où la décision a été rendue, il convenait de ne pas en tenir compte, la possibilité pour la recourante de présenter une nouvelle demande en cas de péjoration durable de son état de santé étant toujours ouverte.

L'échange d'écritures a été clos le 25 avril 2013.

Considérant en droit

1.1 Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000 s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Postés respectivement les 7 novembre 2012 et 21 janvier 2013, les présents recours à l'encontre des décisions de l'OAI des 4 octobre et 3 décembre 2012, ont été interjetés dans le délai légal de trente jours prolongé des fêtes de fin d'année pour le second recours (art. 60 et 38 al. 4 let. c LPGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA; art. 81bis al. 1 LPJA). Ils répondent par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

Les recours concernent des faits de même nature et étroitement liés, portent sur des questions juridiques communes et les parties à la procédure sont les mêmes, de sorte qu'il se justifie de joindre les causes et de les liquider dans un seul jugement (ATF 131 V 59 consid. 1, 128 V 192 consid. 1).

2.1 Le litige porte sur la suppression de la rente d'invalidité de X_____ et plus particulièrement sur sa capacité de travail et sur la valeur probante des expertises médicales présentes au dossier.

2.2 Entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 dans le cadre de la 6^{ème} révision de l'AI, premier volet, les dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 concernant le réexamen des rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique prévoient ce qui suit : les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification. Si les conditions visées à l'article 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'article 17, alinéa 1, LPGA ne sont pas remplies (al. 1). En cas de réduction ou de suppression de sa rente, l'assuré a droit aux mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'article 8a LAI (al. 2). Durant la mise en œuvre de mesures de réadaptation au sens de l'article 8a, l'assurance continue de verser la rente à l'assuré, mais au plus pendant deux ans à compter du moment de la suppression ou de la réduction de la rente (al. 3).

Dans sa circulaire sur les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011 (CDF), l'Office fédéral des assurances sociales a précisé que les troubles somatoformes douloureux, le syndrome de fatigue chronique, la fibromyalgie, la neurasthénie, les troubles dissociés de la sensibilité et de la réceptivité, l'hypersomnie non organique, les troubles dissociés de la motricité et les distorsions de la colonne vertébrale (coup du lapin), en particulier, n'ont généralement pas de conséquence sur

la capacité de travail, à moins qu'ils ne s'accompagnent d'une comorbidité psychiatrique ; ces cas mis à part, on peut donc raisonnablement exiger un effort de volonté pour utiliser la capacité de travail (ch. 1002).

2.3 Selon le Tribunal fédéral, en ce qui concerne la question de l'appréciation de la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie, il faut admettre que l'on se trouve dans une situation comparable à celle de l'assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des points communs. Tout d'abord, on peut constater que leurs manifestations cliniques sont pour l'essentiel similaires (plaintes douloureuses diffuses; cf. la définition du trouble somatoforme douloureux CIM-10: F45.4). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il n'est pas rare de voir certains médecins poser indistinctement l'un ou l'autre diagnostic ou assimiler la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux. Ensuite, dans un cas comme dans l'autre, il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées. Cela rend la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. En particulier, un diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Certains auteurs déclarent du reste que la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités. Eu égard à ces caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie donc, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1)

Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Pour les raisons qui viennent être exposées ci-dessus, il y a lieu de poser la même présomption en présence d'une fibromyalgie.

Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et ATF 131 V 50). Il est légitime d'admettre que ces circonstances sont également susceptibles de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans les cas de fibromyalgie. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents et transposables au contexte de la fibromyalgie, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission

durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura 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 132 V 65 consid. 4.2.2).

2.4 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a ainsi besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 ; 115 V 134 consid. 2 ; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 158 consid. 1).

Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre (ATF 125 V 352 consid. 3a). 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 (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a). En outre, lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative 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 125 V 352 consid. 3a et 353 consid. 3b/bb ; 122 V 161 consid. 1c et les références).

Même si la jurisprudence a toujours reconnu valeur probante aux rapports des médecins internes à une assurance, il convient cependant de relever qu'en pratique, ces appréciations ne revêtent pas la même force probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur dans le cadre de la procédure selon l'art. 44 LPG.

Le tribunal devrait accorder entière valeur probante à cette dernière catégorie d'expertise émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elle remplisse les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de sa fiabilité. Si un cas d'assurance doit être tranché sans recours à une expertise externe, des exigences sévères doivent alors être posées à l'appréciation des preuves. S'il subsiste ne serait-ce qu'un léger doute au sujet du caractère fiable et fondé des conclusions médicales internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_245/2011 du 25 août 2011 consid. 5.3). Quant aux médecins traitants qui se concentrent principalement sur la question du traitement médical, leurs rapports n'aboutissent pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante et ne remplissent donc que très rarement les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125 V 351 consid. 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait que les médecins de famille, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, se prononcent en cas de doute plutôt en faveur de ceux-ci, la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige (ATF 135 V 465 consid. 4.5).

3.1 La recourante remet principalement en cause la valeur probante de l'expertise du Dr P_____, estimant qu'elle est incohérente et insoutenable et que ce dernier n'a pas fait preuve d'objectivité en minimisant ses problèmes psychiques. Selon elle, c'est l'avis médical du Dr I_____ qui doit être pris en compte, étant donné qu'il la connaît de longue date et qu'il a été plus précis dans l'évaluation de ses plaintes.

L'expertise du Dr P_____, praticien certifié SIM (Swiss Insurance Medicine), composée de quatorze pages, apparaît comme fouillée, claire et cohérente. Après avoir personnellement rencontré l'assurée, ce praticien a tenu compte de l'ensemble des avis médicaux du dossier (point I Analyse du dossier), des plaintes actuelles de l'assurée et de son histoire médicale subjectivement expliquée (point II Données subjectives), de son environnement familial et social (point III Données personnelles et familiales), de son status psychique objectif et des examens médicamenteux (point IV Données objectives) avant de poser un diagnostic de dysthymie. Dans la partie V de son rapport (Synthèse et discussion), l'expert constate que l'assurée a participé à l'expertise de façon active durant plus de deux heures sans diminution de l'énergie et de la concentration ou de l'attention et qu'elle ne présente pas de sentiment de culpabilité ou de dévalorisation, pas plus que d'idée ou d'actes auto-agressifs ou suicidaires. Compte tenu de ces éléments, qui contrastent avec le discours tenu par l'intéressée, qui se plaint de difficultés de concentration, de perte d'énergie et d'une diminution de l'élan vital, le Dr P_____ ne retient pas d'épisode dépressif.

Le dosage médicamenteux met en outre en évidence que contrairement aux affirmations de la recourante, la prise de Saroten n'est pas régulière, et que celle de Dafalgan ne correspond pas aux quantités décrites par l'expertisée elle-même.

En présence d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une fibromyalgie, il convient d'examiner si les critères consacrés par la jurisprudence, dont l'existence permet

d'admettre le caractère non exigible de la reprise du travail (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2; 130 V 352 consid. 2.2.3), sont réalisés. A cet égard, l'expertise du Dr P_____ ne permet pas de mettre en évidence une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Les éléments anamnestiques récoltés montrent que l'assurée entretient des contacts réguliers avec les membres de sa famille et ses amis et qu'elle est engagée dans une relation amoureuse, de sorte que l'on ne saurait parler d'une perte d'intégration dans toutes les manifestations de la vie. Les jeux sur l'ordinateur ainsi que l'intérêt de l'assurée pour la cuisine sont également autant d'éléments qui permettent de nier une telle situation. Il ressort en outre des rapports de J_____ que si la recourante a connu des difficultés dans les relations sociales au début de son stage, cette situation est allée en s'améliorant.

Il apparaît également qu'elle ne bénéficie pas d'un traitement psychiatrique à proprement parler, étant donné qu'elle ne consulte pas de psychiatre régulièrement, mais uniquement son médecin traitant (Dr F_____) à raison de trois ou quatre rendez-vous par année. Par conséquent il ne saurait être question de l'échec de traitements conformes aux règles de l'art. On ajoutera enfin qu'aucun autre critère ne se manifeste de façon suffisamment prépondérante pour admettre que l'assurée est incapable de fournir l'effort de volonté que l'on peut raisonnablement exiger d'elle. Partant, la Cour ne saurait faire grief à l'intimé d'avoir retenu que la recourante avait conservé une pleine capacité de travail et de gain, faute de comorbidité psychiatrique faisant obstacle à une reprise d'activité.

Quant à l'avis médical du Dr I_____, il est bien plus succinct puisqu'il ne comporte que 4 pages, et ne détaille pas de manière aussi claire les données objectives du cas de la recourante (vie familiale et relations sociales, loisirs) pour se concentrer sur ses aspects subjectifs et sur les plaintes de la patiente. Il comporte également certaines incohérences, comme le fait que l'assurée explique tout d'abord ne pas pouvoir sortir de la maison sans son mari avant de reconnaître qu'elle prend le bus toute seule pour se rendre à son stage auprès de J_____ à R_____. En outre, compte tenu du fait que certaines affirmations de la recourante semblent être différentes dans les deux expertises, il convient de rappeler qu'en présence de deux versions différentes et contradictoires, la préférence doit être accordée à celle que l'assurée a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a p. 47).

L'expertise du Dr P_____ apparaît ainsi bien plus complète et tient compte de tous les aspects, tant subjectifs qu'objectifs, du cas de la recourante.

On ajoutera encore que les deux expertises du dossier ont été analysées de manière détaillée par le Dr Q_____ du SMR, lui-même également psychiatre FMH, et que ce dernier a également reconnu au rapport du Dr P_____ une valeur probante supérieure à celui du Dr I_____.

Dès lors, en se basant sur les avis des Drs P_____ et Q_____ pour supprimer la rente de l'assurée tout en lui donnant la possibilité de suivre des mesures de nouvelle réadaptation, l'OAI a fait un usage correct des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 concernant le réexamen des rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. La décision du 4 octobre 2012 doit ainsi être confirmée.

Enfin, au vu de la valeur probante avérée de l'expertise du Dr P_____ et du fait que l'avis du Dr I_____ ne remet pas sérieusement en doute ses conclusions, au surplus corroborées par le SMR, il n'y a pas lieu de faire droit à la demande de la recourante exigeant la mise sur pied d'une nouvelle expertise.

3.2 La recourante reproche en outre à l'OAI d'avoir mis fin aux mesures de nouvelle réadaptation de manière unilatérale et se déclare prête à reprendre son stage auprès des Ateliers J_____ si on lui en laisse la possibilité.

Dès l'annonce de la mise en place de mesures de réadaptation, il apparaît que la recourante ne s'y est soumise que de mauvaise grâce, et ce uniquement en raison du fait que faute d'y participer, elle verrait sa rente supprimée avec effet immédiat (voir rapport d'examen REA de l'OAI du 20 août 2012). En outre, le rapport intermédiaire du 19 octobre 2012 mentionne que l'assurée n'est pas motivée, se plaint et commet de nombreuses erreurs par manque de concentration. Elle refuse en outre d'augmenter son temps de travail à quatre heures par jour tel que prévu. Enfin, un mois plus tard, malgré le fait que les travaux qui lui sont demandés sont simples et légers et qu'aucune exigence de rendement ne lui est imposée, la recourante maintient que ce qui lui est demandé est impossible. Dans ce cadre, le responsable de J_____ a considéré qu'il n'y avait pas de sens à poursuivre cette mesure, de sorte qu'il y a été mis fin.

L'interruption définitive des mesures de nouvelle réadaptation est signifiée à l'assuré par voie de décision. Une copie de la décision est transmise à la caisse de compensation afin que celle-ci cesse à temps le versement de la rente. Le versement s'éteint le 1^{er} jour du mois qui suit l'interruption de la mesure (CDF, ch. 1013).

Dans le cas d'espèce, la mesure auprès de J_____ ayant pris fin au 27 novembre 2012, il était justifié pour l'OAI de mettre fin au paiement de la rente pour le 1^{er} décembre suivant, conformément à la circulaire de l'OAI. Dès lors, c'est à juste titre que l'intimé a rapidement mis fin au paiement de la rente. Peu importe en définitive que la décision de mettre fin aux mesures de réadaptation soit le fait de la recourante ou de l'OAI, étant donné que la poursuite de ces dernières n'était plus possible en raison de la démotivation et de l'impossibilité d'atteindre les objectifs fixés.

La décision de l'OAI du 3 décembre 2012 est ainsi également conforme au droit, de sorte qu'elle doit également être confirmée.

4. Au cours de l'échange d'écritures, l'intéressée a produit deux avis médicaux relatifs à une hospitalisation ayant eu lieu du 25 février au 4 mars 2013 pour une hystérectomie.

En particulier, le rapport du Dr S_____, médecin-adjoint aux IPVR, fait état d'un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen qu'il étaie en relevant que la symptomatologie est majorée par le deuil face à son désir de maternité. Ce rapport n'a cependant pas à être pris en considération dans la présente procédure, l'état de fait décisif pour le juge des assurances sociales étant celui qui existait au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités).

Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 266/06 du 19 juin 2006 consid. 4.2). Il appartient ainsi à l'assurée, pour autant que l'aggravation de son état de santé perdure et se fonde sur de nouveaux éléments objectifs, de présenter une nouvelle demande de prestations dans ce sens à l'assurance-invalidité.

5.1 Au terme de ces développements, aucun des griefs articulés par la recourante ne peut être retenu. Les recours doivent dès lors être rejetés et les décisions entreprises confirmées.

5.2 Eu égard à l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGa a contrario). Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. en fonction de la difficulté moyenne de la présente procédure (art. 69 al. 1bis LAI), sont mis à la charge de la recourante et compensés avec son avance.

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais, par 500 fr., sont mis à la charge de X_____.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 9 décembre 2013