

200.2014.665.AI

BEP/BEJ

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

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

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
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 11 juin 2014

**En fait:**

**A.**

A.\_\_\_\_\_, née en 1963, mère de famille, a subi le 28 juin 2000 un accident de la circulation ayant provoqué une distorsion cervicale de type "coup du lapin". Elle a travaillé en dernier lieu en tant qu'ouvrière de production à plein temps depuis le 7 juin 1999, dans une entreprise de décolletage. Dès le 21 septembre 2000, une incapacité totale de travail lui a été attestée et le 17 mai 2001, son employeur a résilié son contrat de travail avec effet au 31 août 2001. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) a pris le cas en charge jusqu'au 17 mars 2002.

Le 16 mai 2001, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI). Par décisions des 16 juillet 2003 et 29 juin 2004, l'Office AI Berne lui a octroyé une rente entière d'invalidité rétroactive du 1<sup>er</sup> septembre 2001 au 31 mars 2002, puis une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2002 sur la base d'un degré d'invalidité de 60%, augmentée à trois quarts de rente depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (4<sup>ème</sup> révision de l'AI) par décision du 21 septembre 2006. Une révision d'office menée de septembre à fin 2009 a confirmé les trois quarts de rente versés à l'assurée.

**B.**

Le 6 décembre 2012, l'Office AI Berne a entrepris une nouvelle procédure de révision d'office de la rente de l'assurée. Après avoir recueilli un rapport du médecin traitant de l'assurée, sur recommandation d'une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne a confié un mandat d'expertise médicale pluridisciplinaire à un centre d'expertise médicale (C.\_\_\_\_\_ à D.\_\_\_\_\_), qui a rendu son rapport en date du 24 décembre 2013. Sur cette base, par préorientation du 11 avril 2014, l'Office AI Berne a averti l'assurée qu'il entendait supprimer son droit à une rente d'invalidité. Nonobstant les objections de l'assurée du 1<sup>er</sup> mai 2014, avis médicaux de son médecin et de son psychiatre traitants à l'appui,

l'Office AI Berne a rendu, le 11 juin 2014, une décision formelle confirmant sa préorientation du 11 avril 2014.

### **C.**

Par courrier du 9 juillet 2014, complété le 17 juillet 2014 par un formulaire de requête d'assistance judiciaire, l'assurée a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision précitée du 11 juin 2014, en requérant la désignation d'un avocat d'office. Par acte du 25 septembre 2014, l'avocat choisi par la recourante a complété le recours, concluant à l'annulation de la décision contestée et à l'octroi de l'assistance judiciaire.

Dans son mémoire de réponse du 27 octobre 2014, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours.

Par réplique du 19 novembre 2014 et duplique du 9 décembre 2014, les parties ont confirmé leurs conclusions respectives.

Le 15 décembre 2014, le mandataire de la recourante a produit sa note d'honoraires.

### **En droit:**

#### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI Berne du 11 juin 2014 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et supprime le droit de la recourante à trois quarts de rente d'invalidité (en dépit de son intitulé, il ne s'agit pas d'une "suspension de rente" dont le caractère ne pourrait être que provisoire). Au vu des motifs du recours, l'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et la poursuite du versement de la rente. Est particulièrement critiquée, l'appréciation de la

capacité de travail effectuée par les experts médicaux mandatés par l'intimé.

**1.2** Interjeté et complété en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment légitimé, 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] 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 Tribunal 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).

**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).

**2.2.1** Selon un arrêt de principe rendu par le Tribunal fédéral (TF) le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur

l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier l'art. 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales (1<sup>ère</sup> étape de la preuve de l'atteinte à la santé). Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 141 V 281 c. 2.1). Les experts doivent motiver le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.40 selon la Classification internationale des maladies [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis.

Par ailleurs, le diagnostic du trouble somatoforme douloureux persistant reposant sur la terminologie du système de classification médical ne conduit à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI que si le diagnostic résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49, qui ont trop peu été pris en considération en pratique. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (cf. art. 7 al. 2 LPGA phr. 1). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus

d'une atteinte à la santé indépendante avérée (ATF 127 V 294 c. 5a), les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 c. 2.1.1 et 2.2).

**2.2.2** Pour la preuve de l'incapacité de travail (2<sup>ème</sup> étape), dans l'ATF 141 V 281, le TF a renoncé à la présomption du caractère surmontable, en faisant preuve d'un effort de volonté raisonnablement exigible, d'un trouble somatoforme douloureux ou d'un syndrome comparable sans étiologie claire (c. 3.5). De façon inchangée, il conviendra de tenir compte également à l'avenir de la volonté claire du législateur selon l'art. 7 al. 2 LPGA, qui dispose, dans le but d'une perspective objective, de partir du principe qu'une personne est valide (c. 3.7.2). La pratique fondée sur le modèle règle/exception est désormais remplacée par une grille d'évaluation normative et structurée. Sur la base d'un catalogue d'indicateurs, une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne doit être réalisée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (c. 3.6). En règle générale, il convient désormais de prendre en considération des indicateurs standards classés selon leurs caractéristiques communes (c. 4.1.3), qui sont répartis dans les catégories "degré de gravité fonctionnel" (c. 4.3) et "cohérence" (c. 4.4). On renoncera désormais à la notion de profit primaire tiré de la maladie (c. 4.3.1.1) et à la prépondérance de la comorbidité psychiatrique (c. 4.3.1.3). La grille d'évaluation présentée est de nature juridique (c. 5). La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (c. 6)

**2.2.3** 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/2015/130 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). D'après 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.

## **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 LPGGA; 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). Lorsqu'une modification notable de l'état de fait est donnée, le droit à la rente doit être examiné tant sous l'angle des faits que du droit de manière complète, c'est à-dire en tenant compte du spectre entier des éléments déterminant le droit à la prestation, ainsi qu'avec un regard neuf et sans être lié à de précédentes estimations de l'invalidité (ATF 117 V 198 c. 4b; SVR 2011 IV n° 37 c. 1.1).

**2.4.2** D'après la let. a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI (6<sup>ème</sup> révision de l'AI, premier volet [disp. finales LAI 6/1]; en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012), 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'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies (al. 1). Cette réglementation ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification ou qui touchent une rente de l'AI depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen (al. 4). Le moment déterminant pour examiner si une rente a été perçue depuis plus de quinze ans est celui du début du droit à la rente et non pas la date à laquelle la décision de rente (entrée en force) a été prononcée (ATF 139 V 442 c. 4.3).

## **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). L'expert évalue les capacités fonctionnelles de la personne concernée en fonction des indicateurs pertinents. Les organes d'application du droit vérifient ensuite librement les indications fournies, en particulier le point de savoir si les médecins ont respecté le cadre normatif déterminant, c'est-à-dire s'ils ont exclusivement tenu compte de déficits fonctionnels qui découlent d'une atteinte à la santé (art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA), et si leur appréciation de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA; ATF 141 V 281 c. 5.2.2).

**2.5.2** 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).

### **3.**

**3.1** A l'appui de sa décision contestée, l'intimé a estimé, sur la base du rapport interdisciplinaire des experts qu'il avait lui-même mandatés, que l'état de santé de l'assurée s'était nettement amélioré depuis l'octroi de la rente initiale évaluée sur la base de restrictions psychiatrique et somatique, aucun diagnostic sur le plan somatique et psychiatrique ayant un impact sur la capacité de travail n'étant plus fourni par les nouveaux experts médicaux. Fort de ce motif de révision, l'intimé a procédé à une nouvelle évaluation de la situation. Il a considéré que du point de vue psychiatrique, l'épisode dépressif majeur avait régressé et qu'aucune comorbidité psychiatrique de gravité considérable n'était présente actuellement. Du point de vue somatique, l'intimé a admis qu'une activité lucrative adaptée était exigible à 100% dans l'économie libre sans restriction, et que les activités professionnelles que l'assurée exerçait auparavant pouvaient être exigées sans diminution de la capacité de travail.

**3.2** La recourante conteste pour sa part les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 24 décembre 2013, selon lesquelles une activité lucrative est exigible de sa part à un taux d'occupation de 100%. Elle argue qu'elle a été examinée par chacun des experts pendant une heure seulement et entendue en français, sans interprète, alors qu'elle ne maîtrise pas correctement cette langue. Selon elle, l'expertise en question représente une expertise de complaisance et va diamétralement à l'encontre de tous les autres avis médicaux, qui montrent le caractère manifestement erroné du constat d'une nette amélioration de son état de santé.

#### 4.

**4.1** En l'espèce, il convient d'abord d'examiner si un changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité s'est produit entre la décision du 16 juillet 2003 – dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente – et la décision ici litigieuse du 11 juin 2014 (voir ci-dessus c. 2.4.2).

**4.2** La décision du 16 juillet 2003 accordait rétroactivement à la recourante une rente entière du 1<sup>er</sup> septembre 2001 au 31 mars 2002 et une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2002 sur la base d'un degré d'invalidité de 60%. Pour ce faire, elle se fondait sur l'expertise médicale interdisciplinaire du 5 février 2003 (du centre d'expertise E. \_\_\_\_\_ à F. \_\_\_\_\_) qui concluait à une capacité de travail résiduelle de 50% dans des activités physiques légères adaptées, permettant des positions variées et ne nécessitant pas de rester debout de manière prolongée, ni une position fixe de la tête ou une mise à contribution de la musculature bicipitale, ni le port de charges répétitif de plus de 3 à 5 kg ou intermittent de plus de 10 kg. Comme diagnostics influençant la capacité de travail, les experts avaient retenu la présence d'un syndrome cervico-céphalique médian et supérieur d'intensité moyenne, plus marqué à droite (ch. M53.0 CIM-10) et provoquant des céphalées cervicales de type migraineux d'intensité moyenne, d'un syndrome lombovertébral léger (ch. M54.5 CIM-10) avec mauvaise position, dysbalance musculaire et déconditionnement général, d'un léger trouble de l'adaptation (ch. F43.23 CIM-10), ainsi que d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (ch. 45.4 CIM-10). Dans leurs conclusions interdisciplinaires, les experts constataient un net écart entre le point de vue subjectif de l'assurée, qui estimait qu'elle n'avait plus aucune capacité de travail, et la capacité de travail exigible d'un point de vue médico-théorique. Ils précisaient que cette différence s'expliquait par des facteurs étrangers à l'invalidité d'ordre psychosocial, eu égard à la situation linguistique et professionnelle de la recourante et à ses antécédents scolaires, de même qu'à un gain secondaire dû à la maladie évident, dans la mesure où elle n'était plus tenue d'exercer une activité lucrative physiquement pénible pour un salaire restreint et où son entourage la délestait de pratiquement toutes les tâches ménagères, alors

qu'elle avait dû, en tant que mère célibataire, s'efforcer pendant des années à subvenir aux besoins de sa famille. Leur évaluation de l'incapacité de travail de 50% était due, selon eux, aux troubles d'origine organique découlant des syndromes cervical et lombovertébral diagnostiqués; elle englobait aussi une diminution de rendement d'environ 30% provoquée, d'un point de vue psychique, par le trouble de l'adaptation constaté.

**4.3** Dans le cadre de la procédure de révision d'office entamée le 6 décembre 2012 par l'intimé, ce dernier a procédé à une nouvelle expertise pluridisciplinaire, sur laquelle il s'est fondé pour rendre la décision contestée du 11 juin 2014.

**4.3.1** Dans leur rapport du 24 décembre 2013, les experts mandatés par l'AI ont retenu, en tant que diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail, des cervico-scapulalgies gauches d'origine tensionnelle et un status après distorsion cervicale modérée survenue lors de l'accident du 28 juin 2000; comme étant sans influence sur la capacité de travail, ils ont par ailleurs diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux persistant (ch. 45.4 CIM-10) depuis 2002 et une obésité de classe I. Sur le plan rhumatologique, les experts indiquent que l'assurée évoque la persistance quotidienne de cervicalgies handicapantes irradiant vers le rachis dorsal, associées à des céphalées, des vertiges ainsi que des troubles cognitifs, les douleurs cervicales étant mécaniquement exacerbées lorsque la nuque est fléchie en avant ou lors de mouvements de rotation vers la gauche. Ils mentionnent qu'elle décrit aussi des douleurs à la cheville et à la cuisse droite (inhérentes à une fracture en 2007 du calcanéum ayant justifié une fixation par plaque et greffe osseuse). A l'examen ostéoarticulaire, ils notent une restriction modérée de la mobilité de la nuque, plus marquée en flexion et en rotation gauche, ainsi que des indurations musculaires plus marquées au niveau sous-occipital gauche et le long de la musculature paracervicale gauche et du muscle trapèze gauche. Ils relèvent qu'à la suite de l'accident survenu le 28 juin 2000, le diagnostic de distorsion cervicale avait été retenu, toutefois sans signe de gravité, et que l'invalidité admise était essentiellement d'origine psychiatrique (état dépressif sévère). Ils soulignent encore que des nouvelles radiographies de la colonne

cervicale treize ans après le traumatisme ne mettent pas en évidence de troubles dégénératifs significatifs pouvant suggérer des séquelles post-traumatiques évolutives. Ils relèvent aussi une mobilisation nettement limitée sous-talienne droite (status post-arthrodèse). Les experts en concluent qu'ils sont confrontés à un tableau clinique débordant largement le cadre somatique et dont le caractère handicapant n'est pas totalement explicable. D'après eux, on peut tout au plus admettre quelques limitations pour la persistance des cervicalgies chroniques avec tendino-myogéloses prédominant au niveau scapulaire gauche, impliquant de limiter les activités la tête fléchie en avant de façon persistante et prolongée.

Sur le plan psychique, les experts rapportent que, spontanément, l'assurée ne mentionne rien de particulier et qu'elle se décrit comme une femme normale, qui n'a jamais eu de problème relationnel, qui aime être entourée. A l'anamnèse orientée, ils notent qu'elle déclare se sentir triste, "un peu, pas trop", à cause de ses douleurs, par périodes régulières, qui durent une heure à une demi-journée, ne pas souffrir d'anhédonie, avoir bon appétit, mais des troubles de l'endormissement et du sommeil à cause des douleurs, se sentir fatiguée, avoir perdu confiance en elle, être confrontée à des oublis et penser que sa situation ne pourra pas s'améliorer. Les experts excluent des symptômes de la lignée hypomaniaque et maniaque, ainsi que psychotique. Ils relatent que l'assurée expose ressentir une à deux fois par semaine une angoisse légère à moyenne durant de quelques secondes à quelques minutes, avec blocage, palpitations, peine à respirer et crispation, face à la peur de mourir ou de rester handicapée en se demandant qui l'aidera. Le status psychiatrique révèle une présentation appropriée par rapport à l'âge et au contexte social, un contact normal, sans perturbation de l'activité psychomotrice, sans lacune dans les fonctions cognitives et de langage malgré l'expression française difficile et quelques imprécisions en ce qui concerne la mémoire à long terme, sans trouble du cours de la pensée, mais un trouble quant au contenu de la pensée, à savoir une fixation plaintive sur les douleurs, sans signe d'hallucinations ni déficit émotionnel et affectif, sinon une humeur légèrement déprimée et sans comportement compulsif, impulsif ou stéréotypé. L'appréciation de la personnalité de l'assurée montre une femme plutôt anxieuse, qui fait preuve d'une dépendance vis-à-vis de ses

enfants, et qu'actuellement, la symptomatologie anxieuse et dépressive d'intensité légère ainsi que les caractéristiques dépendantes de son caractère sont à mettre sur le compte du trouble somatoforme et ne méritent pas de diagnostic séparé. Dans leur évaluation, les experts précisent qu'il s'agit clairement d'un trouble somatoforme et non pas d'une problématique de simulation. Ils indiquent que sur la base des rapports psychiatriques à leur disposition, l'expertisée avait souffert en 2001 d'un épisode dépressif qui a pu être dans un premier temps d'intensité sévère, puis jugée moyenne en octobre 2001 par le psychiatre traitant, ce dernier n'évoquant plus qu'une dysthymie en 2006. Ils relèvent que dès 2010, l'expertisée n'a plus bénéficié de suivi psychiatrique ni d'administration de médication psychotrope. Ils estiment dès lors que la symptomatologie dépressive n'est plus d'actualité et ce probablement depuis au moins 2010. Ils nient également l'existence d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années, d'une perte d'intégration sociale, d'un état psychique cristallisé et d'un échec des traitements ambulatoires. Ils concluent à l'absence d'arguments objectifs pour avancer l'existence de limitations fonctionnelles d'ordre mental ou social.

Dans leur évaluation pluridisciplinaire de la capacité de travail de la recourante, les experts estiment qu'elle est complète en temps et en rendement dans toute activité de manutention légère permettant d'éviter une position de la tête fléchie en avant de façon persistante et prolongée. Dans son ancienne activité d'ouvrière, ils considèrent qu'une baisse de rendement d'au maximum 20% peut être retenue afin de permettre à l'expertisée de changer fréquemment de position et de ne pas rester trop longtemps la nuque fléchie.

**4.3.2** Par courrier adressé le 28 avril 2014 à l'intimé à l'appui des objections de la recourante face à la préorientation du 11 avril 2014, le généraliste traitant a déclaré que ni lui, ni sa patiente n'avaient remarqué d'amélioration de l'état de santé de cette dernière, et qu'au contraire, les troubles somatiques dus à l'accident de type coup du lapin semblaient s'être accentués. Il s'est en outre offusqué du fait que l'expert psychiatre ayant examiné sa patiente ne parlait que le français, alors que celle-ci ne maîtrisait cette langue que de manière rudimentaire.

**4.3.3** Dans un courrier du 26 mai 2014 à l'attention de l'intimé, le centre psychiatrique ayant traité l'assurée a précisé que celle-ci avait été suivie en raison d'un état dépressif sévère depuis 2001 jusqu'en 2008, et que l'évaluation effectuée le 14 mai 2014 permet de dire qu'elle nécessite un suivi ambulatoire au long cours. Les spécialistes du centre ajoutent que son état psychique restait encore fragile avec persistance de symptômes dépressifs, et qu'elle bénéficiait actuellement d'un traitement psychiatrique intégré incluant un suivi psycho-pharmaco-thérapeutique. A l'appui de son recours, la recourante a encore produit un nouveau rapport adressé le 22 septembre 2014 par les mêmes spécialistes au mandataire de la recourante. Ils indiquent en substance que le suivi ambulatoire de la patiente a repris en mai 2014 à raison d'une séance par mois et que la persistance des troubles physiques interfère énormément sur l'état psychique de la patiente. Ils précisent qu'elle se plaint de vertiges, d'acouphènes et de douleurs permanentes à la tête et à la nuque, ce qui perturbe son quotidien avec perte de l'élan vital. Ils déclarent encore qu'elle présente un ralentissement psychomoteur et que, d'humeur dépressive, elle pleure facilement en évoquant son problème physique, qui l'handicape. Enfin, ils indiquent que son discours est cohérent, qu'elle parle difficilement le français mais que son langage est compréhensible.

#### **4.4**

**4.4.1** Cela étant, dans son ensemble et contrairement à l'avis de la recourante, on doit admettre la force probante de l'expertise du 24 décembre 2013. 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 d'examens personnels de l'assurée en médecine interne et générale, en rhumatologie et en psychiatrie, elle comporte une anamnèse précise sur les plans social, personnel, familial et professionnel. Les autres nombreux avis médicaux antérieurs figurant au dossier ont été énumérés et pris en considération par les experts, démontrant une étude approfondie 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 de médecine interne, rhumatologique et psychiatrique. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions des experts motivées.

**4.4.2** Sur le plan formel, la recourante, soutenue par son médecin traitant, se plaint d'une mauvaise compréhension entre elle-même et les experts en raison de ses difficultés de maîtrise de la langue française. A cet égard, on relèvera cependant que l'expert psychiatre a indiqué expressément qu'elle s'exprimait certes difficilement en français, mais réussissait néanmoins à comprendre et à répondre de manière cohérente aux questions. Nonobstant, si certaines imprécisions dues à une mauvaise compréhension de la langue ne peuvent être totalement exclues, des indices permettant de retenir un obstacle important à l'échange correct d'informations ne sont pas présents. En particulier, les experts ont précisément retranscrit les plaintes de l'intéressée (elle n'allègue pas le contraire). Du reste, ces griefs d'ordre linguistique n'ont été invoqués pour la première fois qu'au stade des objections formulées face à la préorientation du 11 avril 2014, alors qu'il n'en avait jamais été question auparavant, ni dans la présente procédure de révision de rente, ni antérieurement, en particulier lors de l'expertise du 5 février 2003. La recourante a donné suite sans réserve à l'avis d'expertise du 19 août 2013 (qui pourtant évoquait l'éventuel besoin d'un interprète) ainsi qu'à la convocation régulière des experts, et l'expertise du 24 décembre 2013 a été entreprise en français, langue du lieu de domicile de longue date de la recourante. De surcroît, dans leur rapport du 22 septembre 2014, les psychiatres du centre qui suit à nouveau la recourante depuis mai 2014 ont aussi souligné que les difficultés linguistiques n'entravaient pas la compréhension. La recourante ne saurait donc se prévaloir d'une violation de son droit d'être entendue dans le déroulement de l'expertise (TF 9C\_697/2011 du 16 novembre 2011 c. 2.2). En outre, la critique d'un examen sommaire et tendancieux par les experts ne peut être suivie, au vu des observations cliniques effectuées et du fait que la durée de l'examen n'est, en soi, pas déterminante. Ce qui importe, c'est que l'expertise soit complète au niveau du contenu et que son résultat soit concluant (TF 8C\_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C\_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2). Au demeurant, une durée d'examen d'environ une heure par chacun des experts, comme la recourante l'indique elle-même,

ne saurait manifestement pas être qualifiée d'insuffisante, eu égard à la prise de connaissance préalable par les experts de l'ensemble du dossier médical de l'expertisée. Par ailleurs, le fait que les experts aient été mandatés par l'Office AI Berne ne porte pas atteinte à la valeur probante de leur travail; la liste de questions qui leur étaient posées correspond à celles usuellement posées aux spécialistes médicaux en matière d'AI. De jurisprudence constante, les expertises recueillies par les assureurs en procédure administrative auprès de médecins spécialistes externes, réalisées sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, en pleine connaissance du dossier et qui aboutissent à des résultats convaincants, revêtent une pleine valeur probante, tant qu'il n'existe pas d'indices concrets contre leur fiabilité (ATF 125 V 351 c. 3b/bb; SVR 2009 IV n° 50 c. 4.3).

**4.4.3** Matériellement, les avis médicaux divergents du généraliste et des psychiatres traitants évoqués ci-dessus (c. 4.3.2 et 4.3.3) ne sont pas en mesure de remettre en cause l'objectivité des conclusions de l'expertise du 24 décembre 2013. En effet, ces avis n'attestent aucune évolution qui serait intervenue entre les examens des experts et le moment déterminant de la décision contestée (ATF 130 V 138 c. 2.1), si ce n'est que la recourante a repris un traitement psychiatrique après le préavis lui annonçant l'intention de l'intimé de suspendre la rente. Ils n'indiquent pas de diagnostics précis et ne se prononcent aucunement sur la capacité de travail de la patiente. L'expertise est en outre beaucoup plus détaillée et offre de surcroît un plus grand recul que ne le permet la mission d'abord thérapeutique des médecins traitants. Ce constat vaut d'autant plus qu'en présence d'avis d'un médecin traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, celui-ci aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser ce dernier (ATF 125 V 351 c. 3b/cc). Les experts ont analysé de façon critique les avis, déjà divergents, des médecins traitants qui se trouvaient au dossier et, selon leur mission, ils ont procédé à une appréciation autonome de ceux-ci (ATF 132 V 93 c. 7.2.2). L'expert psychiatre a notamment expliqué en détail l'amélioration de l'état de la recourante, par ses propres observations et aussi au vu de la résorption progressive du trouble dépressif, qui avait été qualifié d'état dépressif majeur de degré sévère (CIM-10 F32.2) lors d'un

séjour de réadaptation d'un mois organisé par l'assureur-accidents début 2001 (dos. AI 4/4-9), mais qui s'est peu à peu résorbé, même selon l'appréciation du psychiatre traitant de l'époque dès l'automne 2001 (intensité moyenne; dos. AI 13/1), puis en 2006 (dysthymie; dos. AI 43/1), le traitement psychiatrique ayant finalement été arrêté en 2008-2009 (dos. AI 69/2).

**4.4.4** Le fait que les experts (à fin 2013) aient procédé à leur évaluation selon l'ancienne jurisprudence ne permet pas davantage d'écarter leur appréciation. Ils ont certes justifié leur avis selon lequel le trouble somatoforme persistant diagnostiqué n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail, en articulant leur raisonnement selon la présomption d'exigibilité (voir c. 2.2 ci-dessus) et le rôle important anciennement accordé au critère de la comorbidité psychiatrique. L'expertise mise en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perd pas d'emblée toute valeur probante et, en l'occurrence, dans le cadre de l'examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce ainsi que des griefs soulevés, il est conforme au droit fédéral de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants pour les appliquer aux nouvelles exigences (ATF 141 V 281 c. 8 et 137 V 2010 c. 6). En effet, le rapport d'expertise du 24 décembre 2013 pose certes un diagnostic de trouble somatoforme persistant étayé, que rien au dossier ne permet de remettre en cause. Il ne détecte pas non plus de comportement d'exagération tel qu'il exclurait d'emblée le diagnostic. Toutefois, le rapport d'expertise met aussi l'accent sur des indicateurs relativisant la gravité fonctionnelle de l'atteinte, sur des ressources personnelles et sociales de la recourante ainsi que sur certaines incohérences qui contrebalancent les limitations. Ainsi l'expert rhumatologue explicite le fait que le tableau clinique déborde largement le cadre somatique dont le caractère handicapant n'est pas complètement explicable, en relevant notamment le maintien d'une position assise pendant une heure et l'absence d'attitude antalgique. L'expert psychiatre quant à lui admet, il est vrai, des limitations résultant du caractère anxieux et de la dépendance vis-à-vis des enfants, mais il démontre aussi la diminution de l'intensité, devenue légère, de ces indicateurs. Il en découle que l'avis que les experts proposaient aux organes de l'AI en raisonnant

selon l'ancienne jurisprudence vaut aussi en fonction des nouveaux indicateurs.

Pleine et entière valeur probante peut dès lors être reconnue à l'expertise pluridisciplinaire du 24 décembre 2013. Il est superflu d'organiser des mesures probatoires supplémentaires.

**4.5** En conséquence, dans la nouvelle expertise du 24 décembre 2013, sous l'angle somatique, les spécialistes ne relèvent plus qu'une gêne, entraînant une baisse de rendement d'au maximum 20%, en cas de position durable de la nuque fléchie en avant, provoquée par des cervicalgies chroniques avec tendo-myo-géloses prédominant au niveau cervico-scapulaire gauche, cette atteinte étant une conséquence de la distorsion cervicale modérée survenue lors de l'accident subi le 28 juin 2000. Sur le plan psychique et psychosomatique, s'ils confirment toujours la présence d'un trouble somatoforme douloureux, ils arrivent à la conclusion que cette atteinte n'entraîne pas de limitations fonctionnelles. L'expertise du 5 février 2003 (voir ci-dessus c. 4.2) quant à elle aboutissait à une incapacité de travail de 50% pour les atteintes organiques diagnostiquées, semblables à celles aussi indiquées dans la nouvelle expertise du 24 décembre 2013, et à une diminution de rendement de 30% due à l'aspect psychique, soit un trouble de l'adaptation. Dans leur appréciation d'ensemble, les experts n'additionnaient toutefois pas ces deux évaluations, estimant qu'avec une incapacité de travail somatique de 50%, on tenait aussi compte de la diminution de rendement psychique. A l'examen comparatif de l'expertise médicale interdisciplinaire du 5 février 2003 avec celle du 24 décembre 2013, on constate dès lors une nette amélioration de l'état de santé de la recourante, dont les troubles psychiques se sont atténués au point de ne plus influencer la capacité de travail et dont l'intensité des handicaps organiques a également diminué, puisqu'elle n'occasionne plus du tout de perte de rendement dans une activité adaptée de façon optimale et plus qu'une perte de rendement d'au plus 20% par rapport à l'ancienne activité.

## **5.**

**5.1** Cette amélioration, qui a pu être constatée lors des examens pratiqués par les experts en septembre et octobre 2013 et qu'aucun élément au dossier ne remet en cause jusqu'à la date de la décision attaquée, représente un motif de révision qui permet de réexaminer le droit à la rente de manière complète, sans être lié à de précédentes estimations (voir c. 2.4.1 ci-dessus). La let. a des dispositions finales LAI 6/1 ne peut donc s'appliquer (voir c. 2.4.2 ci-dessus). Elle le peut d'autant moins que la perte de rendement d'origine psychique (qui, de surcroît, ne découlait pas du syndrome douloureux persistant mais du trouble de l'adaptation) n'avait aucune influence sur le taux de la demi-rente octroyée dès 2004, puisque les experts avaient alors considéré que cette perte de rendement était absorbée par l'incapacité de travail organique. A ce sujet, il importe peu que le mandat d'expertise confié en 2013 l'ait été, à l'origine, sous l'angle d'une révision au sens des dispositions finales LAI 6/1.

**5.2** Au vu de ce qui précède, le nouvel examen complet du droit à la rente doit se faire en se ralliant aux conclusions de l'expertise du 24 décembre 2013, à savoir que la recourante dispose d'une capacité de travail entière dans toutes les activités de manutention légère permettant d'éviter une position de la tête fléchie en avant de façon persistante et prolongée.

Comme exposé précédemment (c. 2.1), le degré d'(in)capacité de travail, médical, ne correspond pas au degré d'invalidité, notion de nature économique. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b).

**5.3** Le dernier contrat de travail de la recourante ayant été résilié au 31 août 2001, on peut se rallier au calcul de l'intimé. En effet, après une aussi longue période, il est difficile d'admettre avec une vraisemblance prépondérante que la recourante, en bonne santé, travaillerait encore pour

ce même employeur. Pour évaluer le revenu hypothétique sans handicap, il faut donc se fonder sur la valeur "Total", secteur privé, femmes, attribuée aux tâches physiques ou manuelles simples de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée régulièrement par l'Office fédéral de la statistique (OFS, tables aussi consultables sur le site internet de l'OFS; ATF 139 V 28 c. 3.3.2; TF I 517/02 du 30 octobre 2002 c. 1.2). Or, ce genre d'emploi d'ouvrière que la recourante occuperait en bonne santé correspond, d'après les experts, à l'activité qui est encore exigible d'elle. Dès lors, les salaires à comparer, sans et avec invalidité, sont identiques, car aucun abattement supplémentaire à raison du handicap sur le salaire d'invalidité ne se justifie (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3), les experts indiquant que la capacité de travail dans une activité adaptée est complète en temps et en rendement. Il s'ensuit que la recourante ne peut plus se prévaloir d'aucune perte de gain. Pour être complet, on peut ajouter que si, en considération du fait que le dernier contrat de travail a été résilié en raison des problèmes de santé de la recourante (dos. AI 8/5), on partait de l'idée que la recourante, en bonne santé, travaillerait encore pour le même employeur, son revenu hypothétique sans invalidité devrait être calculé sur la base de son dernier salaire, indexé en fonction de l'évolution des salaires (ATF 139 V 28 c. 3.3.2, 134 V 322 c. 4.1). Ce salaire, en 2001, était, pour 1'900 heures par an, de Fr 30'400.- (Fr. 16.- de l'heure), avec le 13<sup>ème</sup> salaire, au mieux Fr. 32'933.- (dos. AI 8/4). Indexé à 2012, on obtient un revenu annuel de Fr. 38'581.- (table T39, Evolution des salaires nominaux, 1939=0, 2001, femmes: Fr. 2'245.-; 2012, femmes: Fr. 2'630.-). Ce chiffre est inférieur de plus de 5% à la valeur statistique 2012 du salaire des femmes travaillant dans la métallurgie et la fabrication de produits métallurgiques, à savoir Fr. 52'276.- (ESS TA1, femmes, niveau 1: tâches physiques ou manuelles simples, ch. 24-25 et table "Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique": Fr. 4'209.- x 12 mois x 41,4 heures/40 heures [horaire normalisé pris en compte pour les statistiques]). Selon la jurisprudence, pour neutraliser les éléments étrangers à l'invalidité influençant le salaire, le revenu effectivement réalisé nettement inférieur à la moyenne pourrait justifier un parallélisme des revenus à comparer sur la part qui excède le taux minimal déterminant de 5% (ATF 135 V 58 c. 3.1, 135 V 297 c. 6.1.2 et 6.1.3 et 134 V 322 c. 4.1). Pour ce faire il faudrait tabler sur un revenu sans invalidité dans la

métallurgie de Fr. 49'662.- (Fr. 52'276.- diminués de 5%) qu'il conviendrait de comparer avec le revenu "Total" de Fr. 51'441.- servant de fondement au revenu hypothétique avec invalidité (ESS TA1, femmes, niveau 1, valeur "Total" et table de la durée normale du travail: Fr. 4'112.- x 12 x 41,7/40). Force est de constater que cette comparaison hypothétique d'un revenu sans invalidité plus bas que le salaire avec invalidité serait encore plus défavorable à la recourante.

En conclusion, l'absence de perte de gain et, par conséquent, d'invalidité à laquelle aboutit le calcul de l'Office AI Berne doit donc être confirmée.

**5.4** En application de l'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI, la suppression de la rente prend effet le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision contestée du 11 juin 2014. Par conséquent, la suppression de la rente d'invalidité de la recourante au 1<sup>er</sup> août 2014 ne peut qu'être confirmée. On peut encore préciser que les circonstances de la présente cause ne justifiaient pas la mise en œuvre exceptionnelle préalable à la suppression de la rente, de mesures d'ordre professionnel. Au moment de la décision de suppression, la recourante était dans sa 51<sup>ème</sup> année, donc n'avait pas atteint l'âge de 55 ans, et elle avait touché sa rente pendant 11 ans et 10 mois, soit moins de 15 ans. Elle ne se trouvait dès lors pas dans la situation où la jurisprudence admet qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, pas être exigée de l'assurée (ATF 141 V 5 c. 4.1; TF 9C\_920/2013 du 20 mai 2014, c. 4.3 et 4.5).

## **6.**

**6.1** Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

**6.2** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Les frais de procédure sont fixés forfaitairement à Fr. 700.-.

La recourante, qui succombe, doit supporter les frais de la procédure et ne peut prétendre au remboursement de ses dépens (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 2 et 108 al. 1 et 3 LPJA).

**6.3** Conjointement à son recours, la recourante a cependant déposé une demande d'assistance judiciaire.

Sur requête, l'autorité de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès. Aux mêmes conditions, une avocate ou un avocat peut en outre être désigné à une partie si les circonstances de fait et de droit le justifient (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

En l'espèce, au vu des pièces produites le 18 juillet 2014, la condition financière est remplie, la recourante bénéficiant de l'aide sociale (décision du service social régional compétent du 15 juillet 2014; ATF 128 I 225 c. 2.5.1 et les références citées). En outre, les chances de succès du recours ne pouvaient être d'emblée niées (ATF 129 I 129 c. 2.3.1, 122 I 267 c. 2b et les références citées). Vu la complexité de la matière juridique, on ne peut nier par ailleurs le caractère justifié d'un mandataire professionnel devant le TA (ATF 103 V 46 c. 1b). En l'espèce, la requête peut dès lors être admise. La recourante est mise au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Ainsi, les frais de la procédure sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire et l'avocat représentant la recourante est désigné en tant que mandataire d'office.

**6.4** Au vu de la note d'honoraires du 15 décembre 2014, qui ne prête pas à discussion, les honoraires sont taxés à Fr. 3'105.-, compte tenu de la nature du litige et de la pratique du TA dans des cas semblables, sans tenir compte de la valeur litigieuse. A ces honoraires s'ajoutent des débours par Fr. 85.-. En revanche, il n'y a pas lieu de prendre en compte le montant de Fr. 172.50 produit par le mandataire en date du 19 décembre 2014, correspondant aux frais du rapport médical du 22 septembre 2014 des psychiatres traitants; ce rapport laconique n'apporte aucun élément

pertinent en mesure d'influer sur l'issue de la procédure et ne se prononce aucunement sur la capacité de travail de la recourante, point déterminant en l'occurrence (voir ATF 115 V 62 c. 5).

Eu égard à la jurisprudence du TF (ATF 132 I 201 c. 8.7), la caisse du Tribunal versera la somme de Fr. 2'575.80 au titre du mandat d'office (honoraires Fr. 2'300.- [soit 11,5 heures à Fr. 200.-], débours Fr. 85.- et TVA Fr. 190.80 [Fr. 2'385.- x 8%]; voir aussi les art. 41 et 42 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11], l'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811] et l'ordonnance du 20 octobre 2010 sur la rémunération des avocats et avocates commis d'office [ORA, RSB 168.711]).

**6.5** La recourante doit en outre être rendue attentive à son obligation de remboursement (envers le canton et son avocat) si elle devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisants (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272]).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire est admise et Me B.\_\_\_\_\_ est désigné comme mandataire d'office.
3. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à la charge de la recourante. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.

4. Il n'est pas alloué de dépens.

5. Les honoraires de Me B.\_\_\_\_\_ sont taxés à Fr. 3'105.-, auxquels s'ajoutent des débours par Fr. 85.-; la caisse du Tribunal lui versera la somme de Fr. 2'575.80 (Fr. 2'300.- d'honoraires, Fr. 85.- de débours et Fr. 190.80 de TVA) au titre de son activité de mandataire d'office. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.

6. Le présent jugement est notifié (R):

- au mandataire de la recourante,
  - à l'intimé,
  - à [...]
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

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).