

200.2016.529.AI

CHA/BEJ

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

**Jugement du 24 mai 2017**

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
A. de Chambrier, greffier



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

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 3 mai 2016

**En fait:**

**A.**

A.\_\_\_\_\_, née en 1955, divorcée, mère de trois enfants majeurs, vendeuse de formation, a travaillé en qualité de caissière pour un magasin de la grande distribution du 17 juin 1996 au 31 août 2002. Après avoir suivi une formation d'auxiliaire de santé, financée par l'Office AI Berne à titre de mesure professionnelle, elle a travaillé comme aide à domicile à un taux d'occupation de 50% dès le mois de septembre 2002. En incapacité de travail attestée médicalement de 100% dès le mois de novembre 2006, elle a repris cette activité à 15% dès le 1<sup>er</sup> mai 2007. Son employeur a résilié son contrat de travail pour le 31 décembre 2007. Dès le mois de février 2009, l'assurée a travaillé de façon irrégulière et à temps très partiel pour divers employeurs en tant qu'aide-ménagère ou femme de ménage.

**B.**

Le 1<sup>er</sup> mai 2000, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), en faisant valoir une fibromyalgie. Le 6 février 2002, l'Office AI Berne lui a octroyé une demi-rente d'invalidité (degré d'invalidité 58%) dès le 1<sup>er</sup> avril 2000. Par décision du 23 mai 2003, après révision, l'Office AI Berne a constaté un degré d'invalidité de 41% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2002, mais maintenu le droit à une demi-rente d'invalidité en raison de la situation économiquement pénible de l'assurée. En octobre 2006, dans le cadre d'une nouvelle procédure de révision, l'assurée a indiqué que son état de santé s'était aggravé. Dans un courrier du 26 octobre 2006 adressé à l'Office AI Berne, elle a indiqué qu'elle avait épuisé ses réserves, que ses douleurs et sa fatigue étaient devenues insupportables et qu'elle déposait une nouvelle demande afin que son cas soit reconsidéré. Dans sa nouvelle demande de prestations AI du 31 octobre 2006, l'assurée a fait valoir un rhumatisme des tissus mous et une fibromyalgie. L'Office AI Berne a accordé à l'assurée une mesure d'observation professionnelle au centre professionnel (C.\_\_\_\_\_) du 24 octobre 2007 au 27 janvier 2008 et a procédé à diverses mesures

d'instruction. Sur recommandation de son Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), il a soumis l'assurée à deux expertises bidisciplinaires (rhumatologique et psychiatrique), l'une réalisée en été 2008 et l'autre au printemps/été 2010. Par communication du 27 mai 2011, l'Office AI Berne a informé l'assurée que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente et qu'une décision formelle pouvait être requise en cas de désaccord avec ladite communication. Le 27 juin 2011, l'assurée, par son représentant, a contesté le contenu de cette dernière et requis le prononcé d'une décision. Par préorientation du 30 juin 2011, l'Office AI Berne a confirmé le contenu de sa communication du 27 mai 2011. Suite aux objections formulées par l'intéressée, par son représentant, l'Office AI Berne a procédé à de nouvelles mesures d'instruction et ordonné la réalisation d'une nouvelle expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique), laquelle a été effectuée en automne 2014. Par préorientation du 25 mars 2015, ledit office a informé l'intéressée qu'il envisageait de maintenir son droit à la rente, faute de modification de son degré d'invalidité. Le 31 mars 2015, il a par une nouvelle préorientation indiqué qu'il comptait supprimer le droit à une rente de l'assurée, en raison d'un degré d'invalidité insuffisant (25%). En dépit des objections formées par l'intéressée, par son représentant, l'Office AI Berne a confirmé le contenu de la préorientation précitée par décision du 3 mai 2016.

### **C.**

Le 3 juin 2016, l'assurée, par le même représentant, a interjeté recours contre la décision précitée de l'Office AI Berne du 3 mai 2016 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant, sous suite des frais et dépens, à son annulation et, principalement, au constat de ses droits aux prestations AI et, à tout le moins, au maintien de sa demi-rente d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. A cette occasion, la recourante a également requis l'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure. Les 24 juin et 5 juillet 2016, sur requêtes du juge instructeur, la recourante, par son mandataire, a complété ladite

requête. Dans sa réponse du 27 juillet 2016, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. La recourante a répliqué en date du 6 octobre 2016 et l'intimé dupliqué le 28 octobre 2016. Le 13 décembre 2016, le mandataire de la recourante a présenté sa note d'honoraires. Le 1<sup>er</sup> mars 2017, la recourante, par son représentant, a produit un rapport médical du 5 janvier 2017, lequel a été notifié à l'intimé pour information.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI Berne du 3 mai 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et supprime la demi-rente d'invalidité perçue par la recourante. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision, au maintien du droit à au moins une demi-rente et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité précédente pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

**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 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]). La conclusion tendant au constat des droits aux prestations AI – en soi irrecevable comme telle, puisque l'intérêt qu'elle poursuit est sauvegardé par la conclusion formatrice tendant au maintien du droit à au moins une demi-rente (art. 49 al. 2 LPGA; ATF 130 V 388 c. 2.4, 122 V 28 c. 2b) – doit être comprise en tant que partie de la motivation.

**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 exigibles (art. 7 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 analogues (ATF 141 V 281 c. 4.2; ATF 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, correspondant à l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007). Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'à fin 2003, l'assuré avait droit à une rente entière s'il était invalide pour les deux tiers au moins et à une demi-rente s'il était invalide pour la moitié au moins. Pour un degré d'invalidité de 40% au moins, l'assuré avait droit à un quart de rente; dans les cas pénibles, une invalidité

de 40% au moins ouvrirait le droit à une demi-rente (art. 28 al. 1<sup>bis</sup> LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'à fin 2003).

**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). 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; SVR 2013 IV n° 44 c. 3.1.2).

**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). 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 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

### 3.

Dans le cadre de la présente procédure de révision (matérielle) de rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, il convient en principe d'examiner si un changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité s'est produit entre la décision sur révision du 23 mai 2003 (dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente) et la décision litigieuse du 3 mai 2016. La décision précitée du 23 mai 2003, motivée par l'exercice d'une nouvelle activité professionnelle (aide de soins à domicile), ne se prononce toutefois pas expressément sur l'état de santé de la recourante (dossier [dos.] AI document [doc.] 33 et 49). Dans le cas présent, on peut cependant considérer que cette décision de révision retient implicitement que la situation médicale de l'assurée n'a pas évolué depuis la décision d'octroi de rente initiale du 6 février 2002, ce qui est par ailleurs confirmé par le rhumatologue traitant dans son rapport du 29 août 2002 (dos. AI doc. 26 p. 1 à 5; voir également les autres rapports de ce dernier des 23 septembre 2000, 12 février et 11 avril 2002, desquels il ressort que seule une carence en vitamine B12 a été nouvellement diagnostiquée), ainsi que par la recourante elle-même (formulaire du 15 juillet 2002; dos. AI doc. 8, 19 et 26 p. 11 ss). Pour procéder à la comparaison, il faut donc partir de l'état de fait tel qu'il se présentait lors du prononcé de la décision précitée du 6 février 2002. Par ailleurs, la communication du 27 mai 2011 ne peut pas être assimilée à une décision entrée en force, puisqu'elle a été contestée par la recourante et que celle-ci a exigé une décision formelle (let. B ci-dessus; art. 74<sup>ter</sup> let. f et art. 74<sup>quater</sup> al. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]; jusqu'au 31 décembre 2011: anc. art. 74<sup>quater</sup> RAI; SVR 2013 IV n° 44 c. 3.1.2, 2010 IV n° 4 c. 3.1). En outre, la nouvelle demande de prestations AI du 31 octobre 2006 a été déposée au cours de la procédure de révision d'office engagée par l'intimé en septembre 2006 (le courrier explicatif de la recourante du 26 octobre 2006 concernant notamment cette première a d'ailleurs été joint au formulaire de révision

envoyé par l'intimé; voir let. B ci-dessus; dos. AI doc. 62). Cette nouvelle demande doit ainsi être considérée comme une demande de révision de l'assurée, laquelle a été traitée et intégrée à la procédure de révision d'office qui a conduit à la décision attaquée.

#### 4.

La recourante conteste tout d'abord que sa situation se soit modifiée, aussi bien s'agissant de son activité professionnelle, que de son état de santé. Sur ce point, l'Office AI Berne relève à juste titre dans son mémoire de réponse que la perte d'emploi comme auxiliaire de santé à domicile au 31 décembre 2007 constitue un motif de révision. En effet, la rémunération de cette activité a été prise en compte pour la détermination du revenu avec invalidité dans la décision du 23 mai 2003, si bien que la perte de ce travail pour des raisons de santé (dos. AI doc. 79 et 85), indépendamment du caractère spécialement adapté ou non de ce dernier (voir réplique ch. I/4 p. 2 et duplique ch. 1), est susceptible d'influencer la capacité de gain de la recourante et donc son degré d'invalidité (concernant la capacité de gain, voir ATF 141 V 9 c. 2.3, 130 V 343 c. 3.5). En outre, sur le plan médical, le dossier révèle que des troubles somatiques objectivement établis et susceptibles d'avoir une répercussion sur la capacité de gain sont apparus depuis la décision du 23 mai 2003, notamment des problèmes aux épaules, en particulier à l'épaule gauche qui a dû être opérée le 23 octobre 2008 (reconstruction du tendon sus épineux, acromioplastie et résection latérale de la clavicule à gauche; dos. AI doc. 114 p. 5), un syndrome du tunnel carpien (STC) opéré en 2009, ainsi qu'une irritation du nerf ulnaire à droite (voir, entre autres, dos. AI doc. 124 p. 5 à 9 et 15 à 17, doc. 103 p. 15, doc. 105 p. 1 à 17, doc. 114, 143.2, 178, 181 et 195.1). Une réaction dépressive à la maladie de son partenaire (selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]: [F43.20/Z63]) a également été diagnostiquée en juin 2010 (dos. AI doc. 142). De telles modifications de l'état de santé, en particulier les problèmes liés aux épaules et au STC, constituent également des motifs de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Dans le cas présent, il ne s'agit

donc pas d'un réexamen au sens de la let. a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI (6<sup>e</sup> révision de l'AI, premier volet; en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012), qui se réfère aux rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique.

## 5.

**5.1** Pour arriver à sa décision du 23 mai 2003 (et précédemment celle du 6 février 2002), l'Office AI Berne s'était essentiellement fondé sur l'expertise du 21 septembre 2001 du centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI, en l'occurrence: COMAI [...]), réalisée par les Drs D.\_\_\_\_\_, interniste, E.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, et F.\_\_\_\_\_, interniste et rhumatologue. Comme diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail, les experts retenaient, sur le plan rhumatologique, un syndrome douloureux généralisé non spécifique chronique (avec tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, impingement de l'articulation de l'épaule droite et soupçon de STC à droite, douleurs cervicales et lombaires non spécifiques, avec discrets troubles dégénératifs de la colonne cervicale et lombaire et discrets résidus lombaires après maladie de Scheuermann, bursite trochantérienne plus accentuée à droite qu'à gauche et douleurs fémoro-patellaires des deux côtés, plus à gauche qu'à droite, et un état après spongioplastie en raison d'un kyste osseux au plateau tibial gauche en 1999), un sicca syndrome oculaire, buccal et sur la peau, ainsi qu'un syndrome de Raynaud aux pieds et aux mains. Sur le plan psychiatrique, l'expertise mentionnait, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble mixte de la personnalité (CIM-10: F61.0) avec des signes de trouble de la personnalité anxieuse évitante et dépendante, un syndrome douloureux somatoforme persistant en cas de charge psychosociale importante (CIM-10: F45.4) et un épisode dépressif récurrent, actuellement en rémission (CIM-10: F33.4). Sans incidence sur la capacité de travail, ils retenaient une obésité (IMC de 33 kg/m<sup>2</sup>; CIM-10: E66.0). L'expert rhumatologue retenait une capacité de travail de 50% dans l'activité alors exercée de caissière, à condition que celle-ci soit adaptée, et une capacité

de travail similaire dans toute autre activité légère et adaptée, à savoir sans nécessité de devoir s'agenouiller ni se pencher de façon répétitive et sans travail au-dessus de la tête ou tâches répétitives et monotones avec la main droite. L'expert psychiatre relevait que la recourante ne présentait pas de signes d'exagération. En plus d'un trouble de la personnalité, il mentionnait l'existence d'une charge psychosociale importante, qui s'accumulait depuis 1996 et à laquelle la recourante réagissait avec une forte tendance à la somatisation. Selon lui, l'assurée disposait sur le plan psychiatrique d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Dans l'activité alors exercée de caissière, avec adaptation, et dans toute autre activité légère adaptée, les experts retenaient une capacité de travail de 50%. Afin de conserver ladite capacité, les experts recommandaient des mesures aussi bien médicales, que professionnelles (dos. AI doc. 10).

## **5.2**

L'Office AI Berne a essentiellement basé la décision contestée de suppression de rente sur l'expertise bidisciplinaire de septembre/octobre 2014. Cette dernière faisait suite à deux autres expertises de ce type réalisées en 2008 et en 2010.

**5.2.1** Dans l'expertise bidisciplinaire de 2008, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, indiquait les mêmes diagnostics avec effet sur la capacité de travail que ceux retenus par l'expert psychiatre dans l'expertise du 21 septembre 2001 (rapport du 4 juillet 2008; voir c. 5.1 ci-dessus). Sur le plan psychiatrique, il n'existait selon lui pas de modification importante de l'état de santé, ni de la capacité de travail de la recourante depuis l'expertise précitée. Dans le volet rhumatologique du 8 août 2008, le H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et de réadaptation, en maladies rhumatismales, en médecine psychosomatique et en médecine manuelle, retenait comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, une périarthropathie au niveau des épaules et une épaule gelée à gauche avec tendinopathie du supra-épineux, syndrome irritatif sous-acromiale, légère bursite sous-acromiale et arthrose de l'articulation acromio claviculaire. Sans effet sur la capacité de travail d'un point de vue somatique, il mentionnait, entre autres, un syndrome douloureux chronique généralisé non spécifique, respectivement

non explicable d'un point de vue organique depuis environ 1996. Il ajoutait que ces troubles pouvaient aussi être décrits comme une panalgie et devaient être distingués d'une fibromyalgie. Il relevait également que l'expertise précitée de 2001 mentionnait déjà une pathologie de la coiffe des rotateurs à droite avec impingement syndrome et indiquait que ces troubles n'avaient pas toujours été symptomatiques. Il précisait que les problèmes aux épaules limitaient la recourante et que cette dernière ne pouvait plus accomplir de travaux nécessitant de lever les bras au-dessus de l'horizontale. L'expert estimait que sur le plan rhumatologique, la capacité de travail et de rendement de la recourante était entière (dos. AI doc. 105 p. 1 à 17). Dans leur avis commun, élaboré au cours d'un entretien téléphonique du 18 juin 2008, les deux experts retenaient que sur le plan rhumatologique, la recourante était limitée en raison de problèmes dans la région de l'épaule et que seules des activités prenant en compte ces limitations étaient exigibles. Selon eux, en raison des troubles psychiatriques, la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée, notamment aux problèmes somatiques (dos. AI doc. 103 p. 15).

**5.2.2** En 2010, l'Office AI Berne a commandé une nouvelle expertise bidisciplinaire auprès de deux autres experts, à savoir auprès du Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et du Dr. J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Cette nouvelle expertise faisait suite à la prise de position du SMR du 11 janvier 2010 qui estimait que l'expertise bidisciplinaire de 2008 ne permettait pas, sur le plan somatique et à la différence du plan psychiatrique, d'écarter le rapport du rhumatologue traitant du 3 juin 2009. Dans ce dernier, le médecin indiquait que l'état de santé de la recourante s'était dégradé depuis deux ans et que l'incapacité de travail était totale dans l'activité d'aide de soins à domicile, de 80 à 85% dans celle de femme de ménage dans un tea-room, cinq jours par semaine, et de 50% avec une perte de rendement de 15 à 35% dans un cadre protégé, avec la possibilité de prendre plusieurs pauses (dos. AI doc. 124 p. 5 à 9, doc. 131 et 133).

Dans cette nouvelle expertise bidisciplinaire, l'expert rhumatologue, dans son rapport du 26 mai 2010, diagnostiquait, en plus de divers diagnostics selon anamnèse, des douleurs généralisées chroniques sans explications

somatiques suffisantes, un syndrome douloureux panvertébral chronique, une mobilité réduite de l'épaule gauche résiduelle après opération, des douleurs dans les parties molles entourant l'articulation du genou gauche, un soupçon d'irritation du nerf ulnaire droit au niveau du coude, depuis trois ans, et un status après opération du STC à gauche. Il indiquait que, comme précédemment, figurait au premier plan les douleurs généralisées non explicables d'un point de vue organique et que celles-ci n'épargnaient aucune région du corps. Comme nouveauté, il mentionnait un phénomène douloureux peu clair à la main droite faisant suite à une opération du STC et constatait sur ce point une petite cicatrice opératoire encore légèrement rougie et extrêmement douloureuse du côté palmaire au-dessus du poignet droit. L'expert en rhumatologie soulignait que toutes les cicatrices opératoires (poignets, genou et abdomen) étaient très douloureuses à la pression. Il estimait que depuis l'expertise rhumatologique du 8 août 2008, l'état de santé n'avait pas changé sur le plan somatique et relevait qu'objectivement, mais non subjectivement, la situation de l'épaule gauche s'était clairement améliorée. Il retenait ainsi une pleine capacité de travail sur le plan rhumatologique, tout en recommandant une évaluation supplémentaire par un spécialiste de la main pour ce qui concerne l'incidence des problèmes à la main droite sur la capacité de travail (dos. AI doc. 143.1 et 143.2). Appelé par l'Office AI Berne à fournir des précisions, l'expert rhumatologue a confirmé son appréciation le 27 août 2010, en expliquant notamment que, selon lui, l'avis divergent du rhumatologue traitant reposait manifestement sur des éléments non somatiques (dos. AI doc. 147). Dans le volet psychiatrique du 14 juin 2010 de l'expertise, l'expert retient en plus des diagnostics retenus dans les expertises de septembre 2001 et juillet 2008 (voir c. 5.1 et 5.2.1 ci-dessus), le diagnostic de réaction dépressive à la maladie de son partenaire (CIM-10: F43.20/Z63). Selon l'expert psychiatre, la maladie douloureuse, qui s'était aggravée ces derniers temps, ainsi que les problèmes de santé du partenaire de la recourante figuraient au premier plan, ce qui conduisait notamment à des difficultés financières importantes. La réaction dépressive de la recourante à ces problèmes était toutefois qualifiée de modérée par l'expert, qui estimait qu'elle devrait se résorber et ne pas avoir d'effet sur la capacité de travail sur le long terme. Il estimait que le trouble somatoforme était surmontable. L'expert mentionnait en outre des limitations

psychosomatiques partiellement surmontables, qui avaient un effet négatif sur les activités précédemment exercées par la recourante. Concernant le profil d'exigibilité, il renvoyait au volet somatique de l'expertise, en précisant que le taux de travail exigible n'avait pas changé (dos. AI doc. 142). Dans leur avis commun du 16 juin 2010, les experts indiquaient que l'on pouvait se référer aux conclusions de l'expertise psychiatrique (dos. AI doc. 143.3).

**5.2.3** Dans la troisième expertise bidisciplinaire, le Dr I. \_\_\_\_\_, dans le volet rhumatologique du 17 septembre 2014, diagnostiquait un syndrome douloureux panvertébral chronique, des douleurs aux épaules, aux genoux, aux mains et aux pieds, un status après soupçon d'irritation du nerf ulnaire au niveau du coude droit, des douleurs peu claires à la main droite suite à une infection survenue après une opération du STC en novembre 1999, un déconditionnement et une démotivation, ainsi que divers troubles résultant de l'anamnèse. L'expert précisait, comme lors du précédent examen, que la recourante présentait au premier plan un syndrome douloureux diffus. Selon lui, les problèmes locaux constatés ne pouvaient pas expliquer le tableau invoqué par la recourante. Selon l'expert, la recourante ne présentait pas de limitation de la capacité de travail sur le plan somatique, à tout le moins dans une activité légère et variée prenant avant tout en compte, au début, le déconditionnement (dos. AI doc. 195.1 p. 23). Dans le volet psychiatrique du 6 octobre 2014 de l'expertise bidisciplinaire, le Dr J. \_\_\_\_\_ diagnostiquait avec effet sur la capacité de travail un trouble somatoforme douloureux persistant (CIM-10: F45.4), un trouble mixte de la personnalité (CIM-10: F61.0) et, sans effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (CIM-10: F33.4). Contrairement à 2010, il ne retenait plus le diagnostic de réaction dépressive à la maladie de son partenaire. Il précisait ne pas avoir pu observer directement le trouble mixte de la personnalité, mais que celui-ci existait toujours, probablement de façon atténuée, mais certainement pas aggravé. Selon lui, le trouble somatoforme douloureux était surmontable. Il concluait que l'état de santé psychiatrique de la recourante s'était amélioré et que la capacité de travail de cette dernière était de 80%, les autres activités pouvant encore être exercées devant être précisées en fonction des troubles somatiques. Il estimait que la capacité de travail s'était améliorée depuis 2012. Selon lui, des mesures psychothérapeutiques

n'étaient pas indiquées. Il estimait favorable des travaux de nettoyage ou similaires, probablement avec des phases de récupération et, comme défavorable, des activités avec un stress élevé, ainsi que des activités physiques importantes (dos. AI doc 194.1 p. 5 à 10). Dans l'appréciation interdisciplinaire du 13 octobre 2014, les experts ont renvoyé au volet psychiatrique de l'expertise (dos. AI doc. 195.2).

## **6.**

**6.1** Tout d'abord, d'un point de vue strictement formel, les expertises bidisciplinaires précitées de 2008, 2010 et 2014 satisfont aux exigences jurisprudentielles (voir c. 2.4 ci-dessus). Elles sont convaincantes, se fondent sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assurée et reposent sur un exposé clair des faits. Les conclusions des experts, dont les qualifications ne peuvent être mises en doute, sont détaillées, bien étayées et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Les experts, qui ont examiné personnellement la recourante, prennent en compte les plaintes exprimées par cette dernière, ainsi que les avis médicaux essentiels figurant au dossier. Si sur le plan rhumatologique l'expertise de 2010 comporte certaines lacunes, d'ailleurs relevées par l'intimé et son SMR (dos. AI doc. 145 à 147), celles-ci ne sont pas de nature à lui retirer toute valeur probante. En effet, sur le plan rhumatologique, l'expert indiquait que l'état de santé de la recourante n'avait pas changé depuis l'expertise d'août 2008 et, dans le même temps, qu'objectivement la situation de l'épaule gauche s'était améliorée. En outre, tout en concluant à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, il recommandait un avis supplémentaire concernant les douleurs à la main droite et leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail. Il ressort toutefois du dossier que l'intimé, à l'instigation du SMR, a requis des informations complémentaires auprès de l'expert rhumatologue, lequel a expliqué notamment que d'un point de vue rhumatologique, la capacité de travail n'avait pas changé depuis 2008, puisqu'à cette époque déjà, l'expert rhumatologue avait retenu que celle-ci était entière. En outre, la problématique liée à la main droite a fait l'objet

d'une instruction complémentaire, notamment suite aux objections de la recourante (rapports internes du SMR des 1<sup>er</sup> et 10 novembre 2011 et 4 octobre 2012, ainsi que le rapport du 26 octobre 2011 de la chirurgienne de la main et des nerfs périphériques, co-directrice et médecin-chef de la clinique pour la chirurgie plastique et de la main de l'hôpital universitaire de Berne; dos. AI doc. 176 à 178). Les lacunes de l'expertise de 2010 sur le plan rhumatologique ont ainsi été corrigées. Par ailleurs, il est souligné que si une expertise ne convainc pas sur un point, cela ne remet pas en question l'ensemble de ses conclusions (TF 9C\_416/2013 du 27 août 2013 c. 4.2.2 avec références).

## **6.2**

**6.2.1** Sur le pan matériel, les conclusions de l'expertise de 2008 sont corroborées par le rhumatologue traitant dans son rapport du 13 mars 2007, qui retient également une capacité de travail de 50% (à l'exception d'une totale incapacité de travail du 15 au 23 février 2002; dos. AI doc. 72 p. 1 à 6). Certes, dans son rapport du 13 novembre 2006, le généraliste traitant mentionne une incapacité totale de travailler depuis le 6 novembre 2006, en faisant valoir une grande fatigabilité et diverses douleurs (dos. AI doc. 65). Il n'explique toutefois pas sur quels éléments objectifs il se fonde pour justifier pareille incapacité de travail. Pour les constatations objectives, il renvoie au rapport du rhumatologue traitant, lequel, comme déjà mentionné, retenait en mars 2007 une capacité de travail de 50%. En outre, le généraliste traitant ne se prononce pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Par ailleurs, dans un courrier du 16 mars 2008, adressé au généraliste traitant, le rhumatologue traitant indique que la recourante devrait être inscrite comme totalement incapable de travailler pour une longue durée. Il fonde cette recommandation sur les souffrances et la diminution de la résistance psychique de l'assurée, mais sans véritablement expliquer médicalement, en particulier sur le plan objectif, pour quelles raisons une telle incapacité devrait être retenue (dos. AI doc. 124 p. 17). Dans son rapport du 28 août 2007, le médecin interne, spécialiste en maladie rhumatismale, mandaté par l'assureur-maladie collective de l'ancien employeur de la recourante, ne remet pas non plus en question l'expertise bidisciplinaire de 2008. L'interniste précité y mentionne

que la situation médicale de cette dernière ne s'est pas améliorée depuis 2000, mais sans indiquer de dégradation significative de celle-ci (il mentionne une légère progression des troubles ostéo-articulaires dégénératifs). Il ne tranche pas la question de la capacité de travail, estimant que celle-ci n'est pas nulle et précise qu'il conviendrait de procéder à un stage d'observation professionnel (dos. AI doc. 84). Enfin, dans son rapport du 17 janvier 2008, le Centre d'observation professionnelle retient qu'en raison des douleurs physiques, la capacité de rendement de la recourante, dans une activité à 50%, est réduite à 63% (dos. AI doc. 92). A l'instar du spécialiste en médecine interne du SMR, on peut tout d'abord se demander pourquoi le stage n'a été accompli qu'à 50% et non pas à temps complet (voir dos. AI doc. 93). En outre, l'expert psychiatre prend position sur ce dernier rapport et indique que d'un point de vue psychiatrique la limitation de la capacité de travail et de rendement retenue dans celui-ci ne s'explique pas, tout comme d'ailleurs une intensification du syndrome douloureux depuis 2006. Par ailleurs, la différence d'appréciation de la capacité de travail sur le plan rhumatologique entre les expertises de septembre 2001 (capacité de travail de 50%) et août 2008 (pleine capacité de travail) s'explique certainement par le fait que dans cette dernière expertise, l'expert n'a, à juste titre, pas pris en compte les douleurs non explicables d'un point de vue objectif (celles-ci étant en revanche prises en compte dans le volet psychiatrique de l'expertise).

**6.2.2** Sur le plan matériel, l'expertise de 2010 ne prête pas non plus le flanc à la critique. Les avis divergents au dossier ne l'emportent pas sur l'avis des experts. En particulier, le rhumatologue traitant n'explique pas sur quels éléments objectifs il se fonde pour retenir la capacité de travail et de rendement qu'il retient dans son rapport du 3 juin 2009 (voir c. 5.2.2 ci-dessus). A ce titre, il indique comme limitations une diminution de la résistance en raison d'un déconditionnement général musculo-squelettique et une humeur dépressive chronique grave (dos. AI doc. 124 p. 9). Pourtant, aucune maladie psychiatrique, en particulier dépressive, ne figure dans les diagnostics qu'il mentionne (dos. AI doc. 124 p. 7). Ce médecin, dont la psychiatrie n'est pas la spécialité, ne précise pas sur quels éléments concrets il se fonde pour retenir l'existence d'un trouble dépressif

d'une telle intensité. Dans son rapport du 14 juin 2010, l'expert psychiatre retient certes une réaction dépressive réactionnelle, mais l'estime modérée et sans effet sur la capacité de travail au long terme. De plus, comme les experts psychiatres en 2001 et en 2008, l'expert ne constate pas les symptômes d'un épisode dépressif récurrent, celui-ci étant considéré depuis 2001 en rémission. Au surplus, il explique de façon convaincante pourquoi il estime que la capacité de travail sur le plan psychiatrique ne s'est pas modifiée depuis l'expertise de juillet/août 2008 et pour quelles raisons le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué n'est, selon lui, pas invalidant. L'avis du rhumatologue traitant précité ne remet donc pas en question les conclusions de l'expert psychiatre dans l'expertise de 2010, ni d'ailleurs celles de l'expertise psychiatrique réalisée dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire de juillet/août 2008 (voir sur ce point les avis du SMR des 11 et 28 janvier 2010; dos. AI doc. 131 et 133). Sur le plan somatique, le rhumatologue traitant précise encore dans ce même rapport du 3 juin 2009 que des travaux pénibles avec le bras gauche, en particulier avec des activités au-dessus du niveau horizontal, sont à éviter et que de telles activités sont même actuellement impossibles, mais il ajoute toutefois que le bras gauche n'étant pas dominant, ces limitations sont sans incidence sur l'activité actuellement exercée par la recourante ou dans un autre travail léger. Comme déjà relevé, sur le plan objectif, il ne justifie pas l'ampleur de l'incapacité de travail et de rendement retenue. Il semble bien plus se fonder sur les plaintes subjectives de l'assurée, sans expliquer en quoi les troubles de la douleur ne seraient pas surmontables. Au surplus, il faut garder à l'esprit que le spécialiste traitant, comme le médecin de famille, aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser son patient (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3; TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4). Le chirurgien orthopédique traitant, qui a opéré la recourante à l'épaule gauche en octobre 2008, retient le 16 février 2009 une capacité de travail de quatre à cinq heures dans une activité de nettoyage adaptée et de trois à quatre heures dans une autre activité adaptée avec des tâches uniquement sous le niveau horizontal et sans port de charges élevées (dos. AI doc. 114). Contrairement aux deux premières expertises bidisciplinaires susmentionnées, il retient une perte de rendement, sans préciser son ampleur. Cependant, pour fixer le profil d'exigibilité, ce médecin prend notamment en compte une fibromyalgie,

sans se prononcer sur le caractère surmontable de cette pathologie. Les limitations qu'il mentionne, à savoir une légère limitation dans les mouvements et des douleurs liées à l'effort, ainsi que des difficultés à accomplir des tâches au-dessus du niveau horizontal, ne vont pas à l'encontre du profil d'exigibilité retenu par les experts. Le rapport du 26 octobre 2011 rédigé par une spécialiste de la chirurgie de la main et des nerfs périphériques (dos. AI doc. 178) ne vient pas non plus remettre en question les conclusions des experts. En effet, cette dernière retient une capacité de travail de deux heures par jour dans une activité légère, en invoquant essentiellement les douleurs, mais sans mentionner d'éléments objectifs propres à justifier une telle incapacité. Elle ne se prononce pas non plus sur le caractère surmontable des troubles douloureux, ni ne mentionne de trouble dépressif. De plus, soulignant les difficultés financières de la recourante, elle indique qu'en plus des deux heures de travail quotidien, il serait favorable que cette dernière trouve une activité lucrative supplémentaire de dix heures par semaine. Elle souligne en cela que la capacité de travail de la recourante est supérieure à deux heures par jour. Au surplus, concernant la main droite, le chirurgien du SMR explique de façon convaincante pourquoi les douleurs à cette main ne peuvent pas être considérées comme incapacitantes (force de fermeture du poing symétrique des deux côtés), en soulignant que ces dernières peuvent aussi s'expliquer, à tout le moins en partie, par les problèmes au nerf ulnaire (rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2011; dos. AI doc. 176 et 186 p. 4 et 5). Sur ce point, il faut également relever que l'expert rhumatologue voyait une contradiction dans le fait que la recourante continue à faire des ménages deux heures par jour, en expliquant sa bonne force de fermeture du poignet par l'essorage des chiffons.

**6.2.3** Enfin, dans l'expertise de 2014, l'expert psychiatre explique pourquoi il retient une amélioration de l'état de santé de la recourante. Il relève que les circonstances se sont (relativement) améliorées, que l'assurée a pu s'habituer aux problèmes de santé de son partenaire, qui a pu reprendre son activité lucrative et améliorer leur situation financière. Il estime que l'intéressée a ainsi pu surmonter la réaction dépressive, depuis environ 2012, et précise que le trouble dépressif récurrent est en rémission, sans que des indices annonçant le retour d'un nouvel épisode dépressif

n'aient pu être constatés. Il ne relève pas de signe de dépression au jour de l'examen (18 septembre 2014). En outre, les autres rapports médicaux au dossier ne viennent pas remettre en question l'appréciation des experts. La spécialiste en médecine interne du SMR relève certes qu'au vu de la personnalité anxieuse de la recourante et sa tendance à l'évitement, on ne peut guère s'attendre à ce que le trouble de douleur puisse être surmonté. Elle considère que le travail de nettoyage actuellement exercé par la recourante, soit une activité facile exercée deux heures par jour, est idéal et représente une solution réaliste et raisonnable. Selon elle, n'y a pas eu de nouveaux aspects médicaux pertinents depuis l'évaluation du chirurgien orthopédique du SMR réalisée en novembre 2011 et elle estime que dans ce cas complexe, il convient de tenir compte du tableau d'ensemble. Elle ajoute que la question d'une éventuelle augmentation du taux d'occupation doit être laissée ouverte. Selon elle, il serait contre-productif d'éloigner la recourante de son environnement familial pour la réinsérer à une autre place de travail, vu l'âge (58 ans) et les problèmes psychiatriques de cette dernière (trouble mixte de la personnalité, avec une personnalité anxieuse, tendant à l'évitement; rapports des 4 octobre 2012 et 3 octobre 2013; dos. AI doc. 181, 185 et 186 p. 7 à 9). Les considérations qui précèdent ne peuvent pas l'emporter sur les conclusions de l'expertise bidisciplinaire de septembre/octobre 2014. En effet, l'interniste du SMR relève qu'il existe un cumul de troubles somatiques, qualifiés de pas très graves, survenus depuis l'expertise réalisée en 2001 (opération de l'épaule gauche, STC opéré en 2009, avec opération de récidence et infection en 2011, irritation du nerf ulnaire à droite et début de rhizarthrose dans le pouce droit). Si un tel cumul n'est pas contestable, l'interniste n'explique pas pourquoi celui-ci conduit à l'impossibilité de travailler plus de deux heures par jour dans une activité adaptée. En outre, elle ne conteste pas que théoriquement une augmentation du taux d'activité dans un emploi adapté soit possible, ni que le trouble somatoforme douloureux soit surmontable, mais fait uniquement valoir qu'un changement de cadre professionnel serait contre-productif. L'avis de l'interniste du SMR, qui n'a pas examiné personnellement la recourante et n'est pas formée en psychiatrie, n'est pas totalement convaincant et ne saurait l'emporter sur celui, probant, de l'expert psychiatre (concernant le poids d'un rapport interne du SMR, voir entre autres TF 9C\_159/2016 du 2 novembre 2016 c. 2.3). Par ailleurs, l'âge pris

en compte par l'interniste du SMR est un facteur étranger à l'AI qui ne permet pas de remettre en question l'évaluation médicale des experts (concernant l'âge, voir c. 7 ci-dessous). Dans le présent cas, il ressort des nombreux avis médicaux au dossier que les troubles de la douleur figurent au premier plan, c'est donc sous cet angle qu'il convient essentiellement d'apprécier la capacité de travail de la recourante (voir c. 6.2.4 ci-dessous). L'avis du généraliste traitant du 19 mai 2016, qui retient une capacité de travail de 30 à 60% et estime que la recourante devrait percevoir au moins une demi-rente, ne remet pas non plus en question les conclusions de l'expertise bidisciplinaire de 2014. En effet, le médecin précité se contente d'indiquer que la polymorbidité porte atteinte à la capacité de travail, sans étayer plus son appréciation, ni le caractère incapacitant des troubles ophtalmologiques qu'il mentionne. Au surplus, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (voir art. 16 LPGa). Le rapport médical du 5 mai 2017, qui se réfère notamment à des lombalgies survenues dès la mi-novembre 2016 et ne traite pas de la capacité de travail, ne peut influencer sur la présente procédure, ce dernier se rapportant à un état de fait postérieur à la décision attaquée. Ces faits pourront, cas échéant, faire l'objet d'une nouvelle demande (ATF 130 V 138 c. 2.1 et SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Ce qui précède s'applique également aux autres problèmes de santé postérieurs à l'expertise bidisciplinaire de septembre/octobre 2014, invoqués par la recourante à l'appui de son recours (recours ch. 38 p. 11). A ce titre, le rapport médical du 24 mai 2016 mentionnant une cataracte sénile débutante des deux côtés est également postérieur à la décision contestée et rien ne permet de penser que ce trouble, induisant une acuité visuelle corrigée de 0,9, était durablement incapacitant lors de la période couverte par ladite décision. En outre, la recourante ne rend pas non plus vraisemblable que les douleurs rétrosternales et les reflux gastriques mentionnés dans le rapport médical du 26 juin 2014 auraient un effet sur la capacité de travail. Le rapport médical du 26 avril 2016 ne se prononce pas sur ce point. Cela étant, l'évolution des pathologies précitées pourra être prise en compte dans le cadre de l'examen d'une éventuelle nouvelle demande.

**6.2.4** Au surplus, l'expert psychiatre indique pour quelles raisons il ne retient pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, en faisant valoir que les critères permettant de renverser la présomption du caractère surmontable d'un tel trouble ne sont pas remplis (dos. AI doc. 194.1 p. 7). Contrairement à ce qu'allègue le généraliste traitant dans son écrit du 19 mai 2016 (annexe au recours), il prend position sur l'aspect invalidant du trouble douloureux et se prononce sur les éventuels effets de ce dernier sur le psychisme de la recourante, puisqu'il ne constate en particulier pas d'état dépressif. Certes, l'expertise en cause a été réalisée avant la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (TF) sur les troubles somatoformes douloureux ou les syndromes comparables sans étiologie claire (ATF 141 V 281). Cela ne permet toutefois pas de lui nier d'emblée toute valeur probante, dans la mesure où le contenu de cette expertise permet de se prononcer sur le caractère invalidant de tels troubles à la lumière des nouveaux critères développés par le TF (ATF 141 V 281 c. 8, 137 V 210 c. 6). Dans le cas présent, l'expert rhumatologue précise ne pas avoir constaté de véritable limitation physique dans le comportement et les mouvements spontanés, que ce soit dans l'habillement, le déshabillage ou dans une position assise prolongée (dos. AI doc. 195.1 p. 13). Il relève en outre une nette suggestibilité par rapport aux douleurs, la recourante les exprimant souvent seulement suite à des questions ou un contact visuel, et estime que cela parle en faveur d'une tendance à l'exagération (dos. AI doc. 195.1 p. 22). Or, de tels indices d'exagération plaident en faveur d'un motif d'exclusion au sens de la jurisprudence et donc du caractère non invalidant du trouble en cause (ATF 141 V 281 c. 2.2). Au demeurant, même en retenant que le critère d'exclusion (exagération) n'est pas donné, il conviendrait de constater que les ressources encore disponibles empêchent de retenir que l'on se trouve en présence d'un trouble somatoforme douloureux invalidant au regard de la nouvelle jurisprudence. En effet, la recourante dispose encore à l'évidence de ressources (même si l'expert psychiatre indique que celles-ci sont fortement réduites; dos. AI doc. 194.1 p. 10). A ce titre, ce dernier mentionne en particulier une orientation claire, des facultés de concentration données, une mémoire et des facultés de réflexion intactes, pour l'essentiel l'absence d'un comportement craintif et un bon équilibre sur le plan affectif. Il évoque également qu'elle a des centres d'intérêts variés, tels que la lecture (la

recourante aurait déclaré lire beaucoup), le yoga et la réflexologie ou le maintien de liens sociaux avec des habitants de sa commune, ainsi que la faculté d'accomplir une partie des tâches ménagères, de faire les courses, de conduire une voiture "sans problème" et de s'occuper de son partenaire, également touché par des problèmes de santé (dos. AI doc. 194.1 p. 3). Enfin, on ne saurait remettre en question les conclusions de l'expertise en cause du seul fait que la caisse de compensation n'aurait pas pris en compte un revenu hypothétique dans le calcul des prestations complémentaires.

**6.2.5** Au vu de ce qui précède, les avis médicaux divergents au dossier ne viennent pas remettre en question les conclusions des expertises bidisciplinaires de 2008, 2010 et 2014. En outre, les experts se prononcent à suffisance sur la survenance effective d'une éventuelle modification de l'état de santé (SVR 2013 IV n° 44 c. 6.1.2). Les expertises bidisciplinaires en cause revêtent ainsi une force probante entière et il ne se justifie pas de procéder à des mesures d'instruction complémentaire. Il convient donc de retenir que le taux d'invalidité de la recourante ne s'est pas modifié entre la décision sur révision du 23 mai 2003 et 2012. Dès 2012, la capacité de travail de la recourante s'est améliorée et s'est élevée, à tout le moins, au 13 octobre 2014, à 80% dans une activité adaptée. Le fait que la Caisse de compensation du canton de Berne n'ait pas retenu de revenu hypothétique dans ses calculs ne change rien à cette appréciation, de sorte qu'il n'est pas nécessaire d'ordonner la production de son dossier, ainsi que le requiert la recourante dans sa réplique.

## 7.

La recourante fait également valoir son âge de 61 ans pour justifier le droit à une rente (réplique ch. I/9). Le moment déterminant auquel la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 c. 3.3). En

l'occurrence, l'amélioration de la capacité résiduelle de travail a été établie de façon fiable par l'expertise bidisciplinaire de septembre/octobre 2014, alors que la recourante avait 59 ans. Son âge était (de peu) sous l'âge "critique" de 60 ans généralement retenu par le TF (voir TF 9C\_918/2008 du 28 mai 2009 c. 4.2.2 et références citées). Cela étant, les limitations fonctionnelles de la recourante ne permettent pas de penser qu'il soit inexigible de sa part de retrouver un travail (TF 9C\_918/2008 précité) et le marché du travail est à même d'offrir à la recourante des emplois légers, adaptés et correspondant à son profil. Etant souligné que les barrières érigées par le TF en matière d'inexploitabilité de la capacité de travail résiduelle des personnes plus âgées sont relativement élevées (TF 8C\_910/2015 du 19 mai 2016 c. 4.3.4 = SVR 2016 IV n° 58), il est permis, de manière réaliste, de penser que les circonstances du cas d'espèce ne constituent pas un obstacle insurmontable à l'engagement de la recourante par un employeur.

## 8.

Sur cette base, il reste à évaluer le degré d'invalidité de la recourante.

**8.1** 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 (art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être prises en compte (ATF 129 V 222). En l'occurrence, la décision contestée a été rendue le 3 mai 2016 et la suppression de la demi-rente concernée prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI). Il s'ensuit que l'année 2016 représente en l'occurrence l'année de référence pour la comparaison des revenus – et non pas 2014, comme l'intimé l'a

retenu. Toutefois, comme l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) relative à 2016, publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), n'était pas encore disponible à la date où la décision contestée a été rendue, on ne peut reprocher à l'intimé de s'être fondé sur les données statistiques de l'année 2014, l'essentiel étant, dans la comparaison des revenus, de prendre des revenus avec et sans invalidité relatifs à la même année.

**8.2** Pour déterminer le *revenu de personne valide*, il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser sans atteinte à la santé, selon un degré de vraisemblance prépondérante (exigence de preuve applicable en droit des assurances sociales: ATF 138 V 218 c. 6) au moment du début (ou de la modification) potentiel du droit à la rente. Il y a lieu en règle générale de prendre pour base le dernier salaire gagné par la personne assurée, en l'adaptant le cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires réels (ATF 139 V 28 c. 3.3.2, 134 V 322 c. 4.1). L'Office AI Berne a retenu comme salaire sans invalidité un revenu annuel de Fr. 49'873.-, correspondant à celui d'une vendeuse dans la grande distribution de Fr. 42'900.- en 2002 (dos. AI doc. 29 p. 2) indexé à l'année 2014 (l'usage de la table T1.93, femmes, secteur tertiaire: 111.7 points en 2002 et 129.5 points en 2014, conduit à un montant arrondi de Fr. 49'736.-).

**8.3** Lorsque, depuis la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'a plus exercé d'activité lucrative, ou du moins plus d'activité exigible adaptée à son état, l'évaluation du *revenu d'invalidé* peut se fonder, selon la jurisprudence, sur l'ESS (ATF 139 V 592 c. 2.3; SVR 2014 IV n° 37 c. 7.1). En l'occurrence, au vu du profil d'exigibilité défini par l'expertise pluridisciplinaire de septembre/octobre 2014 (voir ci-dessus c. 5.2.3), il faut reconnaître que la recourante ne met pas pleinement à profit sa capacité de travail dans l'emploi exercé actuellement d'aide ménagère et femme de ménage à raison d'au plus 10 heures par semaine (dos. AI doc. 182, 183, 191 et 195.1 p. 12). C'est donc à bon droit que l'Office AI Berne s'est basé sur l'ESS pour estimer le revenu d'invalidé de l'assurée. Dès lors, en prenant en compte un revenu statistique mensuel de Fr. 4'300.- (ESS 2014, table TA1, Total, femmes) à adapter selon le facteur

41,7/40 heures par semaine compte tenu de la durée normale du travail en 2014, par rapport à la valeur standardisée de 40 heures par semaine servant de base à l'ESS (ATF 126 V 75 c. 3b/bb), avec un abattement de 10%, on parvient à un montant de Fr. 48'414.- (90% de Fr 53'793.-), soit au taux de 80%, à un revenu d'invalidité déterminant de Fr. 38'731.-.

**8.4** En comparant ainsi le revenu d'invalidité obtenu de Fr. 38'731.- avec le revenu sans invalidité défini ci-dessus de Fr. 49'736.-, il en résulte une perte de gain de Fr. 11'005.- et un degré d'invalidité de 22% (après arrondissement; ATF 130 V 121), taux qui est inférieur au degré d'invalidité minimal de 40% nécessaire pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, le degré d'invalidité serait également insuffisant si l'on prenait en compte pour la détermination du revenu de valide non pas l'ancienne activité de vendeuse, mais celle d'auxiliaire de santé (ce qui est discutable, si l'on estime que la conversion dans le domaine paramédical s'est faite pour des raisons de santé). Dans une telle activité, le revenu mensuel de valide à plein temps (voir dos. AI doc. 28 p. 2) était en 2006 de Fr. 4'128.35, avec un treizième salaire et une indexation à 2014 (T1.93, secteur 3 services: 117.1 en 2006 et 129.5 en 2014), on arrive à un revenu annuel de valide de Fr. 59'352.-, soit une perte de gain de Fr. 20'621.-, correspondant à un degré d'invalidité de 35%, également insuffisant à l'octroi d'une rente. Au surplus, la recourante ne conteste pas l'abattement de 10% retenu par l'intimé sur le revenu statistique et en le consentant ce dernier n'a à tout le moins pas outrepassé son pouvoir d'appréciation.

## 9.

Au moment où la décision litigieuse a été rendue, la recourante était âgée de plus de 55 ans et avait bénéficié d'une rente depuis plus de 15 ans. Dans ces circonstances, une réadaptation par elle-même n'était en principe plus exigible de sa part (TF 9C\_178/2014 du 29 juillet 2014 c. 7.1.2.2, 9C\_228/2010 du 26 avril 2011 publié dans SVR 2011 IV n° 73 c. 3.3 à 3.5; concernant le moment déterminant pour apprécier les critères de l'âge et de la durée de rente, voir TF 9C\_920 du 20 mai 2014 c. 4.3 et 4.5 et 9C\_152/2013 du 3 septembre 2013 c. 2). En outre, après avoir perdu son

emploi d'aide à domicile fin 2007, la recourante n'a travaillé depuis 2009 qu'à un taux qui ne dépassait, semble-t-il, pas 20 à 25% (voir let. A ci-dessus) et l'interniste du SMR a souligné que la recourante présenterait d'importantes difficultés d'adaptation en cas d'exercice d'une activité à un taux plus élevé ou de changement d'emploi et/ou d'employeur (dos. AI doc. 181 et 185). L'expert psychiatre, dans son rapport du 6 octobre 2014, a également relevé comme éléments défavorables, étrangers à l'état de santé, une longue phase de travail partiel (dos. AI doc. 194.1 p. 6). Par ailleurs, aucun indice ne permet d'inférer que les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la recourante (même par exemple avec l'appui de l'assurance-chômage) – qui priment sur les mesures de réadaptation – suffiront à mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans la mesure justifiant la suppression de rente. Dans une telle situation, l'intimé ne pouvait pas supprimer la demi-rente versée depuis plus de 15 ans, en dépit de la capacité de travail recouvrée, avant de vérifier que l'assurée était concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain (art. 7 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Le fait que l'expert précité mentionne également un manque de motivation ne change rien à ce qui précède (dos. AI doc. 193.1 p. 6). En effet, une attitude passive de l'assurée devra être sanctionnée par la procédure de sommation prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA (en relation avec l'art. 7b al. 1 LAI; TF 9C\_497/2013 du 30 novembre 2013 c. 3.3, 9C\_152/2013 du 3 septembre 2013 c. 4.1) et n'empêche pas l'intimé d'examiner la mise en place de mesures professionnelles, notamment de réadaptation. Il en résulte que dans la situation de la recourante, la question de l'examen préalable des possibilités de réadaptation faisait partie de la procédure de révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA (et par conséquent aussi de l'objet de la contestation devant le TA). L'intimé ne pouvait l'éluder en signalant à l'assurée, dans la décision de suppression de rente, que cette dernière, si elle le désirait, avait la possibilité de s'annoncer en vue d'obtenir des mesures de placement.

## **10.**

**10.1** Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis. La décision contestée est annulée en tant qu'elle a été rendue sans que l'intimé ait préalablement mis en œuvre les mesures d'observation professionnelle et/ou de réadaptation permettant de s'assurer, sous réserve de la réalisation des conditions matérielles du droit à la prestation et de la collaboration de l'intéressée, que la recourante est à même de mettre à profit la capacité de travail qui lui est reconnue médicalement sur le marché équilibré du travail. En ce sens, la conclusion subsidiaire du recours tendant au renvoi de la cause est bien fondée. Pour le surplus (existence d'un motif de révision justifiant une suppression de la rente), le recours est rejeté.

**10.2** Le renvoi de la cause à l'administration pour procéder au sens des considérants et rendre une nouvelle décision, dans un litige concernant une rente AI, est considéré comme un gain de cause (ATF 132 V 215 c. 6.2), déterminant pour la répartition des frais (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI) et pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA. En l'espèce, la recourante obtient certes l'annulation de la décision et le renvoi de la cause conformément à sa conclusion subsidiaire, toutefois pas en vue de la poursuite du versement d'une rente ordinaire, mais uniquement en raison de l'examen préalable de mesures de réadaptation. Les frais et dépens doivent par conséquent être liquidés en fonction d'un gain partiel qu'il y a lieu d'estimer à la moitié.

**10.2.1** Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont donc mis par Fr. 400.- à la charge de chacune des parties (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

**10.2.2** Assistée d'un avocat agissant à titre professionnel au sein d'un organisme de conseils juridiques, la recourante a droit au remboursement de la moitié de ses dépens selon l'étendue de son gain de cause devant le TA (art. 61 let. g LPGA; 104 al. 1 et 3 et 108 al. 3 LPJA). Au vu de la note d'honoraires du 12 décembre 2016, dont le montant total ne prête pas à discussion, compte tenu de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire ainsi que de la pratique du TA dans des cas

semblables, ceux-ci sont fixés à Fr. 1'162.45 (1/2 x [honoraires de Fr. 1'995.50, dépens de Fr. 157.20 et TVA de Fr. 172.20]; se référer aussi à l'art. 41 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 au tarif horaire de Fr. 130.- appliqué en cas de représentation par un organisme reconnu d'utilité publique [voir notamment la circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales en cas de telle représentation, consultable sur le site [www.justice.be.ch/ta](http://www.justice.be.ch/ta) ->Téléchargements & publications]). Pour le surplus, la recourante ne peut prétendre au remboursement de ses dépens.

**10.2.3** 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 (art. 61 let. f LPGA; art. 111 al. 1 LPJA). En l'espèce, au vu de la requête d'assistance judiciaire (limitée aux frais judiciaires) formulée dans le recours du 3 juin 2016, complétée les 24 juin et 5 juillet 2016, ainsi que des pièces justificatives produites, la condition financière est remplie (ATF 128 I 225 c. 2.5.1; Circulaire n° 1 du 25 janvier 2011 de la Cour suprême et du TA et Circulaire n° B 1 de l'autorité de surveillance en matière de poursuite et faillite du canton de Berne du 1<sup>er</sup> avril 2010 sur le calcul du minimum d'existence, disponibles à partir de la page internet du TA sous [www.be.ch](http://www.be.ch); concernant la prise en compte du concubinage dans le calcul du minimum vital, voir TF 8C\_1008/2012 du 24 mai 2013 c. 3.3.3). 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). La requête, dans la mesure où elle n'est pas devenue sans objet s'agissant de la part de gain de cause, peut dès lors être admise. La recourante doit être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire pour cette part.

Ainsi, les frais de la procédure de Fr. 400.- mis à la charge de l'assurée sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire. La recourante doit en outre être rendue attentive à son obligation

de remboursement (envers le canton) si elle devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272]).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis partiellement et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé afin qu'il examine la mise en œuvre de mesure de réadaptation au sens des considérants et rende une nouvelle décision. Pour le surplus, le recours est rejeté.
2. L'assistance judiciaire, limitée aux frais de la procédure, et pour autant qu'elle ne soit pas sans objet, est accordée à la recourante.
3. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis par Fr. 400.- à la charge de l'Office AI Berne et par Fr. 400.- à celle de la recourante. Il est renoncé à la perception des frais mis à la charge de cette dernière au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. L'Office AI versera à la recourante la somme de Fr. 1'162.45 (débours et TVA compris) au titre de participation à ses dépens pour la présente procédure. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens.

5. Le présent jugement est notifié (R):

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

Le président:

Le greffier:

**Voie de recours**

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