

S1 13 141

JUGEMENT DU 15 JANVIER 2014

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

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et Thomas Brunner, juges ; Mireille Allegro, greffière

en la cause

X _____, recourante, représentée par Maître A _____

contre

Office cantonal AI du Valais, intimé

(suppression de la rente d'invalidité)

recours contre la décision du 26 juin 2013

Faits

A.a X_____, née le xxx 1957, a été placée en internat dès l'âge de 10 ans jusqu'à 17 ans. Sans formation, elle a eu ensuite différents emplois dans la restauration, puis a été engagée comme aide-cuisinière à la clinique B_____, à C_____, du 1^{er} mars 1985 au 31 décembre 1996. Elle s'est mariée à deux reprises et a eu 3 enfants (nés en 1981, 1982 et 1989).

A.b Le 29 octobre 1996, elle a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI) en raison d'une affection rhumatismale existant depuis 2 à 3 ans. Selon le rapport du 1^{er} février 1997 du Dr D_____, une incapacité de travail avait été attestée à 100% du 20 novembre 1995 au 28 janvier 1996, puis à 50% du 28 janvier au 2 septembre 1996 en raison d'une fatigue générale avec douleurs de l'épaule et du bras droit. Une expertise avait été mise en œuvre auprès du Dr E_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, lequel avait constaté une discordance entre l'importance des plaintes et la normalité du status clinique, ainsi qu'entre l'importance de la douleur et l'absence de recherche de solution de la part de la patiente qui, depuis une année, ne suivait aucun traitement et n'en éprouvait pas le besoin. L'expert avait conclu à l'absence d'incapacité de travail sur le plan rhumatologique, à moins d'une décompensation psychogène rendant nécessaire un avis psychiatrique (cf. rapport du 12 août 1996, pièce 8).

En raison de l'intelligence limite de l'assurée et d'une suspicion de psychose infantile, une expertise psychiatrique a été mise en œuvre auprès de la Dresse F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 12 juin 1998 (pièce 40), l'experte n'a pas noté de véritable maladie psychiatrique, mais a relevé une intelligence limite et un manque de formation qui n'avaient pas empêché l'expertisée d'effectuer certains travaux pendant des années à la clinique B_____. Elle a posé le diagnostic de trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et à une affection médicale généralisée (« tendinites ») chez une personnalité dépendante, fruste et d'intelligence limite. Concernant la capacité de travail, elle a estimé que l'expertisée devait pouvoir se montrer capable de reprendre progressivement une activité adaptée tout d'abord à 50% durant 6 mois, puis à 80% au minimum.

Nanti de ces éléments, l'OAI a refusé à l'assurée tout droit à une rente d'invalidité par décision du 29 juillet 1998.

B. Le 1^{er} juillet 1999, X_____ a déposé une nouvelle demande en signalant une aggravation de son état de santé. Selon la Dresse G_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, l'assurée présentait un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie, une épicondylite droite, des troubles statiques du rachis, une très probable somatisation dans le cadre d'un état anxieux et une obésité morbide. De son point de vue, dans une activité légère, sans port de charge et sans mouvement répétitif, avec la possibilité de changer souvent de position, la capacité de travail de l'intéressée était de 50% (cf. rapport du 14 avril 1999, pièce 49).

Un examen auprès d'une psychologue et psychothérapeute FSP a permis de poser le diagnostic de personnalité de type état limite inférieur, avec ressources d'adaptation limitées (cf. rapport du 19 août 1999, pièce 52).

Sur la base de ces éléments, en tenant compte des limitations intellectuelles et des problèmes de personnalité, le médecin AI a admis une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée, en position libre assis-debout, sans porte-à-faux ni rotation du tronc et sans port de charges supérieures à 5-10 kg (cf. avis des 24 août et 9 septembre 1999, pièces 53 et 55).

L'assurée ayant signalé des incapacités au ménage (activité représentant 24%), une enquête ménagère a été réalisée montrant des empêchements à hauteur de 13.5% (cf. pièce 60). Ajouté à l'incapacité de travail hors ménage fixé à 55%, cela représentait un taux d'invalidité de 45% (55% de 76% + 13% de 24%), justifiant l'octroi d'une demi rente AI du 1^{er} décembre 1999 au 31 mars 2001, dès lors que l'assurée remplissait les conditions économiques du « cas pénible » (cf. décisions du 20 avril 2000 et du 23 septembre 2002, pièce 67), puis d'un quart de rente du 1^{er} avril au 31 mai 2001 (cf. décisions du 14 mai 2001 et du 23 septembre 2002, pièces 71 et 101).

C. Le 5 juin 2001, X_____ a demandé à l'OAI de bien vouloir réviser son dossier dès lors que le Dr H_____, médecine interne, avait constaté une détérioration de son état de santé.

Dans son rapport du 4 juillet 2001 (pièce 75), le praticien a signalé que la situation de sa patiente s'était encore dégradée avec une fracture du péroné distal, qui avait dû être traitée par ostéosynthèse, et le développement d'une algoneurodystrophie. Il a également relevé un kyste solitaire bénin du scaphoïde découvert en juin 1999 avec

évolution vers un syndrome épaule-main à droite, une aggravation de l'état anxio-dépressif en raison du divorce de la patiente prononcé le 26 février 2001, ainsi que des brachialgies droites d'origine indéterminée pour lesquelles un examen par le Dr I_____, spécialiste FMH en neurologie, avait été réalisé, qui n'avait montré aucun syndrome vertébral, aucun conflit radiculaire, ni autre déficit (cf. rapport du 31 janvier 2000, pièce 85).

Le 16 août 2002, le médecin de l'AI a retenu les diagnostics de syndrome douloureux chronique, douleurs du membre inférieur gauche sur status après ostéosynthèse pour fracture du péroné gauche en 2001, douleurs du membre supérieur droit sur status après cure du kyste scaphoïde, troubles statiques de la colonne chez une personne obèse et personnalité de type borderline avec intelligence limite (QI 75). Au vu de ces éléments, il a conclu à une capacité de travail nulle dans n'importe quelle activité, sans réadaptation possible (cf. pièce 95).

Par décision du 23 septembre 2002, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} juin 2001.

D. Le 23 août 2004, l'OAI a procédé à la révision d'office de la rente. N'obtenant pas de renseignements du Dr H_____, il a soumis le cas au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), qui a estimé, le 18 avril 2005, qu'à la lecture des rapports médicaux ayant abouti à l'attribution de la rente, ainsi que de l'avis du médecin de l'AI du 16 août 2002, il était évident que l'état de santé de l'assurée ne pouvait évoluer de manière favorable et qu'il y avait lieu de conclure, pour l'instant, à un état de santé inchangé et de procéder à une nouvelle révision dans 2 ans (cf. pièce 114).

Par communication du 18 avril 2005, l'OAI a confirmé le versement de la rente d'invalidité entière.

E. Lors de la révision du 11 avril 2007, X_____ a déclaré que les douleurs étaient en augmentation depuis le début de l'année 2006.

Le 29 novembre 2007, le Dr J_____, spécialiste FMH en médecine générale, a posé les diagnostics d'insertionites du coude gauche et de polyinsertionite globale sur obésité et indiqué que le traitement avait permis de réduire la douleur au membre supérieur gauche de 50% et qu'un régime allait être mis en œuvre (cf. pièce 124).

Interpellé, le SMR a observé, le 9 janvier 2008, que les diagnostics prépondérants étaient le syndrome douloureux chronique (ou trouble douloureux somatoforme) et la personnalité borderline avec intelligence limite, que le Dr J_____ mentionnait toujours le syndrome douloureux en le qualifiant de polyinsertionite globale, qu'ainsi, la pathologie ne s'était pas améliorée. Il a estimé que l'on pouvait conclure avec un degré proche de la certitude que l'incapacité de travail de l'assurée était inchangée et qu'une nouvelle révision pourrait avoir lieu dans 4 ans (cf. pièce 126).

Par communication du 11 janvier 2008, l'OAI a donc informé l'assurée qu'elle continuerait à bénéficier d'une rente entière d'invalidité.

F. En date du 5 janvier 2012, l'OAI a entrepris une procédure de révision d'office de la rente de l'assurée à la suite de l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2012 du premier volet de la 6^e révision de la loi sur l'assurance-invalidité.

Dans ce cadre, l'intéressée a indiqué que son état de santé était toujours le même, ce que le Dr J_____ a confirmé, indiquant que la patiente restait obèse, continuait de se plaindre de douleurs multi-articulaires avec les points de la polyinsertionite bien présents et présentait parallèlement un syndrome métabolique (cf. pièce 144).

Mandaté, le SMR a estimé qu'en présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, il y avait lieu de procéder à une expertise psychiatrique et rhumatologique/orthopédique (cf. pièce 146).

Celle-ci a été diligentée par les Drs K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Sur le plan physique (cf. pièce 157), le Dr K_____ a examiné l'assurée le 13 septembre 2012 et a pris connaissance du dossier de l'OAI, ainsi que du dossier radiologique, avant de rendre son rapport. Il a noté que l'assurée se plaignait depuis une vingtaine d'années de douleurs quasi généralisées, essentiellement cervicalgies, douleurs des membres supérieurs, lombalgies, gonalgies et douleurs des pieds. A l'examen, il n'a observé aucun signe de non-organicité. L'examen de l'appareil locomoteur s'est révélé rigoureusement normal, à part un affaissement de l'avant-pied des 2 côtés. Les diverses investigations radiologiques effectuées au cours des années n'ont rien révélé de pathologique, hormis une usure du cartilage rotulien droit, observée fréquemment après la cinquantaine, surtout en cas d'obésité. En l'absence d'affection à caractère de gravité, l'expert a posé le diagnostic de fibromyalgie, sans aucune limitation d'ordre somatique. Sur le plan psychiatrique (cf. pièce 159), après avoir examiné l'assurée le 27 septembre 2012, avoir pris connaissance du dossier de l'OAI, s'être entretenu avec

la Dresse M_____ du Centre de compétences en psychiatrie psychothérapie (CCPP) de N_____ et avoir étudié le dossier médical de la consultation psychiatrique, le Dr L_____ est arrivé à la conclusion qu'il n'y avait aucune atteinte psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail. Il a constaté que l'assurée présentait quelques traits anxieux lorsqu'elle était confrontée à des problèmes financiers et à la situation de sa fille (violence sexuelle de son 2^e fils issu du 1^{er} mariage, envers sa fille née du second mariage), mais que ceux-ci restaient relativement discrets. Il a observé que l'expertisée décrivait des idées noires récurrentes, mais ne présentait pas de signe floride de la lignée dépressive en faveur du diagnostic de dépression majeure. Il a retenu le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, lequel s'inscrivait dans le contexte de ressources personnelles limitées à cause d'une intelligence limitée ainsi que d'une structure de personnalité fruste avec des traits immatures, ne correspondant toutefois pas à un trouble de la personnalité morbide. Il a relevé que l'anamnèse ne permettait pas d'étayer l'hypothèse d'une schizophrénie résiduelle, envisagée en août 2002 lors d'un entretien à la consultation psychiatrique de N_____, puisqu'il n'y avait pas eu d'épisode psychotique manifeste et que la psychose infantile n'était pas un diagnostic des classifications officielles mais correspondait à un trouble envahissant du développement. De son point de vue, l'anamnèse permettait bien plutôt de retenir un trouble des acquisitions scolaires, sans précision, lequel n'avait pas de valeur de maladie. Ainsi, il a conclu que l'expertisée ne souffrait pas d'une comorbidité psychiatrique justifiant une incapacité de travail pour une activité manuelle simple comme celle d'aide-cuisinière. S'agissant des autres critères permettant de reconnaître un caractère invalidant à la fibromyalgie, il a noté que l'assurée ne subissait pas de perte de l'intégration sociale sur toutes les manifestations de la vie puisqu'elle continuait à mener une vie active avec des activités de loisirs et des rencontres régulières avec la famille de son second mari et une amie de longue date. Il a également remarqué que les plaintes concernant les douleurs avaient diminué et que l'expertisée faisait face aux exigences de la vie quotidienne, sans état psychique cristallisé. Il a estimé, comme l'avait fait la Dresse F_____, qu'un effort pour surmonter les symptômes psychiques et reprendre une activité professionnelle, comme par exemple aide-cuisinière, était raisonnablement exigible de la part de l'assurée. Cependant, afin de tenir compte de l'important déconditionnement de l'assurée, qui était inactive depuis plusieurs années (16 ans) et s'était arrangée avec cette situation, l'expert proposait la mise en œuvre de mesures de réinsertion permettant une reprise de travail progressive. Procédant à la synthèse du cas, les experts ont relevé que la situation de l'expertisée ne s'était pas modifiée depuis l'obtention de la rente d'invalidité, mais qu'à l'aune des nouveaux critères d'exigibilité, il

y avait lieu de retenir qu'en l'espèce, la fibromyalgie n'entraînait aucune limitation ni aucune incapacité de travail.

Ces conclusions ont été soumises au SMR (cf. pièce 163). Le 7 novembre 2012, le Dr O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès du SMR, a considéré que l'expertise du Dr L_____ était de très bonne qualité médico-clinique et convaincante ; d'ailleurs la conclusion quant à l'exigibilité entière correspondait à celle de la Dresse F_____ du 12 juin 1998. Le 13 novembre 2012, le Dr P_____, spécialiste FMH en médecine générale auprès du SMR, a souligné qu'il n'y avait pas de perte d'intégration sociale ni d'état psychique cristallisé et qu'il n'existait pas d'atteinte somatique objective incapacitante, de sorte qu'il était exigible de l'assurée qu'elle fournisse l'effort de volonté nécessaire pour surmonter ses douleurs et reprendre une activité professionnelle.

Nanti de ces éléments, l'OAI a convoqué l'assurée, le 21 novembre 2012, pour un entretien le 4 décembre 2012, afin de l'informer du résultat des investigations et des mesures de nouvelle réadaptation introduites avec la 6^e révision de la LAI. A cette occasion, il a informé l'assurée qu'il entendait lui supprimer la rente d'invalidité dès le 1^{er} jour du 2^e mois suivant la notification de la décision définitive (cf. pièce 167), dès lors que les critères établis par le Tribunal fédéral des assurances pour admettre le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux ou de la fibromyalgie n'étaient pas remplis, mais qu'elle avait droit à des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'article 8a alinéa 2 LAI pendant 2 ans si elle s'engageait à collaborer pleinement avec le service de réadaptation (cf. pièces 168 et 178).

G. Représentée par M^e A_____, X_____ a sollicité l'octroi de l'assistance juridique gratuite dès le 3 décembre 2012 (cf. pièce 170). Par décision incidente du 24 janvier 2013, la requête d'assistance juridique gratuite a été rejetée. Sur recours de l'intéressée du 26 janvier 2013, cette décision a été annulée (ATC S3 13 8 du 11 juin 2013).

Le 25 janvier 2013, X_____ a formé opposition contre le projet de suppression de sa rente d'invalidité (cf. pièce 182). Elle a déclaré souffrir de problèmes psychiatriques évidents depuis son plus jeune âge, l'empêchant d'assumer un travail sur le long terme. A l'appui de ses allégations, elle a déposé deux rapports de renseignement établis en mars 1968 par le service de l'enfance du canton Q_____ indiquant que la fillette présentait un gros retard tant sur le plan physique que mental, un rapport du 11 avril 1968 du Dr R_____ de l'Office médico-pédagogique Q_____

retenant le diagnostic de retard général moyen, sur une structure à la fois abandonnique et pré-névrotique et sur un fond de légère débilité, une lettre de son tuteur du 21 juin 1977 mentionnant que la jeune fille avait toujours eu un rythme de travail très lent, craignait toutes démarches administratives et avait accumulé un retard important sur le plan scolaire qui avait empêché sa formation professionnelle, ainsi que le dossier de son suivi auprès du CCPP des IPVR depuis août 2002 mentionnant, d'août 2002 à novembre 2010, des séquelles de psychose infantile, en août 2002, une schizophrénie résiduelle, en septembre 2011, un épisode dépressif léger avec syndrome somatique et, en janvier 2013, un trouble dépressif récurrent d'épisode léger, un trouble de la personnalité sans précision, un syndrome douloureux somatoforme persistant et un retard mental léger.

Interpellé, le Dr O_____ du SMR a considéré que les nouveaux éléments transmis par l'assurée ne laissaient pas apparaître, dans une première approche, de faits nouveaux qui n'avaient pas déjà été analysés par le Dr L_____, mais qu'il y avait lieu de lui soumettre ces nouveaux documents et lui demander si ceux-ci changeaient son appréciation ou non (cf. pièce 184).

Dans son rapport complémentaire du 22 avril 2013 (pièce 195), le Dr L_____ a relevé que le lourd vécu de l'assurée avait été documenté dans son expertise et qu'il l'avait pris en compte dans l'appréciation de la capacité de travail. Il a observé que l'anamnèse ne montrait pas d'épuisement durable des ressources d'adaptation, bien que limitées, puisque, par exemple, X_____ avait été capable de travailler de manière stable à plein temps dans une activité manuelle simple comme aide-cuisinière pendant plus de 10 ans, qu'elle avait fait face aux exigences de la vie quotidienne, s'était chargée de la garde de plusieurs enfants et avait mené une vie indépendante sans soutien d'un curateur. Il a remarqué que l'anamnèse à l'âge adulte ne montrait pas de persistance d'une perturbation suffisamment sévère de la constitution caractérologique pour retenir un trouble de la personnalité, comme il l'avait discuté en pages 14 et 15 de son expertise. S'agissant des diagnostics retenus par la Dresse M_____ du CCPP, il a expliqué qu'il ne pouvait pas les confirmer sur la base des critères de classification de la CIM-10 et a noté que l'assurée n'avait consulté le CCPP que sporadiquement entre août 2002 et janvier 2003, janvier et mars 2005, puis entre novembre 2010 et septembre 2011 et que la demande thérapeutique était toujours limitée à un soutien face aux problèmes rencontrés avec sa fille. En définitive, il a conclu que les documents fournis n'apportaient aucun élément médical nouveau

susceptible de modifier son appréciation de l'état de santé psychique de l'assurée et de sa capacité de travail.

Prenant connaissance de ce rapport, le Dr O_____ a estimé, le 14 mai 2013, qu'il répondait de façon exhaustive à toutes les questions de l'avocat de manière cohérente et convaincante et qu'il n'y avait aucune raison de ne pas le suivre (cf. pièce 198).

Le 17 juin 2013, X_____ a rappelé ne plus travailler depuis presque 20 ans et présenter un retard mental important, ce dont l'expert aurait dû tenir compte. Elle s'est étonnée que l'avis de la Dresse M_____ n'ait pas été sollicité et que l'OAI modifie sa position alors qu'il avait toujours admis qu'elle aurait de la peine à retrouver un travail à cause de ses problèmes psychiques et de son retard mental (cf. pièce 204).

Par décision du 26 juin 2013 (pièce 206), l'OAI a confirmé la suppression de la rente d'invalidité au 31 août 2013, dès lors que l'assurée souffrait de fibromyalgie, sans comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante, qu'elle ne présentait aucune affection corporelle chronique propre à expliquer l'ampleur de ses plaintes en l'absence de substrat organique convaincant, qu'il n'y avait pas de perte d'intégration sociale, ni d'état psychique cristallisé, que les activités ludiques étaient présentes et variées et qu'une autonomie de fait existait. Il a, en outre, rappelé qu'en vertu de la 6^e révision de l'AI, même sans motif de révision, le droit à la rente pouvait être diminué ou supprimé si la rente avait été accordée en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologies claires et sans constat de déficit organique.

H. Le 2 septembre 2013, X_____, représentée par M^e A_____, a recouru céans contre cette décision, concluant, à titre préalable, à l'octroi de l'assistance judiciaire, à titre principal, à l'annulation de la décision entreprise et la poursuite du versement de la rente entière d'invalidité et, à titre subsidiaire, au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle instruction, le tout sous suite de frais et dépens à charge de l'OAI. Elle a contesté la capacité de travail entière retenue par l'intimé, reprochant aux experts de ne pas avoir tenu compte de son lourd vécu socio-éducatif, qui influençait toujours fortement son état de santé, et de son état de santé cristallisé depuis sa petite enfance, qui l'empêchait de reprendre une quelconque activité professionnelle. Elle s'est également étonnée que l'avis de sa psychiatre traitante n'ait pas été recueilli. Elle a jugé qu'il n'existait aucune activité exigible sur le marché du travail, au vu de son âge (56 ans), du fait qu'elle n'avait pratiquement jamais travaillé, qu'elle n'avait pas de formation, qu'elle était sans activité depuis près de 20 ans, qu'elle présentait une

schizophrénie résiduelle et un retard mental, ainsi que de nombreuses limitations fonctionnelles.

Par décision présidentielle du 9 octobre 2013 (S3 13 45), la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure de recours.

Le 7 octobre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours, en précisant que, dans son rapport d'expertise, le Dr L_____ avait tenu compte du lourd vécu de l'assurée et avait clairement expliqué pourquoi il ne retenait pas les diagnostics avancés par la Dresse M_____, dont il avait sollicité l'avis, contrairement à ce que prétendait la recourante. Il a relevé que l'expertise bi-disciplinaire et le complément du Dr L_____ remplissaient tous les réquisits posés par la jurisprudence en matière de valeur probante des actes médicaux et qu'il n'y avait dès lors aucune raison de s'écarter des conclusions des experts. Il a noté que l'intéressée ne pouvait pas invoquer la jurisprudence sur l'évaluation de l'invalidité d'un assuré se trouvant proche de l'âge de la retraite, ni l'alinéa 4 de la disposition finale de la modification de la LAI du 18 mars 2011 puisqu'elle n'avait pas atteint 55 ans au 1^{er} janvier 2012 et n'était pas au bénéfice d'une rente depuis plus de 15 ans.

Dans sa réplique du 11 novembre 2013, la recourante a rappelé souffrir de problèmes rhumatismaux, qui avaient justifié le droit à la rente en 1998, de troubles de la thyroïde, d'obésité, mais aussi de problèmes d'intelligence limite, de troubles psychiques graves, d'agoraphobie et de difficultés dans la gestion des tâches quotidiennes, raisons pour lesquelles on ne pouvait exiger d'elle qu'elle reprenne un travail.

Le 10 décembre 2013, l'intimé a signalé n'avoir rien à ajouter à la motivation de sa décision, ainsi qu'à sa réponse du 7 octobre 2013.

L'échange d'écritures a dès lors été clos, le 12 décembre 2013.

Considérant en droit

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

Posté le 2 septembre 2013, le présent recours à l'encontre de la décision du 26 juin 2013 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGGA), compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGGA), devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGGA ; art. 81bis al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGGA), de sorte que la cour doit entrer en matière.

2.1 Selon les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011 (6^e révision de l'AI, 1^{er} volet), les rentes octroyées avant le 1^{er} janvier 2008 sur la base d'un diagnostic de troubles douloureux ne s'expliquant pas par des causes organiques, tels que troubles somatoformes douloureux persistants, fibromyalgie ou pathologies similaires, 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 LPGGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'article 17 alinéa 1 LPGGA 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 prévues à l'art. 8a. Cela ne lui donne pas droit à la prestation transitoire prévue à l'article 32 alinéa lettre c (al. 2). Durant la mise en œuvre de mesures de nouvelle réadaptation, 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). L'alinéa 1 ne s'applique pas aux personnes qui ont 55 ans et plus au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen (al. 4).

La modification de la LAI est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2012. Dès cette date, et ce durant 3 ans, l'OAI est donc en droit de réduire ou de supprimer les rentes en cours octroyées avant le 1^{er} janvier 2008 en raison de troubles somatoformes douloureux, d'une fibromyalgie ou d'une pathologie similaire, même en l'absence d'une modification notable de l'état de santé ou de la situation professionnelle, si, après examen, il est constaté que le trouble dont souffre l'assuré peut, en application de l'article 7 alinéa 2 LPGGA, être surmonté par un effort de volonté raisonnablement exigible. Selon le Message de la loi (FF 2010 1736), cette adaptation n'a lieu qu'après examen approfondi de la situation. Dans tous les cas, pour déterminer ce qui est « raisonnablement exigible », il faut se baser sur les critères formulés dans l'ATF 130 V 352 (critères de Foerster). Par ailleurs, il convient de tenir compte de manière appropriée du fait que la rente a été attribuée légitimement et de la situation qui en découle. Dans chaque cas, il convient donc d'évaluer les intérêts en jeu afin de décider si une adaptation répond au principe de proportionnalité.

Afin d'assurer la sécurité du droit et la protection de la bonne foi, il est prévu d'adopter une garantie des droits acquis pour les assurés âgés d'au moins 55 ans ou recevant une rente depuis plus de 15 ans. Etant donné qu'une nouvelle réadaptation semble de fait exclue pour ces personnes, les dispositions finales ne s'appliquent pas à elles.

2.2 En l'espèce, au 1^{er} janvier 2012, la recourante n'avait pas atteint l'âge de 55 ans révolu et était au bénéfice d'une rente d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 1999, soit depuis 12 ans et 1 mois. Elle ne pouvait dès lors pas bénéficier de la garantie des droits acquis. En outre, la rente avait été octroyée en raison d'un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie diagnostiqué par la Dresse G_____ (cf. rapport du 14 avril 1999, pièce 49) et d'une structure de personnalité de type état limite inférieur (QI 75), avec ressources d'adaptation limitées (cf. rapport du 19 août 1999, pièce 52, et avis du médecin AI du 24 août 1999, pièce 53). Par la suite, l'état de santé de la recourante n'avait que peu évolué, d'aucuns médecins parlant de rhumatisme psychogène, de syndrome douloureux chronique, d'autres de fibromyalgie et de polyinsertionite globale, pour qualifier les douleurs multi-articulaires, dont se plaignait l'assurée, et pour lesquelles il n'y avait pas d'explications sur le plan organique. Dans ces conditions, c'est à juste titre qu'en janvier 2012, l'intimé a procédé à la révision du cas de l'assurée et à son examen sous l'angle de la jurisprudence relative au trouble somatoforme douloureux (ATF 132 V 65).

3.1 Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux, auxquels est assimilée la fibromyalgie, 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). 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. Il a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et ATF 131 V 50). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, comme par exemple 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 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, 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).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2). En cas de diagnostic de fibromyalgie, une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi Henningsen, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in : Praxis 94/2005, p. 2007 ss). On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail.

3.2.1 En l'occurrence, l'intimé, sur les conseils du SMR (cf. avis du 30 mai 2012, pièce 146), a ordonné la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire (rhumatologique-psychiatrique) auprès de spécialistes reconnus en la matière. Leur rapport d'expertise détaillé et motivé fournit tous les éléments permettant de déterminer avec précision l'incidence des troubles de la requérante sur sa capacité de travail à la lumière des critères jurisprudentiels cités ci-dessus. Les conclusions des experts procèdent d'une étude attentive du dossier de l'intimé, ainsi que de celui du CCPP, d'un entretien avec

la psychiatre-traitante de l'expertisée et d'un examen personnel complet de cette dernière. Contrairement à ce que prétend la recourante, les experts, et plus particulièrement le Dr L_____, ont tenu compte de son lourd vécu socio-éducatif dans leur appréciation. Leur tâche consistait toutefois à apprécier la situation de la recourante et à évaluer son état de santé et, partant, sa capacité de travail au jour de l'expertise à la fin de l'année 2012, soit à l'âge adulte de la recourante, et non pas par le passé. Leurs rapports d'expertise des 15 et 16 octobre 2012, complétés par le Dr L_____ le 22 avril 2013, remplissent toutes les exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante des actes médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références) et permettent de statuer à satisfaction de droit sur le caractère invalidant de la fibromyalgie présentée par la recourante. La recourante n'a apporté aucun élément médical d'une valeur probante prépondérante susceptible de le mettre en doute. Ses simples allégations sur son état de santé ne sauraient suffire et les rapports déposés à l'appui du recours, qui datent de 1971, 1972 et 1977, ne permettent aucunement de se prononcer sur l'état de santé actuel de l'intéressée.

3.2.2 Selon le Dr K_____, sur le plan physique, la recourante ne présente aucune affection grave. L'examen de l'appareil locomoteur et les radiographies n'ont rien révélé d'anormal. Certes, l'état général de la recourante est réduit en raison de son obésité morbide, avec une chondropathie rotulienne droite et des métatarsalgies bilatérales sur affaissement de l'avant-pied, mais ces pathologies n'entraînent aucune limitation d'ordre somatique invalidante. La recourante prend un traitement symptomatique très léger, à base de Dafalgan, et des supports plantaires lui ont été prescrits. Il n'y a donc pas d'affections corporelles chroniques, ni d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art.

Sur le plan psychique, le Dr L_____ n'a pas diagnostiqué de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Il n'a objectivé ni signe floride de la lignée dépressive, ni symptôme de la lignée psychotique, ni trouble de la personnalité, mais a uniquement retenu un léger trouble anxieux et dépressif mixte, une accentuation des traits de la personnalité immature, existant depuis l'âge de jeune adulte, et un trouble des acquisitions scolaires, existant depuis l'enfance. De l'avis de l'expert, ces dernières affections n'avaient toutefois pas de répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Dans son anamnèse, au cours de la discussion avec l'assurée, l'expert a noté que celle-ci gérait ses tâches quotidiennes et ses finances elle-même, sans l'aide d'une assistante sociale ou d'un curateur, qu'elle

s'occupait de sa fille, gardait régulièrement l'enfant d'une copine et, de temps en temps, les 4 enfants de son ex-mari, qu'elle avait conservé un bon contact avec une amie à S_____, qu'elle sortait faire des promenades, boire un café ou allait au cinéma, qu'il n'y avait pas de perte d'appétit, ni d'idée de dévalorisation. La recourante apparaît très peu limitée dans l'accomplissement de ses tâches quotidiennes et ne présente aucun retrait social évident et objectif. Le critère de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie n'est donc pas rempli. L'expert a également noté que si la recourante avait consulté à plusieurs reprises le CCPP, c'était avant tout en raison d'inquiétude et dans un but de soutien face aux difficultés rencontrées par sa fille. En outre, il ressort des éléments fournis par la psychiatre traitante de la recourante que, depuis le début de l'année 2012, cette dernière montre d'ailleurs une stabilisation de son état, liée à l'amélioration de l'état de sa fille. Enfin, force est de constater que la recourante n'a jamais signalé avoir entrepris une psychothérapie ni s'est plaint de problèmes au niveau psychique lors des différentes procédures de révision en août 2004 et avril 2007. La recourante ne présente donc manifestement pas de limitations sous cet angle.

3.2.3 En l'absence d'atteinte somatique objective incapacitante, de comorbidité psychiatrique et de facteurs qui, par leur intensité et leur constance, rendraient la recourante incapable de surmonter les effets de la symptomatologie, c'est à juste titre que l'intimé a supprimé le droit à la rente de la recourante. Celle-ci n'est pas proche de l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (cf. arrêts 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.2 ; 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5 et les références). L'éloignement relativement long du marché du travail pourra être temporairement compensé par une mesure d'accompagnement. La recourante a d'ailleurs d'ores et déjà demandé à être mise au bénéfice des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'article 8a LAI et sera aidée par le service de réadaptation de l'intimé pour réintégrer la vie active et mettre en valeur sa capacité de travail dans un emploi léger, adapté à ses capacités.

4. Au vu de ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, sans qu'il y ait lieu de procéder à l'interrogatoire des parties, tel que requis par la recourante, sans autre motivation, au chapitre des moyens de preuve. Celles-ci ont, en effet, pu s'exprimer pleinement et faire valoir leurs arguments par écrit au cours de l'échange d'écritures (sur l'appréciation anticipée des preuves : arrêt 8C_964/2012 du 16 septembre 2013 consid. 3.3).

4.1 La recourante succombant, les frais de justice, arrêtés à 500 fr. en fonction de la difficulté moyenne de la présente procédure, sont mis à sa charge (art. 69 al. 1bis LAI et 8 LAJ). Celle-ci ayant toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, par décision présidentielle du 9 octobre 2013, et dans la mesure où aucun indice ne permet de retenir que sa situation économique aurait notablement changé depuis cette décision, les frais de la cause sont provisoirement supportés par la caisse de l'Etat du Valais, la recourante étant rendu attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant à cette caisse si elle devient en mesure de le faire ultérieurement (art. 10 al. 1 let. a LAJ ; RVJ 2000 p. 152).

4.2 La recourante a droit à des dépens au tarif de l'assistance judiciaire. Selon l'article 30 LTar, l'avocat habilité à se faire indemniser en vertu des dispositions en matière d'assistance judiciaire ou administrative perçoit un honoraire correspondant au 70% de l'honoraire global prévu aux articles 31 à 40, en sus du remboursement de ses débours justifiés, mais non inférieurs au seuil horaire déterminé récemment par la jurisprudence fédérale (arrêt 8C_391/07 du 26 mai 2008). Selon l'article 40 alinéa 1 LTar, pour la procédure devant la cour des assurances sociales du tribunal cantonal et le tribunal arbitral au sens de la loi fédérale sur l'assurance maladie, les honoraires sont fixés entre 550 et 11 000 francs. Sur la base du dossier, la cour fixe les débours de M^e A_____ forfaitairement à 25 fr. (3 envois et environ 40 copies). Quant aux honoraires, ils sont arrêtés à la somme de 1250 fr., équitable compte tenu de la nature et de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'y a utilement consacré l'avocat du recourant (art. 26 al. 1 et 40 al. 1 LTar). Partant, compte tenu du tarif applicable en assistance judiciaire (70% de 1250 fr. + 25 fr. de débours), le montant de 900 fr. sera versé à M^e A_____ par l'Etat du Valais dans le cadre de l'assistance judiciaire.

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de X_____, mais sont provisoirement supportés par l'Etat du Valais au titre de l'assistance judiciaire.
3. L'Etat du Valais versera à M^e A_____ la somme de 900 fr. au titre de l'assistance judiciaire pour la procédure de recours.

Sion, le 15 janvier 2014