

**200.2017.389.AI**  
N° AVS  
BOA/REN

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

**Jugement du 3 décembre 2018**

Droit des assurances sociales

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

**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 21 mars 2017



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1972, divorcée depuis 2008, maman d'une enfant mineure (née en 2003), titulaire d'un CFC d'employée de commerce depuis 1992, a travaillé successivement chez divers employeurs, avant d'être engagée, en 1998, comme employée de commerce dans une entreprise de conseil et consulting. Elle a subi une incapacité de travail de 50%, puis 100% à partir, respectivement, d'avril et de juillet 2002. L'employeur a résilié le contrat de travail à fin avril 2004. Par la suite, l'assurée a travaillé brièvement, de mars 2009 et durant six mois environ, en qualité de collaboratrice dans un bureau de marketing téléphonique au taux de 30%, cette activité ayant cessé, aux dires de l'assurée, en raison de difficultés rencontrées par la société qui l'employait.

Indiquant souffrir d'affections psychiques, ainsi que des hanches, du bassin et du coccyx suite à un accouchement difficile, l'assurée a sollicité, en mai 2004, des prestations de l'assurance-invalidité (AI). Par décision du 19 janvier 2007, et après avoir requis l'établissement d'expertises médicales en 2005 et 2006 (sur le plan psychiatrique pour la première, pluridisciplinaire [sur les plans rhumatologique et psychiatrique] pour la deuxième), l'Office AI lui a octroyé une demi-rente AI depuis le 1<sup>er</sup> juin 2003 (décision émanant de l'Office AI du canton de Neuchâtel suite à un préavis [resté incontesté] de l'Office AI du canton de Berne). Suite à deux révisions de rente initiées en 2008 et 2010, l'Office AI Berne 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/décembre 2012, l'Office AI Berne a engagé une nouvelle procédure de révision de rente. L'assurée a complété le questionnaire ad hoc en cochant la case correspondant à un état de santé inchangé. Après avoir sollicité l'avis du psychiatre traitant de l'assurée (rapport médical de janvier 2016), et suivant les recommandations d'une psychiatre du service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI a

requis l'établissement d'une (nouvelle) expertise sur le plan psychiatrique. L'expert a rendu ses conclusions le 3 décembre 2016. Sur cette base, estimant que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré depuis la décision initiale de rente, l'Office AI a informé l'intéressée, dans un préavis du 21 décembre 2016, qu'en raison d'une exigibilité de 55% dans l'activité habituelle, il envisageait de remplacer la demi-rente d'invalidité octroyée jusqu'alors par un quart de rente. En dépit des objections formulées par l'assurée contre cette préorientation, l'Office AI en a confirmé la teneur par décision formelle du 21 mars 2017.

### **C.**

Par acte daté du 21 avril 2017, l'assurée, dorénavant représentée par une avocate en procédure, a recouru contre cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Elle a requis l'assistance judiciaire et conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision rendue par l'Office AI le 21 mars 2017 et au maintien de sa demi-rente AI, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'Office AI pour instruction complémentaire (en vue de la mise en œuvre d'une nouvelle expertise) et nouvelle décision. Elle a également requis, à titre préjudiciel, la restitution de l'effet suspensif à son recours, que, par décision incidente du 25 avril 2017, la Juge instructrice a refusée.

Le 16 et 31 mai 2017, la recourante a complété son recours (envoi de pièces justificatives en relation avec sa requête d'assistance judiciaire) et a fait parvenir au TA divers rapports médicaux. Dans son mémoire de réponse du 30 juin 2017, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Les parties ont répliqué spontanément et dupliqué les 11 août et 4 septembre 2017, maintenant en substance leurs précédentes conclusions. La recourante a adressé au TA plusieurs prises de positions (spontanées) les 7/8 septembre et 13 octobre 2017 auxquelles l'Office AI a réagi le 31 octobre 2017. Un échange d'écritures supplémentaire a eu lieu les 10 et 30 novembre 2017. L'ultime courrier de la recourante, daté du 13 décembre 2017, n'a plus suscité de réaction de la part de l'Office AI. Y était joint un nouveau mémoire d'honoraires du 13 décembre 2017.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision du 21 mars 2017 de l'Office AI représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et prononce, avec effet au premier jour du deuxième mois qui suit sa notification, la diminution à un quart de rente d'invalidité de la demi-rente versée à l'assurée depuis le 1<sup>er</sup> juin 2003. L'objet du litige porte, quant à lui, sur l'annulation de cette décision et le maintien, pour la recourante, d'une demi-rente d'invalidité, ou, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Est particulièrement critiquée la force probante (tant d'un point de vue formel que matériel) du rapport d'expertise psychiatrique du 3 décembre 2016 sur lequel l'intimé s'est fondé pour retenir une amélioration de l'état de santé de la recourante.

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

**2.2** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

**2.3** 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). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente. La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable. C'est notamment le cas d'une amélioration de la capacité de travail en raison de l'accoutumance ou de l'adaptation au handicap. 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 141 V 9 c. 2.3, 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; SVR 2013 IV n° 44 c. 3.1.2).

**2.4** 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). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 141 V 281 c. 2.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2014 IV n° 2 c. 3.1, 2016 IV n° 2 c. 4.2). Le point déterminant est ici

de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

**2.5** 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).

**2.6** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des moyens de preuve disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou

expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

### 3.

**3.1** Dans sa décision de diminution de rente AI du 21 mars 2017, l'Office AI a considéré, en se fondant sur le rapport d'expertise du 3 décembre 2016, que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré, cette dernière étant désormais, selon l'intimé, en mesure d'exercer son activité habituelle d'employée de commerce à hauteur de 55%. Il en résulterait ainsi un degré d'invalidité 45% justifiant l'octroi d'un quart de rente AI (en lieu et place d'une demi-rente).

**3.2** La recourante, quant à elle, conclut au maintien de son droit à une demi-rente d'invalidité. Elle conteste la valeur probante de l'expertise du 3 décembre 2016 sur laquelle l'Office AI s'est fondé, en invoquant des vices tant formels (rédaction/contenu erronés et bâclés du fait que l'expert ne l'a pas laissée s'exprimer à sa guise) que matériels (l'expertise est en contradiction avec l'avis de ses médecins/thérapeutes traitants qui devrait primer). De plus, l'assurée estime que l'Office AI a également violé son devoir d'instruction en omettant de recueillir des informations utiles sur le plan de la médecine interne (notamment concernant les douleurs éprouvées au bassin et à la hanche, auxquelles s'ajoutent ses problèmes intestinaux).

### 4.

En l'espèce, s'agissant d'une procédure de révision (matérielle) de rente au sens de l'art. 17 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 de rente en date du 19 janvier 2007 et la décision litigieuse du 21 mars 2017 – les procédures de révision closes par communications des 11 août 2008 et 30 juin 2010 n'ayant pas mis en œuvre un examen complet de l'état de santé de l'intéressée (cf. let. A, c. 2.3 et art. 74<sup>ter</sup> let. e 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** Avant la décision initiale de rente de janvier 2007, l'expert en psychiatrie ayant examiné l'assurée le 12 juillet 2005 avait retenu dans son rapport de la même date comme pathologies existantes: une claustrophobie, une agoraphobie et des troubles anxieux phobiques (F40.0-1 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), une symptomatologie neurasthénique (F48.0 CIM-10), un trouble de la personnalité avec traits dépendants, évitants et histrioniques (F61.0 CIM-10) et un éventuel trouble dissociatif de la sensibilité et de la motricité (F44.4-6 CIM-10) de même qu'un possible statut après un état de stress posttraumatique (F.43.1 CIM-10). Sur le plan purement psychiatrique, ce spécialiste avait estimé la capacité de travail à hauteur de 60 à 70%.

**4.2** Pour rendre sa décision (initiale de demi-rente AI) du 19 janvier 2007, l'Office AI s'est principalement fondé sur l'expertise pluridisciplinaire mandatée auprès d'un centre d'observation médical de l'AI (COMAI; en l'occurrence, le COMAI X.\_\_\_\_\_). Dans leur rapport du 29 juin 2006, les experts avaient retenu un trouble de la personnalité avec traits dépendants, d'évitement et histrioniques (F61.0 CIM-10), de la neurasthénie (F48.0 CIM-10) et des douleurs pelviennes d'étiologie mixte (F45.4 et F44.9 CIM-10). D'un point de vue rhumatologique, sur la base de l'anamnèse de l'assurée, de l'examen clinique pratiqué et des résultats d'examen mis à sa disposition, l'expert rhumatologue avait mentionné qu'il ne pouvait pas relier la symptomatologie douloureuse de l'assurée à un substrat somatique. Partant, en l'absence de toute affection objective du système locomoteur, ce spécialiste avait estimé que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans sa profession d'employée de commerce. L'expert psychiatre, quant à lui, avait relié l'émergence du trouble de la personnalité chez la recourante à des événements traumatisants (violence de son père, attouchements d'un proche parent, séparation puis divorce d'avec un premier mari possessif, jaloux et brutal). Il avait qualifié les douleurs abdominales basses éprouvées comme étant d'origine mixte, à savoir dissociatives (survenues en relation temporelle étroite avec des éléments traumatiques [divorce, accouchement difficile]) et somatoformes (dimension douloureuse persistante, intense, accompagnée d'un sentiment de détresse face à l'absence de diagnostic somatique). A la

neurasthénie, l'expert avait associé une fatigue chronique et une fatigabilité précoce.

Sous l'angle interdisciplinaire, les experts du COMAI ont conclu que l'assurée était en mesure de travailler à hauteur de 40 à 50% au plus, en recommandant d'introduire un suivi psychiatrique plus soutenu (fréquence plus rapprochée des consultations), voire d'adapter sa médication (introduction d'un médicament psychotrope à visée antalgique et/ou stabilisateur de l'humeur). Ils ont également émis un pronostic favorable pour l'avenir.

**4.3** Entre le 19 janvier 2007 et le 21 mars 2017, les rapports suivants ont notamment été rédigés.

**4.3.1** Les avis médicaux succincts du psychiatre traitant de l'assurée des 12 août 2007 et 27 juin 2010 ont mis en exergue un état de santé stationnaire chez la recourante (difficultés de concentration, agitation intérieure, fatigue et douleurs de hanches), stabilisé, selon ce spécialiste, grâce à un suivi thérapeutique psychiatrique régulier et la prise de médicaments antidépresseurs, ceux-ci ayant un effet bénéfique sur le sommeil et les réminiscences douloureuses (du passé). Dans son rapport médical du 9 janvier 2016, estimant que sa patiente était dans l'incapacité de travailler, ce même spécialiste a fait mention de l'opportunité d'adresser la recourante à un établissement spécialisé en vue de la participation à un programme ciblé dans une clinique de jour et de manière ambulatoire.

**4.3.2** Le rapport d'expertise sur le plan psychiatrique requis par l'intimé et rédigé le 3 décembre 2016 a retenu, avec effet sur la capacité de travail, le diagnostic de trouble mixte de la personnalité, histrionique et évitante (F61.0 CIM-10) présent depuis l'enfance. Sans répercussion sur la capacité de travail sont mentionnés d'autres troubles somatoformes (F45.8 CIM-10) existant depuis octobre 1999. L'expert consulté a relevé que l'état de santé de l'assurée avait connu une légère amélioration, en particulier du fait que le diagnostic de neurasthénie ne pouvait plus être retenu. Quant à la question de l'évaluation de la capacité de travail, l'expert l'a chiffrée dans l'ancienne (ou toute autre) profession à hauteur de 55%, sans perte de rendement, sans qu'il ne soit néanmoins possible, selon lui, d'arrêter avec précision le moment à partir duquel la capacité de travail de la recourante aurait été récupérée.

**4.3.3** L'avis médical du généraliste traitant de la recourante depuis avril 2014, rédigé le 19 janvier 2017 (bordereau complémentaire au recours, pièce justificative [P.J.] 28), a fait état de douleurs pelviennes d'étiologie indéterminée existant depuis 2003. Ce médecin y a rapporté les restrictions subjectives éprouvées par l'assurée, selon l'appréciation personnelle de cette dernière (*aktuell subjektiv von der Patientin geschilderte Belastbarkeit*).

**4.4** D'autres documents médicaux postérieurs à la décision attaquée ont encore été produits dans la procédure judiciaire:

**4.4.1** Bien qu'il ne se prononce pas sur (l'évolution de) la capacité de travail de l'assurée, le psychiatre traitant, dans son rapport du 18 mai 2017 adressé à l'avocate de la recourante et portant sur le suivi médical de l'assurée depuis 2005, a mis en évidence un état de santé en amélioration, la recourante souffrant (désormais), selon lui, d'un épisode dépressif de degré moyen (auparavant de sévère intensité). Il explique également que c'est en raison de l'évolution positive de l'état de santé de sa patiente, qu'il l'aurait enjointe à participer à un programme ciblé en vue d'un suivi psychologique dans une clinique de jour (cf. c. 4.3.1), dont cette dernière, au vu des crises douloureuses aiguës et fréquentes endurées, n'aurait pu profiter. Ce trouble douloureux, de par son intensité et sa régularité, justifierait, selon lui, de retenir le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. En raison d'un choc posttraumatique (réminiscences en liaison avec la violence du père de la recourante), le psychiatre traitant considère que l'assurée souffre également d'un trouble de la personnalité. Cette prise de position, bien que postérieure à la décision contestée, peut être prise en compte dans le présent jugement, car elle se réfère à la situation médicale telle qu'elle se présentait à la fin de la période administrative (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4).

**4.4.2** En revanche, le rapport médical des médecins urgentistes ayant soigné l'assurée le 1<sup>er</sup> octobre 2017 en raison de douleurs dorsales exacerbées (lumbago) ne saurait être pris en considération. En effet, également postérieur à la décision contestée, rien ne permet de penser que cette problématique-là (lombalgie aiguë), prétendument existante, aux dires de l'assurée (alors qu'aucun autre avis médical ne fait part de telles souffrances), depuis huit mois, était durablement incapacitante lors de la

période couverte par la décision contestée. Cela étant, l'évolution d'une possible pathologie dorsale pourrait être prise en compte dans le cadre de l'examen d'une éventuelle nouvelle demande (ATF 130 V 138 c. 2.1).

## **5.**

La recourante invoque tout d'abord des griefs d'ordre formel à l'égard de l'expertise psychiatrique sur laquelle l'intimé s'est fondé. Elle considère (implicitement) que l'expertise ne serait pas aboutie dans la mesure où, en présence de l'expert, elle aurait été empêchée d'exposer certains éléments (comme la narration des douleurs endurées au bassin et au ventre), ce dernier l'ayant, selon ses dires, sans cesse interrompue dans son récit. De plus, certains faits relatés par l'expert seraient erronés comme le fait que ce dernier a rapporté, prétendument à tort, que l'assurée était à même de faire le ménage, ce qui n'est, selon l'intéressée, manifestement pas le cas.

**5.1** A la lecture du rapport d'expertise, il apparaît d'emblée, et contrairement à l'avis de la recourante, que l'expert a retranscrit avec soin et de manière circonstanciée les faits qu'elle a relatés. Certes, l'expert a-t-il mentionné que l'assurée avait tendance à digresser (dos. 75.1/12 et 22; ce qui avait déjà été relevé par les experts précédents: dos. 26/12 et 17/8). Il n'est pas exclu que l'expert soit parfois intervenu pour rediriger les propos de l'assurée sur les questions qu'il posait afin d'être à même de remplir son mandat d'expert (différent de celui d'un thérapeute). Il est toutefois patent que les différentes anamnèses (professionnelle, familiale, psychosociale) foisonnent de nombreux détails qui ne peuvent être le fruit que d'un récit libre de la recourante. Le TA relève également l'attention avec laquelle l'expert a retranscrit l'anamnèse professionnelle de l'assurée, détaillant le nom des employeurs chez qui cette dernière a travaillé, les cours de formation fréquentés (cours de langue), les [courtes] périodes de chômage ayant jalonné le début de son parcours professionnel (dos. AI 75.1/4 et 5). Egalement l'anamnèse familiale retracée avec soin permet de comprendre le climat de violence dans lequel l'assurée a grandi, dans un contexte familial en prise avec des difficultés liées à l'alcool (plusieurs proches de la recourante étant visiblement concernés). Dans l'anamnèse psychosociale et psychiatrique, il apparaît également que l'expert ne s'est pas contenté de mentionner les (prétendus) attouchements sexuels subis par la recourante

de la part d'un proche parent, mais en a précisé les circonstances (lors de vacances, commis par un cousin âgé de 17-18 ans, lorsque l'assurée avait 12 ans; dos. 75.1/8 et 13). Partant, contrairement aux critiques de l'assurée à l'encontre du déroulement de l'expertise, formulées par ailleurs bien après la rédaction de celle-ci (la première fois lors du dépôt de ses objections), le TA retient que le contenu de l'expertise fait montre d'un récit sans retenue de la part de la recourante et d'une écoute attentive de l'expert. Dans ces conditions, le TA ne saurait retenir que c'est à tort que l'expert a protocolé que l'assurée pouvait faire le ménage (elle-même mentionne par ailleurs que l'organisation Y. \_\_\_\_\_ ne la soutient que ou principalement pour les tâches administratives) ou les courses, ou encore que la description des crises de douleurs éprouvées dans le bassin ou le bas-ventre (par ailleurs rapportée de manière très semblable à celle de l'expert rhumatologue en 2006) serait erronée. En effet, en droit des assurances sociales s'applique la règle de preuve selon laquelle les déclarations dites de la "première heure" sont en général plus objectives et plus fiables que des explications données par la suite, qui peuvent être influencées consciemment ou non par des réflexions subséquentes, inspirées par le droit des assurances ou d'une autre manière (ATF 121 V 45 c. 2a, 115 V 133 c. 8c; RAMA 2004 p. 418 c. 1.2). Le TA relève également, qu'en sus de la longueur de l'expertise (23 pages au contenu dense), le temps consacré par l'expert à l'expertisée (2h15), témoigne, lui aussi, bien plutôt d'un long entretien en comparaison avec les cas que le TA a à juger. Pour le surplus et d'un point de vue formel toujours, l'expertise psychiatrique rédigée le 3 décembre 2016 est complète, convaincante et satisfait aux exigences jurisprudentielles (cf. c. 2.6). 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. Elaborés sur la base d'un examen personnel de l'assurée, en sus de comporter une anamnèse précise sur les plans professionnel, familial ou psychiatrique (cf. ci-avant), les avis médicaux antérieurs figurant au dossier ont été énumérés et pris en considération par l'expert, démontrant également, de ce point de vue-là, une étude approfondie et consciencieuse du dossier. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions de l'expert 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.

Enfin, en tout état de cause, dans l'examen de la force probante d'une expertise médicale est avant tout déterminant le fait que l'expertise soit complète au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (TF 8C\_819/2013 du 4 février 2004 c. 3.3, 8C\_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2). Le TA précise également que l'expertise incriminée 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 dos. AI 75.1/19) 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).

Le reproche de l'existence de vices formels entachant l'expertise psychiatrique doit donc être écarté.

## **5.2**

**5.2.1** Sous l'angle matériel et d'un point de vue psychique tout d'abord, l'expert a pris en considération les plaintes formulées par la recourante. Puis, sur la base de ses propres observations, qu'il a soigneusement retranscrites, il a fait état d'une assurée orientée dans les trois modes, au contact émotionnel s'établissant normalement, souriante, ouverte, collaborante et sans méfiance. Si l'expert a relevé un fonctionnement intellectuel dans la norme (rapidité de compréhension, faculté d'abstraction, de raisonnement, d'esprit de synthèse), une vigilance, une attention, concentration et mémoire sans particularités, de même qu'un discours relativement structuré, clair, précis et informatif en dépit de la tendance digressive, il n'a néanmoins pas omis de mentionner, chez l'assurée, la présence d'un comportement algique (épisode de déambulation dans la pièce, changements de positions sur la chaise). Il a également mis en évidence l'absence d'idées délirantes, une humeur globalement pas déprimée, sans tristesse permanente ou empreinte d'une perte d'élan vital ou d'abattement. Sur la base des constats médicaux qui précèdent, ce spécialiste a ensuite livré une analyse dans laquelle il n'a négligé aucune piste. Ainsi, dans l'examen de l'existence d'un éventuel trouble de la personnalité, l'expert a démontré avec conviction de quelle manière les comportements topiques étaient enracinés chez l'assurée, de manière

durable et profonde. Il a ainsi noté une souffrance continue depuis l'âge de 12 ans. L'expert a également mentionné qu'en dépit d'une formation professionnelle aproblématique, l'intégration de la recourante dans le monde du travail était mitigée, la biographie de cette dernière étant entrecoupée de brèves périodes de chômage, conséquence de licenciements répétés. Tout en mettant en lumière l'absence d'indices clairs en faveur de problèmes relationnels, l'expert a évoqué sa forte présomption quant à l'existence de dysfonctionnements, comme notamment le fait que, sur le plan sentimental, la recourante n'a pas été capable de s'engager dans une relation de confiance et de réciprocité à long terme (échec de deux mariages avec un premier mari violent). Puis, essayant de déterminer au plus précis quel trouble de la personnalité pouvait entrer en considération en l'espèce, l'expert a mis en évidence les traits caractéristiques de la personnalité de la recourante. Il a ainsi démontré (à l'instar de ses confrères en 2005 et 2006) de manière pertinente en quoi la personnalité de l'assurée était dépendante (l'assurée ayant besoin d'être prise en charge), anxieuse (elle ne sens pas à la hauteur) et histrionique (elle est sujette à des émotions excessives, qui varient quotidiennement selon les aléas du quotidien, comme le démontre le fait qu'elle peut passer rapidement du rire aux larmes selon le sujet abordé). En guise de conclusion à ce raisonnement médical accompli, l'expert a retenu un trouble mixte de la personnalité (les caractéristiques topiques d'un trouble de la personnalité spécifique n'étant manifestement pas remplies), de nature anxieuse, dépendante et histrionique, ayant des effets sur la capacité de travail, diagnostic qu'il n'y a pas lieu de mettre en doute. L'expert n'a également pas minimisé l'intensité des douleurs éprouvées par la recourante au niveau du bas-ventre (crises de douleurs intenses de plusieurs heures suivies de diarrhées qualifiées de monstrueuses) et du bassin (séquelles douloureuses de l'accouchement en mars 2003 empêchant parfois de marcher pendant une heure). Si la description des attaques douloureuses rejoint dans ses grandes lignes celle relatée par ses confrères (comparer dos. AI 26/3 et 4 avec 75.1/7 et 10), l'expert a néanmoins retenu, sur la base du récit de l'assurée, que leur intensité maximale en 2009 (alors que l'assurée avait repris une activité partielle, toutefois abandonnée pour d'autres raisons que les douleurs) était désormais réduite, les crises douloureuses survenant une fois par semaine. Toujours dans le contexte des douleurs éprouvées, l'expert a mis en

lumière le fait que le déroulement structuré du quotidien de l'assurée n'était pas entravé de manière significative par le ressenti douloureux. C'est donc de manière convaincante que ce spécialiste a expliqué la présence d'autres troubles somatoformes (F45.8 CIM-10) chez la recourante, en lieu et place d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.40 CIM-10) tel que retenu par le passé (cf. 4.2).

**5.2.2** L'expert a également abordé en détails tous les diagnostics (divergents) posés ou suspectés par ses confrères, qu'il a, au terme de la rédaction de ses conclusions, niés. Ainsi, concernant la neurasthénie, l'expert a déduit des occupations intellectuelles et physiques décrites par l'assurée (lecture, TV, internet, tâches ménagères, courses, promenades avec la mère ou une amie) et des handicaps qu'elle a mentionnés que des plaintes de fatigue ou faiblesse après des efforts psychiques ou physiques minimales ne pouvaient être attestées. A défaut de constat de cette caractéristique de la neurasthénie (F48.0 CIM-10), il a donc exclu de manière convaincante cette pathologie. La présence d'un éventuel état de stress post-traumatique a également été abordée, qu'à la suite d'un raisonnement médical abouti (pas de cauchemars, de réviviscences diurnes [images envahissantes] ou d'hypervigilance [réactions de sursaut exagéré]), ce spécialiste en psychiatrie a écartée et ce, sans ignorer la réelle émotion éprouvée par l'assurée à l'évocation des faits de violence endurés durant son enfance ou avec son premier mari. Par souci de complétude, l'expert s'est également penché sur l'éventuelle existence de troubles anxieux (agoraphobie [F40.0 CIM-10], trouble panique [F41.0 CIM-10], phobies sociales [F40.1 CIM-10]). Néanmoins, en raison de l'absence d'anxiété déclenchée exclusivement ou essentiellement par certaines situations bien précises (foules, lieux publics fréquentés, pratiquer une activité en présence d'autrui [lire, écrire, manger]) ou d'une symptomatologie neurovégétative (palpitations, vomissements, impression d'évanouissement), il les a, de manière pertinente, écartés. Les raisons pour lesquelles (et contrairement aux conclusions tant de l'expertise de 2005 que de celle, pluridisciplinaire, de 2006) l'expert s'est distancié du diagnostic de troubles dissociatifs de conversion (F44.4-6 et F44.9 CIM-10), ont également été exposées (ce sont les douleurs qui empêchent la recourante de se déplacer lors de crises et non son incapacité à mobiliser une partie de son corps comme le voudrait un trouble de conversion). Dans ces conditions, les conclusions médicales divergentes

du psychiatre traitant de la recourante figurant dans son avis médical du 18 mai 2017 (en particulier quant à l'existence d'un trouble dépressif récurrent invalidant) ne sauraient emporter la conviction du TA: il apparaît tout d'abord que ce n'est qu'en mai 2017 (soit deux mois après la décision contestée) que le psychiatre traitant a énoncé expressément, et pour la première fois, les pathologies incriminées. Il aura également fallu attendre cette prise de position pour apprendre que l'état de santé de sa patiente s'était amélioré en janvier 2016 (moment où il l'a annoncée à la clinique de jour, dos. AI 67/3), alors que dans le rapport médical rédigé à ce moment-là, aucune mention en ce sens n'a été opérée, un pronostic négatif ayant même été arrêté. Egalement, les observations cliniques de ce spécialiste en psychiatrie, qui fait état d'une patiente incapable de suivre une conversation ou une série télévisée surprennent, dans la mesure où l'expert, après un examen clinique de la recourante, a relevé une vigilance, attention et concentration sans particularités et le fait que cette dernière, selon ses propres déclarations, s'adonnait à la lecture et visionnait en soirée sa série télévision préférée (dos. AI 75.1/11). Dans ces conditions, le rapport médical du 18 mai 2017 du psychiatre traitant, de deux mois postérieurs à la décision contestée, doit être considéré comme un avis médical succinct, établi pour les besoins de la cause, à la demande de la recourante et sur la base d'une relation de confiance qui lie le médecin à ses patients (ATF 125 V 351 c. 3b/cc). Pour ces raisons, il ne saurait revêtir la force probante nécessaire à renverser les conclusions de l'expert, tant quant aux diagnostics retenus que dans l'estimation de la capacité de travail de l'assurée (cf. c. 5.4).

**5.2.3** Au vu du développement ci-avant, pleine valeur probante doit être reconnue à l'expertise psychiatrique du 6 juin 2016.

**5.3** Contrairement aux allégations de l'assurée, l'on ne saurait voir dans l'expertise psychiatrique du 3 décembre 2016 une appréciation de la situation médicale de l'assurée sous l'angle somatique. Sa force probante ne saurait donc être remise en doute pour ce motif-là. Il est vrai que l'expert psychiatre a relevé et décrit les douleurs éprouvées par la recourante dans la région d'abord du bas-ventre, dès 1999, puis aussi, après l'accouchement en 2003, dans le bassin, douleurs qu'il a reliées, sur le plan temporel (dès 1999), à des situations ou événements stressants survenus dans la vie de l'assurée (violence du père, atteint psychiquement, surtout

sur la mère, qui a aussi dû être suivie psychiatriquement; relation amoureuse tumultueuse avec un premier mari, accouchement difficile en 2003 d'une fille issue d'une nouvelle union). Il apparaît néanmoins que les crises douloureuses dont la recourante se plaint en 2016 sont analogues à celles décrites en 2006 déjà, époque où les douleurs du bassin faisant obstacle à la position assise et à de nombreux efforts physiques semblaient plus préoccupantes que les crises spasmodiques au bas-ventre apparues dès 1999 et les problèmes intestinaux aigus ayant suivi l'accouchement (dos. AI 26/3 et 4). Or, en 2006, l'expert en rhumatologie mandaté n'avait pu retenir (après étude du dossier médical/radiologique et avoir pratiqué un examen clinique) aucun élément permettant d'objectiver une instabilité du bassin, tout en ayant pris en considération une diastasis de la symphyse pubienne et une sclérose de la berge sacro-illiaque droite chez l'assurée (dos. AI 26/10). Depuis lors, il apparaît que les symptômes de douleurs et de crises sont restés les mêmes. Leur fréquence a toutefois diminué. Fort de ce constat, si l'on considère, en sus, que l'assurée est suivie sur le plan somatique depuis avril 2014 par un généraliste, spécialiste en médecine interne, que ce dernier n'a pas fait état spécifiquement de troubles intestinaux distincts de son diagnostic de douleurs pelviennes d'étiologie indéterminée (c. 4.3.3) et qu'il n'a pas jugé nécessaire de réaliser de nouveaux examens radiologiques, aucun motif ne plaide en faveur de la mise sur pied d'examens somatiques complémentaires. Les autres rapports de thérapeutes produits en instance de recours ne fournissent du reste aucun indice permettant de remettre en cause l'état somatique inchangé de la recourante depuis à tout le moins l'expertise de 2006.

**5.4** Au vu de l'ensemble des considérations qui précèdent, l'intimé n'a donc pas violé son devoir d'instruction. En effet, il apparaît que la situation médicale de la recourante a été investiguée en suffisance. Par conséquent, il est superflu d'organiser une nouvelle expertise intégrant un volet somatique, comme la recourante le requiert. Le TA retient donc, qu'à la date de la décision contestée, l'assurée souffrait d'un trouble mixte de la personnalité (F61.0 CIM-10) et d'autres troubles somatoformes (F45-8 CIM-10), présents depuis 1999. Il convient d'examiner dans quelle mesure ces affections influencent la capacité de travail de l'assurée (cf. c. 6).

## **6.**

**6.1** S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, l'expert psychiatre a retenu un pensum exigible à hauteur de 55% (quelle que soit l'activité exercée) que la recourante aurait progressivement récupéré depuis juin 2006. Il convient par conséquent de déterminer si les appréciations de l'expert, cohérentes et probantes sur le plan médico-théorique, peuvent être suivies sous l'angle juridique du droit de l'AI.

## **6.2**

**6.2.1** Conformément à la volonté claire du législateur exprimée à l'art. 7 al. 2 LPGA, il y a lieu d'admettre en vertu d'une approche objective que la personne assurée est en principe valide (ATF 141 V 281 c. 3.7.2) et que celle-ci supporte le fardeau objectif de la preuve quant à l'existence d'une invalidité (ATF 142 V 106 c. 4.4). Les experts doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence du TF, le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatées sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide d'indicateurs standards (ATF 141 V 281 c. 6). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

**6.2.2** Une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49, qui ont trop peu été pris en considération en pratique. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée (ATF 127 V 294 c. 5a), les effets de celle-ci doivent être corrigés en

tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 c. 2.1.1 et 2.2, SVR 2016 IV n° 25 c. 6).

**6.2.3** Si une atteinte à la santé assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation juridique normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte, d'une part, des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources), d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6 et 5). En règle générale, il convient de prendre en considération des indicateurs standards classés selon leurs caractéristiques communes (c. 4.1.3), qui sont répartis dans les catégories "degré de gravité fonctionnel" (c. 4.3) et "cohérence" (c. 4.4).

**6.3** En l'occurrence, il apparaît que l'expertise réalisée en décembre 2016, soit après la publication de la jurisprudence prescrivant la procédure d'évaluation structurée pour les troubles psychosomatiques (ATF 141 V 281 rendu le 3 juin 2015) mais avant les arrêts du TF étendant ce mode d'évaluation à toutes les atteintes psychiques (ATF 143 V 418 c. 6 et 7 et 143 V 409 c. 4 du 30 novembre 2017) se révèle suffisante. Les résultats auxquels elle aboutit valent également du point de vue juridique. En effet, il convient de souligner que l'expert psychiatre, qui était confronté non seulement à un diagnostic psychique (trouble mixte de la personnalité) mais aussi psychosomatique (autres troubles somatoformes), a évalué la situation selon le mode structuré déjà établi par l'ATF 141 V 281 et sur le modèle du catalogue structuré des questions à poser aux expertisés dans le cadre d'expertises AI (dos. AI 69/2). Il a ainsi procédé à une anamnèse relative au quotidien de l'assurée, permettant de répondre aux critères susmentionnés, orientés vers une approche fonctionnelle (voir ci-avant c. 6.2 pour tous les diagnostics psychiques et psychosomatiques). Ainsi, même si l'expert a pu observer un léger comportement ostensible (une certaine tendance à la dramatisation, sans démonstrativité ou théâtralité, dos. AI 75.1/12), sans qu'il n'y ait lieu toutefois de retenir un motif d'exclusion (premier niveau), il a néanmoins constaté, chez la recourante, l'existence d'un potentiel de compensation (second niveau): il a ainsi mentionné l'existence de liens familiaux/sociaux indéniablement préservés chez l'assurée (relation quasi fusionnelle avec sa mère, contact régulier

avec son frère), une indépendance dans les déplacements (en train, ou en voyage à l'étranger dans son pays d'origine en 2016, utilisation d'un véhicule privé au quotidien). En dépit de ces indicateurs positifs, l'expert ne s'est pas contenté de nier toute incapacité de travail chez la recourante. Ainsi, c'est en tenant compte d'une fragilité inhérente au trouble mixte de la personnalité qui s'exprime par une labilité émotionnelle, un manque de confiance en soi, une intolérance à la pression psychique (stress), que l'expert a estimé, de manière convaincante, que ces restrictions se répercutaient de manière défavorable sur l'activité professionnelle de l'assurée. Partant c'est logiquement qu'il a retenu un pensum exigible à hauteur de 55% (quelle que soit l'activité exercée) que la recourante a progressivement récupéré depuis 2006. Cette estimation apparaît par ailleurs en parfaite adéquation avec la capacité de travail de 40 à 50% arrêtée par les experts en 2006 et alors que les diagnostics posés, en sus d'un trouble mixte de la personnalité, consistaient en une neurasthénie (source d'une fatigabilité importante) et un trouble somatoforme de nature persistante.

Il en découle qu'à l'examen comparatif de l'expertise de juin 2006 avec celle de décembre 2016 et de l'évaluation qui y est pratiquée, compatible avec la notion juridique de l'invalidité, une amélioration sensible de la situation doit être retenue. Celle-ci représente bien un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA.

## 7.

**7.1** Comme exposé précédemment, le degré d'incapacité de travail, médical, ne correspond pas au degré d'invalidité, notion de nature économique. Néanmoins, en l'espèce, l'expert en psychiatrie ne met pas en doute le fait que la dernière activité exercée par l'assurée (employée de commerce) est adaptée à son état de santé, comme tend également à l'attester le fait que la recourante a occupé (momentanément) un poste à hauteur de 30% en 2009 dans une activité de téléphoniste, en partie assimilable à la profession apprise. Par ailleurs, l'estimation de l'expert ne mentionne pas de réserve quant à d'éventuelles restrictions de rendement (il est question de 4.5 heures de travail réparties quotidiennement). Dans ces conditions, il convient de recourir à l'application de la méthode de

comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 c. 3a, 107 V 17 c. 2d, 104 V 135 c. 2b); il est donc superflu de procéder à une comparaison des revenus avec et sans invalidité; les salaires de base à prendre en compte sont en effet identiques (et évoluent, en fonction des variations salariales de la recourante à la hausse/baisse dans la même mesure, dès lors qu'ils sont fondés sur la même base).

**7.2** Il y a donc lieu de retenir que le degré d'invalidité de la recourante correspond à son taux d'incapacité de travail, à savoir 45%, à tout le moins dès le moment de la rédaction de l'expertise; préalablement, il est question d'une capacité de travail peu à peu recouvrée de 40 jusqu'à 55%. Un degré d'invalidité de 45% ouvrant le droit à un quart de rente AI, c'est à raison que l'intimé a prononcé, au 1<sup>er</sup> mai 2017 (cf. c. 1.1, art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI), la diminution à un quart de rente d'invalidité de la demi-rente versée à l'assurée depuis le 1<sup>er</sup> juin 2003.

## **8.**

**8.1** Par souci de complétude, il convient encore de se demander si, avant de décider la diminution, avec effet au 1<sup>er</sup> mai 2017, à un quart de rente de la demi-rente allouée à la recourante depuis le 1<sup>er</sup> juin 2003, l'intimé n'aurait pas dû se prononcer sur le caractère exigible ou non de la réadaptation par soi-même. S'il est vrai que la jurisprudence a posé des limites liées à l'âge de la personne assurée (55 ans) et à la durée de versement des prestations (15 ans, à apprécier au moment où la diminution/suppression de rente prend effet), elle a aussi précisé que celles-ci n'étaient pas absolues (TF 8C\_394/2017 du 8 août 2017). Dès lors qu'en l'espèce l'assurée, âgée de 45 ans au moment du prononcé litigieux, a bénéficié durant presque 14 ans (13 ans et 11 mois) de trois quart de rente AI, le critère de la durée de la rente est donc pratiquement réalisé.

**8.2** En l'occurrence, il apparaît que l'assurée possède une formation certifiée (employée de commerce), dont l'exercice est exigible à hauteur de 55%. Il appert également que, depuis le 1<sup>er</sup> juin 2003, la recourante bénéficie d'une demi-rente AI. Autrement dit, elle aurait ainsi pu exploiter sa capacité de travail résiduelle, en particulier dans son ancienne profession.

Elle l'a d'ailleurs partiellement fait, dans le marketing téléphonique, pendant une période déterminée (durant six mois environ en 2009), la résiliation de son contrat de travail étant intervenue pour des motifs étrangers à l'invalidité (difficultés organisationnelles de l'entreprise qui l'employait). Par conséquent, c'est à raison que l'Office ne s'est pas prononcé préalablement à la diminution de rente, sur la nécessité d'organiser des mesures professionnelles de réadaptation.

Si la recourante entend néanmoins obtenir l'aide de l'AI en vue d'une réadaptation, il lui appartient d'introduire une demande en ce sens, ainsi que le prévoit l'intimé dans sa décision contesté.

## **9.**

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

**9.2** Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent donc être mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante (art. 61 let. g LPGA a contrario). Cette dernière a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire et la nomination de sa mandataire en qualité d'avocate d'office.

**9.2.1** Sur requête, l'autorité administrative ou 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 et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1). Aux mêmes conditions, une avocate ou un avocat peut en outre être désigné à une partie si les circonstances de fait et de droit le justifient (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

**9.2.2** Au vu de la situation familiale de la recourante (communauté de vie monoparentale avec enfant), des pièces produites à l'appui de sa requête, de la jurisprudence et des directives (circulaires n° 1 du 25 janvier 2011 et n° B 1 du 1<sup>er</sup> avril 2010 et son annexe 1 de la Cour suprême et du Tribunal administratif du canton de Berne [TA], disponibles à partir du site internet

de la justice bernoise: [www.be.ch](http://www.be.ch)), il est patent que l'assurée ne dispose pas des ressources financières suffisantes pour prendre en charge les frais liés à la présente procédure. Il est en effet incontesté que le montant des revenus mensuels à prendre en considération, soit Fr. 3'007.- (un quart de rente AI [Fr. 1'382.- : 2 = Fr. 691.-], une rente LPP [Fr. 866.60 : 2 = Fr. 433.30], des prestations complémentaires y compris primes AMal, selon attestation 2016 [Fr. 883.50] et les contributions d'entretien/allocations familiales [Fr. 1'000.- au total]) se situe bien en dessous du montant des charges mensuelles auxquelles la recourante doit faire face, d'un montant de Fr. 3'835.- même en ne prenant en compte que les minima vitaux pour procéder (foyer monoparental [Fr. 1'350.-], supplément pour entretien d'une enfant de plus de 10 ans [Fr. 600.-], supplément de procédure de 30% sur les minima vitaux [Fr. 585.-]) et le loyer sans place de parc (Fr. 1'300.-). Le solde négatif existe sans qu'il faille se prononcer sur l'admissibilité des autres postes de dépenses allégués en sus du minimum vital déjà pris en considération. En plus de la condition formelle de l'indigence qui apparaît dès lors comme réalisée, il doit être également admis que 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) et que les circonstances de fait et de droit justifiaient le soutien d'une mandataire professionnelle.

La requête peut dès lors être admise et la recourante mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais de procédure sont ainsi provisoirement supportés par le canton de Berne au titre de l'assistance judiciaire et l'avocate représentant la recourante est désignée en tant que mandataire d'office.

**9.2.3** L'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens (ORD, RSB 168.811) prévoit un cadre de Fr. 400.- à Fr. 11'800.- pour les procédures relevant du droit des assurances sociales. Dans sa note d'honoraires du 13 décembre 2017, portant sur un laps de temps du 4 avril au 13 décembre 2017, la mandataire de la recourante fait valoir un montant d'honoraires total de Fr. 9'557.95 (correspondant à des honoraires de Fr. 8'285.55 pour 27 heures et 28 minutes de travail auquel s'ajoutent une somme des débours pour un montant de Fr. 564.90, ainsi que la TVA de Fr. 707.50). Compte tenu de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, il faut considérer

qu'un temps de travail de 15 heures au tarif de Fr. 290.-, auquel s'ajoutent Fr. 150.- de débours, est objectivement approprié pour la rédaction d'un mémoire de recours (dont par ailleurs la question préjudicielle visant à la restitution de l'effet suspensif était d'emblée dépourvue de chances de succès), les échanges d'écritures nécessaires requis par l'objet de la contestation et la requête d'assistance judiciaire. Au vu de ce qui précède, les dépens pour la présente procédure peuvent donc être fixés à Fr. 4'860.- (honoraires de 4'350.- [15 h à Fr. 290.-], débours de Fr. 150.- et TVA de Fr. 360.-). Eu égard à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 132 I 201 c. 8.7), la caisse du Tribunal versera la somme de Fr. 3'402.- au titre du mandat d'office (honoraires: Fr. 3'000.- [soit 15 heures à Fr. 200.-], débours: Fr. 150.- et TVA: Fr. 252.-; voir aussi les art. 41 et 42 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11], l'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811] et l'ordonnance cantonale du 20 octobre 2010 sur la rémunération des avocates et avocats commis d'office [ORA, RSB 168.711]).

**9.2.4** La recourante doit toutefois être rendue attentive à son obligation de remboursement (envers le canton et son avocate) 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 renvoi de l'art. 112 al. 2 LPJA).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire est admise et Me B. \_\_\_\_\_ est désignée comme mandataire d'office.
3. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. Il n'est pas alloué de dépens.

5. Les honoraires de Me B.\_\_\_\_\_ sont fixés à Fr. 4'350.-, auxquels s'ajoutent des débours par 150.- et la TVA; la caisse du tribunal lui versera la somme de Fr. 3'402.- (Fr. 3'000.- honoraires, Fr. 150.- de débours et Fr. 252.- de TVA), au titre de son activité de mandataire d'office. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.

6. Le présent jugement est notifié (R):

- à la mandataire de la recourante,
- à l'intimé,
- à l'Office fédéral des assurances sociales,

Et communiqué (A):

- [...].

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).