

200.2014.651.AI

BEP/BEJ

**Tribunal administratif du canton de Berne**  
Cour des affaires de langue française

**Jugement du 1<sup>er</sup> octobre 2015**

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
Ph. Berberat, greffier



**A.** \_\_\_\_\_  
représentée par Me B. \_\_\_\_\_  
recourante

contre

Office AI Berne  
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne  
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 3 juin 2014

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1952, mariée et vivant séparée de son mari depuis 2000, a travaillé depuis 1998 en tant qu'ouvrière de production à plein temps, puis à un taux d'occupation de 50% à partir de juin 2000, jusqu'à son licenciement en date du 1<sup>er</sup> mai 2003. A partir du 26 mai 2003, elle a exercé une activité dans un atelier protégé, qu'elle a abandonnée le 22 mars 2007, n'étant pas en mesure d'assurer une présence régulière.

Par décision du 14 mai 2002 de l'Office AI Berne, l'assurée s'est vu octroyer un quart de rente de l'assurance-invalidité (AI) dès le 1<sup>er</sup> avril 2001, sur la base d'un degré d'invalidité de 40%. Dans son jugement du 2 mai 2003 (JTA AI/2002/5612), le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) a rejeté le recours interjeté par l'assurée contre cette décision, tout en renvoyant néanmoins la cause à l'Office AI Berne pour réexamen de la période postérieure au 14 mai 2002. La procédure de révision entreprise par l'Office AI Berne suite à ce jugement a abouti, le 12 avril 2005, à une décision d'augmentation de rente (demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 50%), rétroactivement au 1<sup>er</sup> septembre 2003.

**B.**

Le 3 avril 2008, l'Office AI Berne a entrepris une procédure de révision d'office de la rente de l'assurée, qui s'est soldée par une décision du 2 février 2009 confirmant la demi-rente d'invalidité. Représentée par un avocat, l'assurée a recouru le 2 mars 2009 auprès du TA contre cette décision, faisant valoir une péjoration de son état de santé justifiant une augmentation de la rente. Dans son jugement du 30 juin 2009 (JTA AI/2009/206), le TA a admis le recours, annulé la décision contestée et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, considérant que ce dernier avait omis à tort d'investiguer plus avant l'état de santé psychique de l'assurée.

Saisi à nouveau du dossier, l'Office AI Berne en a repris l'instruction, recueillant notamment un rapport médical du 11 janvier 2010 du psychiatre traitant l'assurée ainsi que divers avis médicaux. Sur recommandation d'un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne a encore organisé une expertise médicale pluridisciplinaire auprès d'un centre spécialisé. Ce dernier a rendu son rapport le 13 décembre 2010, concluant en substance à une incapacité de travail totale de l'assurée. Après avoir invité à deux reprises le SMR à se prononcer à nouveau sur le cas de l'assurée (rapports des 19 juillet 2011 et 23 juillet 2012) et annulé une première préorientation du 28 octobre 2011, l'Office AI Berne a informé l'assurée, par préorientation du 1<sup>er</sup> mai 2013, qu'en vertu d'un degré d'invalidité qu'il estimait inchangé, il envisageait de maintenir la demi-rente versée jusqu'ici. Nonobstant les objections de l'assurée du 4 juin 2013 et un nouvel avis du SMR du 26 juillet 2013 se ralliant derechef aux conclusions de l'expertise du 13 décembre 2010, l'Office AI Berne a rendu, le 3 juin 2014, une décision formelle en tous points identique à sa préorientation du 1<sup>er</sup> mai 2013, considérant que l'état de santé de l'assurée était demeuré inchangé et justifiant la poursuite du versement d'une demi-rente comme auparavant.

### **C.**

Par acte du 4 juillet 2014, toujours représentée par le même avocat, l'assurée a recouru contre la décision du 3 juin 2014. Sous suite de frais et dépens, elle a conclu à son annulation et, principalement, à l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006 en fonction d'un degré d'invalidité de 100%, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé.

Dans son mémoire de réponse du 15 septembre 2014, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours.

## **D.**

Dans sa réplique du 10 novembre 2014, la recourante a maintenu son recours et confirmé intégralement ses conclusions.

Par duplique du 2 décembre 2014, l'intimé a également maintenu ses conclusions.

Le 5 janvier 2015, le mandataire de la recourante a produit sa note d'honoraires.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI Berne du 3 juin 2014 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et refuse l'augmentation de la demi-rente d'invalidité de la recourante. Au vu des motifs du recours, l'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et l'octroi d'une rente entière d'invalidité ou, subsidiairement, le renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. Est particulièrement critiqué, le fait que l'intimé n'ait pas suivi les conclusions des experts médicaux et du SMR quant à l'incapacité de travail de la recourante.

**1.2** Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

**1.3** Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1

let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

**1.4** Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

## **2.**

**2.1** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de l'existence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Par cette nouvelle réglementation, les précédents principes de droit non écrits et, en particulier, la jurisprudence relative à l'exclusion des facteurs étrangers à l'invalidité et au principe de l'exigibilité sont désormais explicitement ancrés dans la loi (ATF 140 V 197 c. 6.2.1, 135 V 215 c. 7.3; Message concernant la 5<sup>ème</sup> révision de l'AI, FF 2005 p. 4285 ss; voir aussi ancien [anc.] art. 4 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002).

**2.2** Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants (TSD), suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) s'appuyant dans les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de TSD ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité.

Dans son arrêt 9C\_492/2014 du 3 juin 2015, destiné à la publication, le Tribunal fédéral (TF) a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées. La présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible, est abandonnée. Ce système construit sur le modèle règle/exception est désormais remplacé par une procédure d'établissement des faits structurée. La capacité de travail réellement exigible de la personne concernée doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un *catalogue d'indices* qui rassemble les éléments essentiels propres aux *conséquences fonctionnelles* des troubles de nature psychosomatiques. Cette nouvelle jurisprudence ne modifie en rien l'exigence légale selon laquelle il ne saurait y avoir incapacité de gain propre à entraîner une invalidité que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. La personne assurée continue à supporter le fardeau de la preuve. Eu égard aux indices retenus, il convient, plus qu'avant, de tenir compte des effets de l'atteinte à la santé sur les aptitudes de la personne concernée à exercer son travail et les fonctions de la vie quotidienne. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences d'une affection psychosomatique. Il y a aussi lieu de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Les indices déterminants

peuvent être catégorisés d'une part au niveau de la *gravité* et d'autre part dans la *consistance* des effets fonctionnels de l'atteinte. Il se justifie par ailleurs de renoncer aux notions de *profit primaire tiré de la maladie* et de prépondérance d'une *comorbidité psychiatrique*. Le schéma d'examen des indices déterminants est une question de nature juridique. Droit et médecine doivent œuvrer de concert pour, d'une part, préciser ces indices et, d'autre part, les mettre en œuvre dans les cas particuliers. La reconnaissance d'un degré d'invalidité donnant droit à une rente n'est admissible que si les effets fonctionnels de l'atteinte à la santé médicalement constatée apparaissent probants dans le cas d'espèce, en application des indices déterminants en la matière et (au moins) selon un degré de vraisemblance prépondérante. Si tel n'est pas le cas, les conséquences de l'absence de preuve doivent être, comme par le passé, supportées par la personne assurée (VGE IV/15/130 du 15 juillet 2015 c. 2.3). A noter encore qu'une nouvelle jurisprudence doit en principe être prise en considération non seulement lors de l'examen des cas futurs, mais aussi pour les cas encore pendants au moment du changement de jurisprudence (TF 9C\_476/2009 du 7 décembre 2009 c. 3.3; VGE IV/15/130 du 15 juillet 2015 c. 2.3).

**2.3** Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, ont droit à une rente les personnes assurées dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir leurs travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui ont présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, sont invalides (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. b et c). Jusqu'au 31 décembre 2007, l'art. 29 al. 1 LAI prévoyait que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). Selon l'art. 28 al. 2 LAI (dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008; jusqu'au 31 décembre 2007: anc. art. 28 al. 1 LAI), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit

à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente. Selon l'anc. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'à fin 2003, l'assuré avait droit à une rente entière s'il était invalide pour les deux tiers au moins et à une demi-rente s'il était invalide pour la moitié au moins. Pour un degré d'invalidité de 40% au moins, l'assuré avait droit à un quart de rente; dans les cas pénibles, une invalidité de 40% au moins ouvrait le droit à une demi-rente (anc. art. 28 al. 1<sup>bis</sup> LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'à fin 2003).

## **2.4**

**2.4.1** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA; maintien de la jurisprudence développée sous l'empire de l'anc. art. 41 LAI en vigueur jusqu'à fin 2002: ATF 134 V 343 c. 3.5.2 et 3.5.4). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente. La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable. Un motif de révision est, selon les circonstances, également donné lorsqu'une autre manière d'évaluer l'invalidité trouve application ou en cas d'évolution dans les travaux habituels (ATF 130 V 343 c. 3.5, 117 V 198 c. 3b; SVR 2013 IV n° 44 c. 3.1.1).

**2.4.2** Lorsque la rente a déjà été révisée ou confirmée antérieurement, il s'agit de prendre comme base temporelle de comparaison, la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits (médicaux) pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (la comparaison des revenus n'ayant toutefois dû être pratiquée que s'il existait des indices d'une modification des conséquences exercées par l'état de santé sur la capacité de gain; ATF 133 V 108 c. 5.4; SVR 2013 IV n° 44 c. 3.1.2).

**2.4.3** Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Si l'incapacité de gain ou l'incapacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI).

## **2.5**

**2.5.1** Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, et 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 fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4). Il incombe tout d'abord au médecin (expert) d'évaluer l'état de santé et, si nécessaire, de décrire son évolution dans le temps, c'est-à-dire de réunir les résultats des investigations en procédant à un examen médical selon les règles de l'art, en tenant compte des plaintes subjectives, puis de poser un diagnostic en se fondant sur ces résultats. En cela, l'expert accomplit sa tâche spécifique, pour laquelle l'administration et les tribunaux ne sont pas compétents. Le médecin n'a en revanche pas la compétence de statuer en dernier ressort sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Il se contente bien plus de prendre position sur l'incapacité de travail, à savoir de procéder à une évaluation qu'il motive de son point de vue le plus substantiellement possible. En fin de compte, les données fournies par le médecin constituent un élément important pour l'appréhension juridique de la question des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré. Au besoin,

afin de déterminer la capacité économiquement exploitable, il convient de recourir, en complément du dossier médical, aux spécialistes de l'intégration et du conseil professionnels (ATF 140 V 193 c. 3.2).

**2.5.2** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des moyens de preuve disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 213 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

**2.5.3** L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 138 V 218 c. 6).

### **3.**

**3.1** A l'appui de sa décision contestée, l'intimé a estimé, sur la base du rapport interdisciplinaire des experts qu'il a lui-même mandatés, que le

trouble de panique nouvellement diagnostiqué, qui s'ajoute au trouble dépressif préexistant, ne présentait pas d'influence sur la capacité de travail de la recourante, l'origine de ce trouble se trouvant dans une situation psychosociale difficile ainsi que dans des symptômes douloureux. D'après l'intimé, il ne s'agirait donc pas d'une répercussion sur la santé isolée qui, du point de vue juridique, devrait être considérée comme invalidante.

**3.2** La recourante ne remet pas en cause l'expertise interdisciplinaire du 13 décembre 2010 ordonnée par l'Office AI Berne, mais fait au contraire grief à l'intimé de s'en être distancié pour évaluer sa capacité de travail, ce d'autant plus que le spécialiste en psychiatrie du SMR lui-même a confirmé les conclusions des experts. En tablant sur les conclusions de cette expertise qui lui reconnaissent une incapacité de travail totale depuis 2006 en raison de l'aggravation de son atteinte à la santé psychique, elle revendique donc un droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006.

**3.3** En l'espèce, dans la procédure de révision (matérielle) de rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, il convient d'examiner si un changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité s'est produit entre la décision de révision du 12 avril 2005 (accordant une demi-rente à la recourante rétroactivement au 1<sup>er</sup> septembre 2003) et la décision litigieuse du 3 juin 2014, puisque l'état de fait déterminant à la date de la décision contestée doit être comparé avec celui ayant prévalu lors de la dernière fixation de la rente fondée sur un examen complet de l'état de santé de la recourante (voir ci-dessus c. 2.4.2).

#### **4.**

**4.1** La décision de révision du 12 avril 2005 accordait une demi-rente à la recourante rétroactivement au 1<sup>er</sup> septembre 2003 du fait de l'aggravation de son état de santé à partir de juin 2003. L'admission par l'intimé du passage du taux d'invalidité de 40% à 50% faisait suite à divers rapports médicaux, connus des parties et dont les aspects principaux ont été relevés dans le jugement précité de la Cour de céans du 30 juin 2009 (JTA AI/2009/206), si bien qu'il s'avère superflu de les décrire derechef en

détail ici. On se contentera de mentionner que l'aggravation de l'état de santé de la recourante découlait d'atteintes psychique et psychosomatique, consistant, selon l'expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) de novembre 2004 ordonnée par l'intimé, en un trouble dépressif récidivant, à l'époque léger à moyen (ch. F33.0/33.1 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), cumulé avec un trouble de la somatisation (ch. F45.0 CIM-10). Dans leurs conclusions interdisciplinaires, les experts précisaient que la problématique somatoforme s'était plutôt affaiblie par rapport au passé, alors que les symptômes dépressifs s'étaient plutôt renforcés, parvenant ainsi à une incapacité de travail sur le plan psychique de 50%, tant dans la précédente profession de la recourante que dans toute activité adaptée sur le plan somatique, valeur pouvant, selon ces médecins, être reprise sur le plan pluridisciplinaire (JTA AI/2009/206 c. 4.2.5.3).

**4.2** Dans le cadre de la procédure de révision d'office entamée le 3 avril 2008, après l'annulation par le jugement de la Cour de céans du 30 juin 2009 (JTA AI/2009/206) de la décision de révision du 2 février 2009 et la reprise de l'instruction du cas par l'intimé, ce dernier a procédé à une nouvelle expertise pluridisciplinaire, sur laquelle il s'est fondé pour rendre la décision contestée du 3 juin 2014.

**4.2.1** Dans leur rapport du 13 décembre 2010, (dossier [dos.] AI 88.1), les experts mandatés par l'AI ont diagnostiqué, en tant qu'atteintes avec répercussions sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel moyen accompagné d'un syndrome somatique (ch. F32.11 CIM-10), ainsi qu'un trouble anxieux phobique (ch. F40 CIM-10). Dans leur évaluation du cas sur le plan musculo-squelettique, ils relèvent que la patiente présente depuis des années une fibromyalgie, un syndrome cervical et un syndrome lombaire, et que les plaintes actuelles, les aspects cliniques et les images radiologiques sont superposables à celles relevées lors de l'expertise de 2004, une aggravation de l'état musculo-squelettique n'étant pas objectivable. Ils indiquent en substance que les cervicalgies et les lombalgies constatées, en présence de discrets signes dégénératifs cervicaux, ainsi que dégénératifs et statiques lombaires, leurs paraissent

de type fonctionnel, à interpréter dans le contexte de la fibromyalgie. Sur le plan psychiatrique, les experts soulignent que la problématique anxieuse et dépressive prédomine par rapport à la pathologie somatique. Ils relatent que plusieurs épisodes dépressifs ont marqué la vie de l'assurée, lesquels troubles se sont progressivement chronicisés et ont entraîné des périodes de décompensation toujours plus importantes. Au vu de leurs constatations, ils concluent au diagnostic précité de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel moyen et syndrome somatique. Ils ajoutent aussi qu'en ce qui concerne l'aspect anxieux que présente l'assurée, il est important d'en relever la composante phobique, cette anxiété phobique s'aggravant au cours des épisodes dépressifs. Ils retiennent de ce fait la présence d'un trouble anxieux phobique, en sus du trouble dépressif récurrent, et soulignent de surcroît qu'une simulation de la part de la patiente n'est pas objectivée. Le pronostic des experts est réservé. Ils considèrent que, compte tenu de la pathologie psychique aussi bien dépressive qu'anxieuse, des ressources psychiques très limitées de l'assurée et du résultat négatif d'une tentative de réinsertion, elle n'est actuellement pas apte à reprendre une activité professionnelle.

Répondant aux questions de l'Office AI Berne, les experts indiquent notamment que sur le plan physique, il n'y a pas de réelle limitation fonctionnelle chez l'assurée, hormis celles qui seraient à relever dans le cadre d'une activité professionnelle physiquement lourde en raison des troubles statiques et dégénératifs lombaires, qui excluent le port itératif de charges lourdes de plus de 10 à 15 kg, les mouvements itératifs contraignants pour le rachis en flexion/extension/rotation du tronc ou une position prolongée dans ces mêmes positions contraignantes pour le rachis. Sur le plan psychique, les limitations décrites par les experts consistent dans des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire ainsi que dans une fatigabilité, une inertie et une incapacité à entreprendre, et dans des ruminations dépressives à contenu dépréciatif. Ils estiment qu'en raison des troubles psychiques diagnostiqués, l'incapacité de travail de la recourante est totale depuis 2006, quand une activité à 50% dans un atelier de réinsertion pour handicapés physiques a dû être interrompue en raison de douleurs physiques, qui ont contribué à

majorer la problématique psychique et à diminuer l'estime d'elle-même de l'assurée.

**4.2.2** Par la suite, l'Office AI Berne a invité à trois reprises un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR à prendre position sur le cas de la recourante, par rapport à l'expertise précitée du 13 décembre 2010. Dans sa première prise de position du 19 juillet 2011 (dos. AI 91), celui-ci a déclaré que l'expertise était concluante et pertinente en tous points. En ce qui concerne la situation rhumatologique, il estime que l'état de santé de la recourante n'a, selon un degré de vraisemblance prépondérante, pas évolué depuis l'expertise interdisciplinaire effectuée en novembre 2004. Du point de vue psychique en revanche, il considère qu'une détérioration depuis 2006 est plausible et reprend les conclusions des experts, admettant une incapacité de travail totale pour des raisons psychiatriques depuis 2006, tant dans l'activité antérieure d'ouvrière dans l'horlogerie que pour toute autre activité. Il précise encore que les diagnostics invalidants déterminants consistent dans un trouble dépressif récidivant et un trouble phobique, la fibromyalgie également présente n'étant, d'après lui, que secondaire.

A la suite des objections formées le 2 décembre 2011 par le mandataire de la recourante face à la première préorientation de l'intimé du 28 octobre 2011 (dos. AI 94 et 97), le spécialiste du SMR a pris une nouvelle fois position le 23 juillet 2012 (dos. AI 101). Il déclare en substance qu'il ne lui appartient pas de répondre en lieu et place des experts aux questions complémentaires de l'intimé quant aux raisons pour lesquelles les atteintes psychiques diagnostiquées justifient une incapacité de travail et remarque qu'une nouvelle expertise relative à ces questions pourraient représenter une option, mais réitère aussi son point de vue selon lequel l'expertise du 13 décembre 2010 est probante. Le praticien se rallie également expressément à l'objection du mandataire de la recourante, selon laquelle il est pour le moins surprenant que l'intimé motive sa préorientation du 28 octobre 2011 en considérant que médicalement, on n'est pas en présence d'une aggravation de l'état de santé notable de l'assuré, alors que les experts parviennent à la conclusion contraire et que lui-même, dans son rapport du 19 juillet 2011, confirmait le caractère probant de l'expertise.

Invité derechef par l'Office AI Berne à se prononcer sur le cas après les nouvelles objections du mandataire de la recourante du 4 juin 2013 face à la seconde préorientation du 1<sup>er</sup> mai 2013 (dos. AI 106 et 107), le spécialiste du SMR, dans sa prise de position du 26 juillet 2013 (dos. AI 110), a déclaré que du point de vue de la médecine assécurologique, le cas avait été suffisamment et définitivement investigué dans son rapport du 23 juillet 2012. Réitérant son point de vue selon lequel l'expertise du 13 décembre 2010 concluant à une incapacité de travail totale de la recourante était convaincante et probante, le praticien conclut qu'il n'a rien à ajouter.

**4.3** Cela étant, dans son ensemble et contrairement à l'avis de l'intimé, on doit admettre la force probante de l'expertise du 13 décembre 2010. Elle remplit les conditions formelles exigées par la jurisprudence (voir ci-dessus c. 2.5.2) et fournit les renseignements et évaluations devant permettre à l'administration et au juge d'estimer le caractère invalidant des atteintes à la santé de la recourante. Elaborée sur la base de deux examens personnels de l'assurée en rhumatologie et en psychiatrie, elle comporte une anamnèse précise sur les plans social, professionnel, familial, personnel et systématique. Les autres nombreux avis médicaux antérieurs figurant au dossier ont été très largement retranscrits dans l'expertise, démontrant une étude fouillée et consciencieuse du dossier. Les experts ont également soigneusement consigné les plaintes subjectives de la recourante, tout comme les observations objectives découlant de son status rhumatologique et psychiatrique. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions des experts motivées. Au regard des conditions définies en la matière par la jurisprudence, pleine et entière valeur probante peut dès lors être reconnue à cette évaluation spécialisée pluridisciplinaire, comme l'a également confirmé à trois reprises le spécialiste en psychiatrie du SMR appelé par l'intimé à se prononcer à ce sujet.

En conséquence, l'intimé ne peut être suivi lorsqu'il s'écarte des conclusions des experts et de son propre SMR sans apporter de motivation véritablement convaincante à son appréciation. C'est en effet à tort que l'Office AI Berne affirme qu'on ne retrouve pas d'éléments, dans le rapport des experts, qui pourraient expliquer une influence du trouble anxieux

phobique (que l'intimé appelle trouble de panique) sur la capacité de travail. Dans son appréciation (p. 9 de l'expertise, dos. AI 88.2), l'experte psychiatre décrit au contraire très précisément les effets de ce trouble sur la patiente, consistant en résumé dans une peur pathologique des foules, des gens et des déplacements, qui s'accroît en fonction des épisodes dépressifs et s'ajoute, en tant que diagnostic indépendant, au trouble dépressif récurrent. Au vu de la description de l'atteinte et de l'anamnèse opérée par l'experte psychiatre, on discerne sans difficulté les empêchements que les atteintes psychiques en question provoquent dans le cadre de l'exercice – ou de la recherche – d'une activité lucrative quelle qu'elle soit. Au surplus, on ne peut pas non plus partager l'opinion de l'intimé, exprimée dans son mémoire de réponse du 15 septembre 2014 (ch. 4), selon laquelle le trouble anxieux phobique diagnostiqué par les experts ne représenterait qu'une appréciation différente d'un même état de fait et qu'une aggravation de l'état de santé ne serait pas prouvée. A la lecture de l'expertise, il apparaît en effet clairement que le diagnostic de trouble anxieux phobique est indépendant et s'ajoute à ceux de trouble dépressif récidivant et de trouble de somatisation/fibromyalgie, seuls ces derniers ayant déjà été retenus antérieurement dans l'expertise bidisciplinaire de novembre 2004. On ne peut dès lors que constater, à l'instar des experts et du spécialiste en psychiatrie du SMR, que l'état de santé psychique de la recourante a connu une péjoration depuis la situation prévalant lors de la décision de révision de rente (allouant une demi-rente à l'assurée) du 12 avril 2005. En outre, l'allégation de l'intimé, dans son mémoire de réponse (ch. 4), selon laquelle les experts se seraient trompés dans la codification du trouble dépressif récurrent en indiquant le ch. F32.11 CIM-10 au lieu du ch. F33.1 CIM-10, ne présente manifestement pas d'importance particulière: le ch. F32.11 CIM-10 correspond bien au diagnostic d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique, alors que le ch. F33.1 CIM-10 indique un trouble dépressif récurrent; or dans la mesure où les experts soulignent eux-mêmes la durabilité et la constance du trouble dépressif dont la recourante est atteinte, la classification de cette atteinte sous l'une ou l'autre des catégories de la CIM-10 s'avère sans influence en l'espèce.

Enfin, il faut encore souligner que l'aggravation prédécrite de l'état de santé constatée chez la recourante procède, au vu de ce qui précède, d'atteintes spécifiquement psychiatriques, et non pas d'une évolution du TSD à l'origine de l'octroi d'une demi-rente dans la décision de révision de rente du 12 avril 2005. A cet égard, on renverra notamment à l'appréciation du spécialiste en psychiatrie du SMR du 19 juillet 2011 déjà mentionnée plus haut (c. 4.2.2), qui constatait que les atteintes invalidantes en l'occurrence consistaient dans le trouble dépressif récurrent et le trouble anxieux phobique, la fibromyalgie (TSD) n'étant à son avis que d'une importance secondaire. Cette évolution dans les diagnostics se répercute sur la capacité de travail de l'assurée; selon les conclusions des experts (confirmées par le spécialiste en psychiatrie du SMR), celle-ci se trouve réduite à néant depuis 2006 pour des causes uniquement psychiques, le TSD n'ayant pas d'influence directe sur l'aggravation de l'incapacité de travail (quand bien même il est lui-même entretenu par la problématique dépressive qui l'influence également). Dans cette mesure, il s'avère dès lors superflu d'examiner plus en détail dans la présente procédure les conditions mises par la jurisprudence, récemment modifiée, à la reconnaissance du caractère invalidant d'un TSD (voir ci-dessus c. 2.2).

**4.4** Il résulte donc de ce qui précède que le tableau clinique invalidant ne consiste plus uniquement en un TSD et un trouble dépressif, tel que celui qui a antérieurement justifié l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, et que l'état de santé de la recourante s'est dès lors modifié dans une mesure susceptible d'influencer son droit à la rente. Un motif de révision (art. 17 al. 1 LPGA) est donc donné et c'est par conséquent à tort que l'intimé, dans la décision contestée du 3 juin 2014, a refusé d'augmenter la demi-rente d'invalidité de la recourante.

## **5.**

**5.1** L'expertise du 13 décembre 2010 atteste à la recourante une incapacité de travail totale durable dès 2006, à partir de l'époque où même une activité à 50% dans l'atelier de reconversion qu'elle fréquentait a dû être interrompue en raison d'un trop grand nombre d'absences pour raisons

de santé. Au vu du questionnaire pour employeur rempli le 8 mai 2008 par l'entreprise de réinsertion en question (dos. AI 47), on constate néanmoins que la recourante a certes été en incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> avril au 28 août 2006 et du 27 décembre 2006 au 7 janvier 2007, mais qu'elle est revenue travailler dans l'intervalle. Ce n'est qu'à partir du 22 mars 2007 qu'elle a dû définitivement abandonner cette activité. Au vu de ces éléments, il se justifie donc de retenir une incapacité de travail totale durable de la recourante à compter du 22 mars 2007.

Par ailleurs, l'expertise déterminante, corroborée par le spécialiste en psychiatrie du SMR, parvient à la conclusion qu'il n'existe pas de profil d'exigibilité pour une quelconque activité; il s'avère donc superflu de procéder à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, le degré d'invalidité correspondant dans ce cas au taux d'incapacité de travail médico-théorique de 100%.

**5.2** Il convient encore de déterminer le moment à partir duquel l'augmentation du taux d'invalidité a effet sur la rente de la recourante.

Aux termes de l'art. 88<sup>bis</sup> al. 1 RAI, l'augmentation de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet, au plus tôt:

- a. si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée;
- b. si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel on l'avait prévue;
- c. s'il est constaté que la décision de l'office AI désavantageant l'assuré était manifestement erronée, dès le mois où ce vice a été découvert.

Or en l'occurrence, il convient d'observer que la présente procédure de révision d'office, prévue pour le 1<sup>er</sup> avril 2008 (dos. AI 41) a été effectivement initiée d'office, par un courrier-questionnaire envoyé le 3 avril 2008 par l'Office AI Berne à la recourante (dos. AI 45; voir ci-dessus c. B). Il s'ensuit que bien qu'une incapacité de travail totale durable doive être reconnue à partir du 22 mars 2007, ce n'est qu'à partir du 1<sup>er</sup> avril 2008 que la recourante peut prétendre à une rente entière d'invalidité.

## **6.**

**6.1.** Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis partiellement et la décision contestée du 3 juin 2014 annulée, dans la mesure où la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> avril 2008. Pour le surplus, le recours est rejeté.

**6.2** Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à raison de Fr. 200.- à la charge de la recourante, le solde de son avance de frais lui étant restitué par Fr. 500.-. Pour le surplus, les frais de procédure sont mis à la charge de l'intimé par Fr. 500.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 et 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

**6.3** Compte tenu de l'admission partielle du recours, de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire ainsi que de la pratique du TA dans des cas comparables, après examen de la note d'honoraires du mandataire de la recourante du 5 janvier 2015, qui ne prête pas à discussion, il convient de condamner l'intimé à verser à la recourante la somme de Fr. 4'000.- à titre de participation à ses dépens pour la présente instance (art. 61 let. g LPG).

### **Par ces motifs:**

1. Le recours est admis partiellement et la décision contestée annulée, dans la mesure où la demi-rente d'invalidité versée à la recourante depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2003 est augmentée à une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> avril 2008. Pour le surplus, le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à raison de Fr. 200.- à la charge de la recourante (le solde de son avance de frais lui étant restitué par Fr. 500.-) et à raison de Fr. 500.- à la charge de l'intimé.

3. L'intimé versera à la recourante la somme de Fr. 4'000.- à titre de participation à ses dépens pour la présente instance.

4. Le présent jugement est notifié (R):

- à la recourante, par son mandataire,
- à l'intimé,
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

Le greffier:

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).