

200.2015.820.AI

BOA/BEJ

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

**Jugement du 14 novembre 2016**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
A.-F. Boillat, greffière



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

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 15 juillet 2015

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née le 8 octobre 1956, divorcée depuis 2008, mère de deux enfants adultes, sans formation certifiée, est arrivée en Suisse en août 1976. Dans son dernier emploi, qu'elle a occupé jusqu'en 1999, elle a travaillé comme couturière (confection d'abat-jour) dans une entreprise spécialisée dans la production et le commerce d'appareils d'éclairage, d'abord au taux de 80% (assumant parallèlement à cette activité un travail de concierge d'immeuble), puis dès mars 2003 et en raison de problèmes de santé, à un taux réduit. Depuis mars 2009, elle a cessé toute activité lucrative.

Indiquant souffrir d'un syndrome douloureux de la colonne depuis 2001, l'assurée a sollicité, en avril 2003, des prestations auprès de l'assurance-invalidité (AI). Par décision du 8 février 2007 et après avoir ordonné l'établissement d'une expertise pluridisciplinaire dans un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI, "C. \_\_\_\_\_" en l'espèce; ci-après: première expertise COMAI), l'Office AI, sur la base d'un degré d'invalidité de 20%, a nié le droit de l'assurée à l'octroi d'une rente AI. Par demande datée du 3 octobre 2007, déposée le 4 octobre 2007 à l'Office AI, l'assurée a introduit une nouvelle demande auprès de l'Office AI, se référant à une fibromyalgie-syndrome cervico-brachial droit et syndrome vertébral. Suite au rapport d'expertise pluridisciplinaire (sur les plans de médecine générale, neurologique, rhumatologique et psychiatrique du COMAI déjà précédemment sollicité [ci-après: seconde expertise COMAI]) du 28 avril 2008, l'Office AI, par décision du 4 mars 2010, a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2008, sur la base d'un degré d'invalidité de 56%.

En avril 2010, l'Office AI a engagé une procédure de révision de rente à l'égard de l'intéressée, au terme de laquelle, par communication du 3 juin 2010, il est arrivé à la conclusion que l'état de santé de l'assurée n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente.

**B.**

En novembre 2013, l'Office AI a initié une nouvelle procédure de révision de rente. Après avoir requis, sur proposition du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'établissement d'une expertise bidisciplinaire (sur les plans psychiatrique [Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie] et rhumatologique [E.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH]), dont les conclusions interdisciplinaires ont été consignées dans un rapport du 5 février 2015, l'Office AI a averti l'assurée, par préavis du 14 mai 2015, qu'il envisageait, sur la base d'un degré d'invalidité de 27%, de supprimer la rente AI avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la date de la décision et de retirer l'effet suspensif à un éventuel recours.

**C.**

L'assurée, représentée en justice, n'ayant pas concrétisé son annonce d'objections, l'Office AI a confirmé la teneur de son préavis par décision formelle du 15 juillet 2015.

**D.**

Par acte daté du 14 septembre 2015, l'assurée, par son mandataire, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision rendue par l'Office AI le 15 juillet 2015 et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision.

Dans son mémoire de réponse du 30 octobre 2015, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Le mandataire de la recourante a envoyé sa note d'honoraires le 10 novembre 2015.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI du 15 juillet 2015 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et supprime au 1<sup>er</sup> septembre 2015 (1<sup>er</sup> jour du 2<sup>ème</sup> mois qui suit sa notification) la demi-rente AI perçue par la recourante depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2008. L'objet du litige porte sur l'annulation de ladite décision et sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, en vue de l'établissement d'une nouvelle expertise et nouvelle décision. Est particulièrement critiquée par la recourante la force probante du rapport d'expertise interdisciplinaire du 5 février 2015, en particulier le fait qu'il ne prend pas en considération son état de santé actuel global, mais évalue uniquement les problèmes de santé à l'origine de la rente AI.

**1.2** Interjeté en temps utile, 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). 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). Pour des motifs d'égalité de traitement, il se justifie de soumettre à des exigences identiques sur le plan du droit des assurances sociales toutes les atteintes psychosomatiques (ATF 141 V 281 c. 4.2, 139 V 346 c. 2, 137 V 64 c. 4.3, 136 V 279 c. 3.2.3).

**2.2** 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 (art. 28 al. 2 LAI).

**2.3** 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'ancien 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). Il faut prendre en compte comme bases temporelles déterminantes pour la comparaison, d'une part, l'état de fait au moment de la décision d'octroi de rente initiale et, d'autre part, celui au moment de la décision de révision litigieuse (ATF 130 V 343 c. 3.5.2, 125 V 368 c. 2; SVR 2010 IV n° 53 c. 3.1). 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).

**2.4** 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** 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** Dans sa décision de suppression de rente d'invalidité du 15 juillet 2015, l'intimé a considéré que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré, estimant que celle-ci était en mesure d'exercer, à plein temps, une activité lucrative adaptée, moyennant une perte de rendement de 20% (en raison de limitations sur le plan somatique uniquement), cette restriction pouvant vraisemblablement même être réduite après trois à six mois moyennant un entraînement physique adapté. Pour motiver l'amélioration du degré d'invalidité retenu, en particulier l'absence (désormais) de restrictions psychiques, l'Office AI s'est fondé sur le rapport d'expertise bidisciplinaire du 5 février 2015. Quant au diagnostic d'hépatite C, l'Office AI a précisé qu'il n'avait pas été ignoré, mais considéré comme étant sans influence sur la capacité de travail.

**3.2** La recourante, quant à elle, requiert un renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il procède à une nouvelle évaluation, par expertise, de son état de santé. Elle estime que les experts, en arrivant à la conclusion que les pathologies ayant légitimé l'octroi d'une rente AI dès le 1<sup>er</sup> novembre 2008 se sont améliorées, ont méconnu les nouvelles affections dont elle est actuellement atteinte (notamment une hépatite C) et qui, selon la recourante, influencent désormais aussi sa capacité de travail.

### **4.**

En l'espèce, s'agissant d'une 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 initiale d'octroi de la rente AI en date du 4 mars 2010 et la décision litigieuse du 15 juillet 2015, la procédure de révision close par la communication du 3 juin 2010 n'ayant pas mis en œuvre un examen complet de l'état de santé de l'intéressée (cf. c. A et art. 74<sup>ter</sup> let. f du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]; SVR 2010 IV n° 4 c. 3.1).

**4.1** Jusqu'à la décision initiale d'octroi de rente AI, en mars 2010, le dossier permet de constater les évaluations médicales suivantes.

**4.1.1** La première expertise du COMAI datée du 30 mars 2006 avait retenu les diagnostics de syndrome cervico-céphalique (M53.0, marqué dans la région de la tête, de la nuque et des bras) et autres dorsalgies (M54.8). L'experte en rhumatologie avait mentionné un syndrome douloureux cervical chronifié avec une atrophie de la musculature sans influence sur la capacité de travail de la recourante. Sous l'angle neuropsychologique, aucune altération de la capacité de travail n'était mentionnée. D'un point de vue psychiatrique, l'expert avait nié la présence d'un trouble somatoforme douloureux (TSD) au sens de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) ou de toute autre pathologie indépendante justifiant une réduction (continue) de la capacité de travail. Sous l'angle interdisciplinaire, les experts avaient conclu que la recourante disposait, dans une activité légère et permettant de varier les positions, d'une pleine capacité de travail moyennant une perte de rendement (provisoire) de 20% en raison d'une raideur musculaire (celle-ci devant s'estomper suite au reconditionnement de la recourante).

**4.1.2** Dans son rapport médical du 3 décembre 2007 adressé à l'intimé, la neurologue traitante de la recourante avait confirmé les pathologies retenues par la première expertise du COMAI, retenant toutefois en sus une dépression chronique, dont les effets étaient, selon elle, accentués par la maladie (mortelle) de son frère et la crainte de perdre son emploi chez son employeur. Cette praticienne avait évalué la capacité de travail de l'assurée dans une activité bien profilée à hauteur de 50%.

**4.2** La décision du 4 mars 2010 se fondait sur la seconde expertise du COMAI. Dans leur rapport du 28 avril 2008, les experts avaient retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et celui de syndrome douloureux persistant (F45.4) caractérisé par un syndrome cervico-céphalique et d'autres dorsalgies (M53.0 et M54.8). D'un point de vue rhumatologique, l'experte avait conclu qu'il n'existait pas de limitations importantes qui pourraient suffisamment expliquer les limitations de performance que l'assurée endure. Sous l'angle neurologique, le

spécialiste consulté avait relevé qu'il n'y avait pas d'altérations des systèmes nerveux (tant périphérique que central) et cognitif. Quant à l'expert psychiatre, il avait retenu un trouble dépressif d'épisode actuel moyen. Il avait aussi fait part du fait que l'assurée était très focalisée sur ses douleurs. Il avait exclu chez la recourante la présence de phénomènes d'hallucinations (en relation avec les visions que cette dernière avait eues de son frère décédé) du fait qu'il n'avait pu relever aucun autre trouble de la perception. Sous l'angle interdisciplinaire, la seconde expertise du COMAI avait conclu que l'assurée était encore à même d'exercer une activité adaptée (aussi son ancienne activité) à hauteur de 50%, moyennant l'aménagement d'un horaire de travail réparti régulièrement sur cinq jours dans la semaine. Selon les experts, l'activité exercée ne devrait solliciter le corps que légèrement, assurer une ergonomie au niveau du dos, permettre à la recourante de varier les positions et d'aménager de petites pauses régulières.

**4.3** Entre le 4 mars 2010 et le 15 juillet 2015, les avis médicaux et rapports suivants ont notamment été rédigés.

**4.3.1** La neurologue traitante a fait part, dans son rapport du 31 mai 2010 adressé à l'intimé, d'un état de santé de l'assurée péjoré en raison notamment de sévères épisodes dépressifs. Concernant les pathologies retenues, elle s'est référée à son rapport du 3 décembre 2007, mentionnant en sus des polyarthroses et une opération du tunnel carpien, à droite (présent aussi à gauche), diagnostics qui, selon cette spécialiste, ont une influence sur la capacité de travail de la recourante, en particulier dans sa profession de couturière. S'agissant des douleurs éprouvées, elle a fait part d'un trouble douloureux généralisé (sur tout le corps) et en recrudescence. En mentionnant que l'assurée pouvait travailler à raison de quatre heures par jour, elle a évalué (implicitement) la capacité de travail de cette dernière à 50%.

**4.3.2** Le rapport en hépatologie rédigé le 5 mars 2012 suite aux examens clinique et de laboratoire ayant eu lieu le 22 février 2012 a fait état d'une (éventuelle) hépatite C (de type 1B) qualifiée de stationnaire chez l'assurée, sans indicateurs marqués attestant la présence d'une fibrose du

foie. Sous l'angle thérapeutique, les médecins ont estimé qu'il était impératif et prioritaire que l'assurée perde du poids.

**4.3.3** Le rapport en radiologie daté du 23 novembre 2012 a mis en évidence un bassin dans la norme (notamment quant à sa structure osseuse), sans inflammation. Les clichés des mains ont révélé une arthrose d'Heberden présentes des deux côtés, de même qu'une vraisemblable ankylose post-traumatique de l'index. L'examen de la colonne vertébrale cervicale a mis en exergue une chondrogénèse (en particulier au niveau des segments C5/6 et C6/7), sans instabilité. Les clichés des genoux n'ont mis en évidence aucune inflammation osseuse ni de lésions dues à l'arthrose.

**4.3.4** Dans son avis médical du 13 décembre 2012, la rhumatologue traitante de l'assurée a retenu les diagnostics de polyalgies (dans le contexte de légères lésions dégénératives de l'appareil locomoteur et d'une fibromyalgie), une adiposité (avec un indice de masse corporelle de 32), une hépatite C chronique, de l'hypertonie artérielle et un status après thyroïdite en 2006, sans préciser si ces derniers avaient une incidence sur la capacité de travail de l'assurée. Elle a relevé les douleurs en recrudescence éprouvées par l'assurée au niveau du fémur et genou gauches (douleur plus marquée sur la pointe des pieds notamment). Elle a constaté que les résultats de laboratoire ne faisaient état d'aucune maladie systémique et que les clichés effectués (cf. c. 4.3.3) révélaient des résultats dans les normes (excepté de légères altérations dégénératives de la colonne vertébrale et du genou gauche).

**4.3.5** Le rapport (de sortie) de la clinique ayant soigné la recourante durant son séjour stationnaire (en réhabilitation orthopédique) du 14 juillet au 3 août 2013, daté du 30 août 2013, a fait état d'un déconditionnement physique avec une mobilité et une autonomie réduites, et d'une diminution de la force en raison de polyalgies (elles-mêmes en relation avec de légères lésions dégénératives et une fibromyalgie). Suite à une mobilisation active durant son séjour, la recourante a relevé des douleurs dorsales, au niveau des genoux et des hanches en diminution. Les médecins ont aussi posé le diagnostic (accessoire) d'hépatite C chronique.

**4.3.6** Le rapport médical du 7 janvier 2014 rédigé par la rhumatologue traitante de l'assurée a mis en évidence, depuis novembre 2012 (la patiente n'étant préalablement pas soignée par cette spécialiste), un état de santé stationnaire, en présence du nouveau diagnostic (depuis environ 2011) d'hépatite C en sus notamment de polyalgies chroniques et de polyarthroses dans un contexte à composantes fibromyalgiques, de même qu'une symptomatique dépressive. Cette praticienne a considéré, en raison des douleurs éprouvées et d'une diminution de la force, que sa patiente n'était plus à même, dans son quotidien, d'effectuer des activités sollicitant le corps de manière importante. Sur la base de ces constatations, elle a estimé que l'assurée pouvait travailler, dans une activité adaptée (variée et ne sollicitant pas le corps de manière intensive), à raison de 50%, soit une présence de trois à quatre heures par jour, moyennant la possibilité d'aménager (au besoin) des pauses, ces dernières induisant, par conséquent, sur le plan somatique, une perte de rendement. Sur le plan psychique, la rhumatologue traitante a estimé que la composante dépressive (qu'elle a reliée à un processus douloureux s'étendant sur plusieurs années [éventuellement aussi à la présence d'une hépatite C chronique]) générerait elle aussi des ralentissements et une perte de motivation. Cette praticienne a ajouté que des mesures professionnelles (dans un environnement protégé) pourraient être bénéfiques.

**4.3.7** Dans son avis médical du 2 février 2014, le généraliste traitant, sans évaluer la capacité de travail de l'assurée, a mentionné un état de santé aggravé en raison d'une hépatite chronique et d'une prise de poids importante, préconisant la mise sur pied d'une thérapie de la douleur et des mesures de physiothérapie.

**4.3.8** Dans son évaluation du 22 mai 2014, le médecin du SMR, spécialiste en médecine générale, a retenu, sur la base des pièces médicales versées au dossier, une polyarthrose des doigts ayant des effets sur la capacité de travail. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné un syndrome douloureux existant depuis des années et un status après un état dépressif. Considérant que l'état de santé de l'assurée s'était (vraisemblablement) amélioré sur le plan psychique, il a préconisé la

mise sur pied d'une expertise bidisciplinaire (sur les plans psychiatrique et de l'appareil locomoteur).

**4.3.9** Suivant la recommandation de son SMR, l'Office AI a requis la mise sur pied d'une expertise bidisciplinaire sur les plans rhumatologique et psychiatrique, sur laquelle il s'est fondé pour rendre la décision contestée du 15 juillet 2015.

L'expert en psychiatrie, consulté le 12 janvier 2015, n'a retenu, sous l'angle psychique, aucune pathologie ayant des effets sur la capacité de travail de l'assurée. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné une douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (F45.41) et un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4). Sous l'angle psychique, l'expert a considéré que la recourante était à même de travailler à plein temps, sans réduction de rendement. Le rhumatologue, qui a également examiné la recourante le 12 janvier 2015, a retenu comme diagnostic ayant des effets sur la capacité de travail, un syndrome panvertébral chronique (en présence de tendomyoses et d'une déformation de la colonne vertébrale avec une hyperkyphose et une scoliose) et une périarthropathie de la hanche gauche en liaison avec une entésiopathie dans la région des muscles fessiers, un hématome et une bursite trochantérienne. Quant aux pathologies considérées comme étant sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert consulté a mentionné notamment un syndrome douloureux non caractéristique associé à une fibromyalgie, une polyarthrose, une hépatite C chronique et une hypertonie artérielle. D'un point de vue somatique, la capacité de travail de l'assurée dans une activité bien profilée (activité légère à moyenne, de préférence en position assise tout en ayant la possibilité de se lever toutes les demi-heures) a été considérée comme étant pleine et entière, moyennant une perte de rendement de 20% en raison du déconditionnement musculaire de l'assurée obligeant cette dernière à aménager des pauses, de sorte que son rythme de travail est ralenti.

Sous l'angle interdisciplinaire, considérant que seules des restrictions somatiques influaient sur la capacité de travail de l'assurée, les experts ont estimé que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans un emploi adapté, moyennant une perte de rendement de 20%.

## 5.

**5.1** D'un point de vue strictement formel tout d'abord, l'expertise bidisciplinaire rédigée le 5 février/1<sup>er</sup> mars 2015 est complète, convaincante et satisfait aux exigences jurisprudentielles (cf. c. 2.5). Elle 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 psychiatrie et en rhumatologie, elle comporte une anamnèse précise sur les plans personnel, social et professionnel. Les avis médicaux antérieurs figurant au dossier ont été énumérés et pris en considération par les experts, démontrant une étude approfondie et consciencieuse du dossier. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions des experts motivées. Quant aux atteintes à la santé, elles sont définies de manière claire, tout comme les limitations fonctionnelles qui en résultent et sont documentées à suffisance. Les profils d'exigibilité retenus intègrent de manière adéquate les limitations fonctionnelles documentées. Le TA précise aussi que l'expertise bidisciplinaire de février/mars 2015 se rapporte de manière suffisante à l'objet de la preuve. Elle se prononce sur la survenance effective d'une modification de l'état de santé de l'assurée. Elle met en effet en relief de manière suffisamment étayée (cf. notamment dossier [dos.] AI 148.1/17, 149.1/46) les aspects concrets de l'évolution de la maladie et de l'incapacité de travail qui ont mené à une nouvelle évaluation diagnostique et estimation de la gravité des atteintes (SVR 2013 IV n° 44 c. 6.1.3).

## 5.2

**5.2.1** Sous l'angle matériel, d'un point de vue psychique, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expert psychiatre, selon lesquelles le trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne (retenu par la seconde expertise du COMAI en 2008, cf. ch. 4.2) est, au moment de l'examen, en rémission (*mit gegenwärtiger Remission*). L'expert a démontré avec pertinence en quoi les critères caractérisant l'épisode dépressif n'étaient désormais plus remplis. Il est en effet patent que la recourante n'éprouve plus en permanence un abaissement de l'humeur (l'affect de l'assurée durant l'expertise a été qualifié d'équilibré, la recourante a souri à plusieurs

reprises durant l'examen, voire même a ri de bon cœur [dos. AI 148.1/17]). Elle n'a de plus pas perdu sa capacité à éprouver du plaisir. Elle se rend chaque jour aux environs de 11h chez ses enfants, mange en leur compagnie en les aidant parfois à préparer les repas, et s'occupe de ses petits-enfants l'après-midi (elle va les chercher à l'école). Elle ne souffre pas d'une perte d'intérêt (elle regarde tous les jours les informations à la télévision) ou d'appétit, ou présente des idées suicidaires, ces symptômes précédemment énumérés caractérisant les épisodes dépressifs. Elle a du reste mis un terme à son suivi psychothérapeutique en 2012 et sa médication (antidépresseurs) a diminué. Le TA relève que ces constatations objectives font état d'une santé psychique recouvrée en comparaison de la situation ayant prévalu lors de la seconde expertise du COMAI en 2008. En effet, les experts avaient alors retenu un trouble dépressif, dont l'épisode était qualifié de moyen. Ils avaient décrit l'assurée comme étant plaintive, avec une labilité émotionnelle altérée et une attitude très retenue (dos. AI 63/20 et 21). Les visions (de son frère décédé d'un cancer des poumons) éprouvées en 2008 et relevées par les experts de 2008 n'existent plus en 2015. Si le TA admet que le trouble dépressif d'épisode moyen a perduré en tout cas jusqu'en mai 2010 (selon le rapport médical de la neurologue traitante de l'assurée où il est question, le 31 mai 2010, de sévères épisodes dépressifs, cf. c. 4.3.1), il n'en demeure pas moins que l'avis médical de cette même spécialiste avait déjà laissé entrevoir une amorce d'amélioration de l'état de santé psychique de sa patiente dès le 20 octobre 2012, des signes d'une humeur en hausse étant (nouvellement) perceptibles, l'assurée témoignant, selon les constatations de cette praticienne, de l'intérêt à s'occuper de ses proches, ses petits-enfants et un ami handicapé. L'avis du généraliste traitant de la recourante, qui ne fait état, dans son avis médical (très succinct) du 2 février 2014, d'aucune pathologie psychique, se contentant d'affirmer, sans aucun autre développement, un état de santé aggravé en raison d'une hépatite chronique et d'une prise de poids importante, ne saurait, par ailleurs, mettre en doute l'évolution positive de l'état de santé psychique de l'assurée depuis la décision initiale de rente AI jusqu'à celle querellée. Au vu de ce qui précède et à défaut de l'existence d'un avis médical pertinent divergent, le TA se rallie aux conclusions de l'expert en psychiatrie et retient que le trouble dépressif, au moment de la décision contestée, est en rémission,

dénotant ainsi d'une santé psychique recouvrée. Quant au diagnostic de douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques arrêté par l'expert psychiatre, il ne saurait non plus être remis en question. Si, certes, la locution utilisée a très légèrement varié, le TA relève que les pathologies retenues par les experts psychiatres, tant en 2008 qu'en 2015, convergent unanimement vers l'existence d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. C'est par ailleurs à juste titre que l'expert en psychiatrie a constaté, en 2015, que le syndrome douloureux persistant (M45.4, caractérisé par un syndrome cervico-céphalique et autres dorsalgies) s'était légèrement modifié quant à ses effets douloureux au sens où il est désormais question de douleur chronique (dans plusieurs régions anatomiques, par opposition aux douleurs précédemment localisées essentiellement dans le dos) où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (F45.41), et dont il convient d'examiner l'éventuel caractère invalidant (cf. c. 5.2.2).

**5.2.2** En présence de TSD et de troubles psychosomatiques comparables, le TA précise que dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral (TF) a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'AI. Il convient de préciser à cet égard qu'une expertise mise en œuvre selon les anciens standards de procédure (comme tel est le cas en l'espèce) ne perd pas d'emblée toute valeur probante. Dans le cadre de l'examen global et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et 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 210 c. 6). Dans l'examen de la preuve d'une atteinte à la santé (1<sup>ère</sup> étape de l'évaluation, de nature diagnostique), le TA mentionne tout d'abord que même si, en l'espèce, l'expert psychiatre n'a pas diagnostiqué un TSD persistant au sens strict (F45.40), il convient d'admettre néanmoins qu'il est question d'un trouble psychosomatique comparable, le diagnostic de douleur chronique (F45.41) étant retenu par l'expert psychiatre, à composante fibromyalgique selon l'expert rhumatologue (dos. AI 149.1/40). Par ailleurs, comme le TF l'a précisé, le diagnostic de TSD persistant ne conduit à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI que si cette pathologie résiste aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131

V 49. Le TF a ainsi considéré qu'il n'existait aucune atteinte à la santé lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche repose sur une exagération manifeste. S'il est vrai que les experts ont constaté que les affirmations de l'assurée n'étaient pas toujours cohérentes et que celle-ci avait une certaine tendance à la dramatisation (dos. AI 148.1/13), ou encore qu'il existait certaines incohérences dans la localisation des douleurs éprouvées (dos. AI 149.1/47), le TA relève toutefois que l'assurée a aussi été à même d'avancer qu'elle allait beaucoup mieux psychologiquement depuis 2010/2011 (dos. AI 148.1/8). Dans ces conditions, la question de savoir si la tendance à l'exagération chez l'assurée est manifeste au point de constituer un motif d'exclusion peut rester ouverte. En effet, à lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération, tout au plus ces signes peuvent-ils mettre en doute la gravité de l'atteinte à la santé. Quant à la preuve de l'incapacité de travail (2<sup>ème</sup> étape), le TF désormais abandonne la présomption selon laquelle les troubles psychosomatiques concernés ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Il n'en reste pas moins que de manière inchangée, selon la volonté claire du législateur exprimée à l'art. 9 al. 2 LPGA, dans le but d'une perspective objective, il faut partir du principe qu'une personne est valide. Il s'agit désormais d'évaluer la capacité de travail de façon normative et structurée sur la base d'un catalogue d'indicateurs (répartis en deux grandes catégories: "degré de gravité fonctionnel" et "cohérence") qui tiennent compte des facteurs de contrainte restreignant cette capacité, mais aussi du potentiel de compensation (ressources; ATF 141 V 281 c. 3.7.2, 4.3, 4.4 et 5). En l'espèce, il est admis que la pathologie psychique de la recourante trouve son origine dans des charges émotionnelles qui l'ont fragilisée par le passé (mariage avec un homme de treize ans son aîné, son déménagement en Suisse, la naissance de son premier enfant une année après, son [nouveau] statut de femme au foyer, et dès lors la difficulté de se créer une nouvelle identité propre, le décès de son père en 1999, puis de son frère en 2007) mais qui se sont estompées, l'assurée disposant désormais d'un potentiel de compensation. En effet, au moment de la décision contestée, la recourante a recouvré son équilibre et une existence propre à la suite de son divorce. Elle n'est pas isolée socialement: elle entretient une relation privilégiée avec ses deux enfants (et petits-enfants) qu'elle voit presque

quotidiennement pour partager le repas de midi. Ses journées sont structurées avec des composantes dynamiques: elle prépare parfois les repas de midi et garde ses petits-enfants, qu'elle va chercher à l'école; elle fait aussi ses courses l'après-midi avec sa fille. Elle n'est pas affectée d'une perte d'intérêt (elle visionne les informations à la télévision le soir) ou de plaisir. De plus, elle est aussi capable d'améliorer encore son hygiène de vie en diminuant sa (sur)charge pondérale. Ces éléments, à l'aide des indicateurs standards, ne permettent pas d'établir, avec une vraisemblance prépondérante, des répercussions fonctionnelles d'atteintes à la santé médicalement constatées de manière concluante et exempte de contradictions susceptibles d'attribuer un caractère invalidant au TSD (ATF 141 V 281 c. 6). Le TA parvient donc aux mêmes conclusions que celles de l'expertise bidisciplinaire, quand bien même celle-ci a-t-elle été rédigée en fonction des critères posés sous l'ancienne jurisprudence.

**5.2.3** Pour ce qui est toujours de la fiabilité matérielle de l'expertise bidisciplinaire, mais sous l'angle somatique, rien ne justifie tout d'abord de s'écarter des diagnostics de périarthropathie de la hanche gauche (en liaison avec une entésiopathie dans la région des muscles fessiers, un hématome et une bursite trochantérienne) et d'un syndrome panvertébral chronique (en présence de tendomyoses et d'une déformation de la colonne vertébrale avec une hyperkyphose et une scoliose), cette dernière pathologie n'ayant certes pas été retenue de manière autonome par les experts en 2008, mais dont les effets douloureux chez l'assurée avaient été constatés dans le contexte d'un syndrome douloureux persistant associé à un trouble dépressif récurrent moyen. Pour arriver à cette conclusion, l'expert rhumatologue a procédé à un examen clinique fouillé de l'assurée (de son état général, de toutes les extrémités [supérieures et inférieures] et de la colonne vertébrale). Sur la base de ses propres observations, il n'a tout d'abord constaté aucun signe de compression des nerfs. Il a ensuite essayé d'expliquer (en se référant aussi aux derniers clichés réalisés entre novembre 2014 et mai 2015) les douleurs éprouvées par la recourante (qui déclare qu'elles peuvent atteindre une intensité maximale de 10 sur l'échelle de la douleur). Il a ainsi admis que le nouveau diagnostic de périarthropathie (inexistant lors du second COMAI en 2008) et arrêté sur la base de l'IRM du 12 janvier 2015 pouvait générer des douleurs à la jambe

gauche et, ainsi, entraver la recourante, d'autant plus que cette arthrose de la hanche est combinée à une légère gonarthrose du genou (dos. AI 149.1/49). En relation avec les lésions dégénératives au niveau des vertèbres cervicales C5/6 et C6/7 (qui existaient déjà lors de la seconde expertise du COMAI en 2008), l'expert, tout en précisant que ces lésions, légères et usuelles chez des patients de plus de 50 ans, n'induisaient pas obligatoirement des effets cliniques chez (tous) les sujets, a certes pu démontrer avec pertinence qu'une telle pathologie était invalidante et pouvait générer des douleurs, mais en aucun cas d'une intensité telle que celles endurées par la recourante. Dès lors, malgré une certaine objectivation de la douleur, l'expert a néanmoins relevé avec justesse plusieurs incohérences dans les déclarations de l'assurée: ainsi, les lésions dégénératives au niveau des vertèbres cervicales ne peuvent, selon lui, justifier le fait que la recourante se plaigne de douleurs généralisées alors que celles-ci devraient être localisées (uniquement) dans les segments cervicaux inférieurs. Toujours au niveau du dos, l'hyperkyphose (déjà diagnostiquée lors de la seconde expertise du COMAI) associée au déconditionnement musculaire devrait entraver l'assurée en position assise prolongée, alors que les douleurs de cette dernière sont plus marquées la nuit, lorsqu'elle est allongée. En présence d'une légère scoliose de la colonne lombaire (par ailleurs aussi déjà présente lors de l'expertise de 2008) avec légers troubles de nature spondylite, l'expert n'a pu expliquer la mobilité réduite observée chez l'assurée. Le même constat d'absence de substrat somatique a pu être opéré au niveau des articulations. Ainsi, tout d'abord s'agissant des épaules, l'expert s'est étonné de l'intensité des restrictions démontrées lors de mouvements actifs, alors que l'épaule est libre lors d'un mouvement passif. En relation avec l'importante arthrose d'Heberden du majeur gauche en 2015 (il n'était question que d'une légère arthrose lors de l'expertise de 2008), l'expert a constaté avec étonnement des douleurs généralisées dans toute la main, quand bien même les articulations ne sont pas enflammées, ces dernières observations menant à la conclusion probante que l'intensité des souffrances éprouvées (et, partant, les handicaps que la recourante fait valoir) par l'assurée ne peuvent être reliées à aucun substrat somatique.

Toujours sur le plan somatique, mais dans le contexte infectieux, le TA précise que, contrairement aux allégations de la recourante, les experts ont tenu compte de la problématique de l'hépatite C, la qualifiant toutefois de sans incidence sur la capacité de travail de l'assurée (dos. AI 149.1/40). Les premiers résultats de laboratoire datent de 2012 (dos. AI 122/13); l'évolution de l'hépatite C y était déjà qualifiée de stationnaire, sans fibrose du foie. Une présence de la maladie depuis la naissance n'était pas exclue. Le dossier ne fournit aucun élément démontrant que des analyses relatives à cette hépatite auraient été organisées avant un rapport spécialisé en infectiologie daté du 18 novembre 2014 que la recourante a fait parvenir à l'expert rhumatologue (dos. AI 149.1/25 et 149.2/8-10). L'infectiologue y a uniquement mentionné une transmission de la maladie d'origine inconnue et une clinique asymptomatique chez la recourante, sans mention d'une éventuelle incidence sur sa capacité de travail. Comme le souligne très justement le rapport d'expertise bidisciplinaire en 2015 (dos. AI 149.1/45), aucun médecin n'a précisé, à quelque moment que ce soit, en quoi ce diagnostic influencerait (négativement) la capacité de travail de l'assurée. Si l'on se réfère à l'ultime rapport médical versé au dossier de la rhumatologue traitante, daté de janvier 2014, force est de constater qu'y sont principalement mentionnées des restrictions en raison d'une altération de la mobilité et de douleurs éprouvées (113/3 ch. 1), l'hépatite C n'étant mentionnée que succinctement. Or, précisément en relation avec les douleurs encourues, la neurologue traitante de l'assurée avait précédemment exclu que le genre de douleurs endurées puisse être en lien avec l'hépatite C (dos. AI 122/11). Dans son rapport du 9 septembre 2015 produit avec le recours, l'infectiologue relate que la recourante l'a consulté la dernière fois le 28 mai 2015 et qu'il avait alors posé un diagnostic de rechute après thérapie médicamenteuse combinée à fin 2014 n'ayant pas réussi à éradiquer l'hépatite C. Le spécialiste précise que, de ce fait, les symptômes de l'hépatite persistaient, à savoir en particulier une fatigue, qui a sans doute une influence sur la capacité de travail et qui ne va pas changer, aucune nouvelle thérapie n'étant envisagée. Ce nouvel avis, bien qu'il porte sur la situation déterminante antérieure à la décision contestée (ATF 131 V 242 c. 2.1), ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'expertise bidisciplinaire de début 2015. En effet, rien n'indique que la fatigue inhérente à l'hépatite mentionnée par l'infectiologue soit plus

prononcée que celle qui affecte la recourante depuis des années et qui n'avait jamais fait l'objet ni d'investigations médicales particulières ni d'un constat d'incapacité de travail en elle-même (l'hépatite étant la plupart du temps rangée au nombre des diagnostics secondaires). Quant aux inconvénients liés à la thérapie anti-virale administrée à fin 2014, aucun avis médical ne permet de penser qu'ils auraient causé une incapacité persistante au moment de la décision attaquée. Par conséquent, à l'instar de l'expertise bidisciplinaire, le TA considère que c'est à raison que le diagnostic d'hépatite C n'a pas été retenu comme ayant des effets sur la capacité de travail.

**5.3** Au vu du développement ci-avant, pleine valeur probante peut être reconnue à l'expertise bidisciplinaire du 5 février/1<sup>er</sup> mars 2015. L'organisation d'une nouvelle expertise est superflue. Seules des restrictions sur le plan rhumatologique en raison d'une périarthropathie de la hanche gauche (en liaison avec une entésiopathie dans la région des muscles fessiers, un hématome et une bursite trochantérienne) et d'un syndrome panvertébral chronique (en présence de tendomyoses et d'une déformation de la colonne vertébrale avec une hyperkyphose et une scoliose) doivent par conséquent être admises. Il convient donc d'examiner dans quelle mesure celles-ci influencent la capacité de travail de la recourante.

## **6.**

S'agissant tout d'abord du profil d'exigibilité arrêté par l'expert rhumatologue (seuls des handicaps sur le plan somatique étant retenus, cf. c. 5.2.2 et 5.2.3), le TA relève tout d'abord que ce dernier énonce de manière détaillée de quels types d'activités l'assurée est (encore) à même de s'acquitter. Ce descriptif s'apparente par ailleurs à celui arrêté par la seconde expertise du COMAI en 2008 ou encore à celui esquissé, d'un point de vue somatique, par ses médecins traitants (cf. notamment dos. AI 113/3) au sens où l'assurée n'est plus à même d'occuper un poste sollicitant le corps de manière importante, des activités légères à moyennes étant exigibles. Les experts ont toutefois précisé qu'en raison du

nouveau diagnostic d'arthrose de la jambe gauche, l'assurée devait pouvoir travailler (principalement) en position assise, tout en ayant la possibilité de se lever toutes les demi-heures. Si les médecins consultés s'accordent sur le profil d'exigibilité, il subsiste néanmoins des divergences quant au pensum que la recourante est (encore) à même d'exécuter. Le TA constate tout d'abord que les avis médicaux versés au dossier émanant des médecins traitants de l'assurée ne se prononcent pas/ou de manière imprécise sur la capacité de travail de l'assurée. Ainsi, si la neurologue traitante a certes estimé, en 2010, que la recourante pouvait travailler à hauteur de 50%, cette appréciation doit d'emblée être tempérée dès lors qu'elle résultait de l'existence d'une composante psychique prédominante (il était alors question de sévères épisodes dépressifs), qui est résorbée au moment de la décision contestée. Quant au dernier avis médical du 7 janvier 2014 émanant de la rhumatologue traitante de la recourante, il y est certes fait mention d'un pensum de 50% sans exposer en plus amples détails, quelle est la part à imputer à l'aspect psychique (désormais inexistant) et les limitations résultant d'une atteinte somatique. L'expertise, quant à elle, est par ailleurs 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 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).

Se ralliant par conséquent aux conclusions de l'expertise bidisciplinaire, le TA considère que l'assurée est à même d'exercer une activité lucrative adaptée dans une mesure de 100% (telle que son ancienne activité de couturière, à raison de 80% en position assise et 20% debout), moyennant une perte de rendement de 20%, en raison de la nécessité d'aménager des pauses et d'un rythme de travail ralenti.

## 7.

A l'examen comparatif de l'expertise du second COMAI en 2008 avec celle bidisciplinaire du 5 février/1<sup>er</sup> mars 2015, l'on constate, d'un point de vue

interdisciplinaire, une nette amélioration de l'état de santé de la recourante, dont les troubles psychiques se sont entièrement estompés au point de ne plus influencer sa capacité de travail et dont l'intensité des handicaps organiques est restée stationnaire (tout au plus peut-on considérer qu'il existe une très légère péjoration en raison d'une périarthrose à la hanche gauche). A elles seules, les atteintes rhumatologiques de l'assurée occasionnent la possibilité pour la recourante d'exercer une activité bien profilée à hauteur de 100%, moyennant une perte de rendement de 20% (alors qu'il était question lors de l'expertise du second COMAI d'une activité exigible à 50%). Il existe donc un changement sensible et favorable de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité entre la décision initiale de rente AI le 4 mars 2010 et la décision litigieuse du 15 juillet 2015. Cette amélioration, qui a pu être constatée lors des examens pratiqués par les experts le 12 janvier 2015 et qu'aucun élément au dossier ne remet en cause jusqu'à la date de la décision contestée, représente bien un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA. C'est donc à raison que l'intimé ne s'est pas référé à la let. a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI (6<sup>ème</sup> révision, 1<sup>er</sup> volet [DF LAI 6/1]) pour supprimer le droit à la rente de l'assurée, disposition qui ne pourrait du reste pas s'appliquer à la recourante, qui avait atteint l'âge de 55 ans à l'entrée en vigueur de la réglementation en question le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (let. a al. 4 DF LAI 6/1).

## 8.

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 bidisciplinaire de février/mars 2015, à savoir que la recourante dispose d'une capacité de travail entière dans une activité bien profilée moyennant une perte de rendement de 20%.

Comme exposé précédemment (cf. c. 2.1), le degré d'incapacité de travail, médical, ne correspond pas au degré d'invalidité, notion de nature économique. Néanmoins, en l'espèce, les experts ne mettent pas en doute le fait que la dernière activité exercée par l'assurée (couturière) est adaptée à son état de santé, à hauteur de 100%, moyennant une perte de

rendement de 20%. Le TA considère que la recourante, sans atteinte à la santé, aurait continué à occuper son dernier poste de couturière dans la confection d'abat-jour, dans la même mesure que celle exercée avant la survenance de ses handicaps. En effet, c'est en raison de problèmes de santé qu'elle a réduit son pensum en 2003. En bonne santé, en réaction à la liquidation de l'entreprise l'ayant occupée (la société a été radiée du registre du commerce le 23 août 2010 selon l'extrait du registre du commerce accessible sur internet à partir de [www.zefix.admin.ch](http://www.zefix.admin.ch)), la recourante aurait recherché un emploi impliquant une sollicitation semblable. Il est par conséquent superflu de procéder à une comparaison des revenus; les salaires de base à prendre en compte sont en effet identiques. Il y a donc lieu de considérer, à la date de la décision contestée, que le degré d'invalidité correspond au taux d'incapacité de travail (ou baisse de rendement), à savoir 20%, celui-ci n'ouvrant pas un droit à une rente AI. Par conséquent, la suppression de la rente d'invalidité au 1<sup>er</sup> septembre 2015 ne peut qu'être confirmée.

## **9.**

**9.1** Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et doit être rejeté.

**9.2** 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. Les frais de procédure, fixés à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante, qui succombe, et sont compensés par son avance de frais (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

**9.3** La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, ne peut prétendre au remboursement de ses dépens ou d'une indemnité de partie (art. 61 let. g LPGA, 104 al. 2 et 108 al. 1 et 3 LPJA), pas plus que l'Office AI, qui agit dans l'accomplissement d'une tâche de droit public (art. 104 al. 3 LPJA).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié:
  - au mandataire de la recourante,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales,
  - à [...].

La présidente:

La greffière:

**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).