

200.2017.51.AI

BEP/BEJ

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

**Jugement du 13 août 2018**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
Ph. Berberat, greffier



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

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 1<sup>er</sup> décembre 2016

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1967, mère de trois enfants (nés en 1988, 1990 et 1997), vivant séparée de son mari depuis 2016, ouvrière sans formation professionnelle, a subi le 17 janvier 1997 une chute ayant provoqué une entorse du genou gauche. Par la suite, plusieurs arthroscopies ont été pratiquées et une hémiprothèse a été posée au genou gauche le 28 mars 2011. La Suva, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, a pris en charge les conséquences de l'accident et a alloué à l'assurée le 29 juin 2007 une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 12,5%, puis, par décision du 16 avril 2012, une IPAI supplémentaire de 7,5% en raison de l'aggravation du handicap à la suite de la pose de l'hémiprothèse. Dans la même décision, la Suva a cependant nié le droit à une rente d'invalidité selon la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA, RS 832.20), au motif que les séquelles de l'accident ne réduisaient pas la capacité de gain de manière importante. Cette décision a été confirmée par décision sur opposition du 29 juin 2012, puis par jugement du 17 juin 2013 du Tribunal administratif du canton de Berne (TA; JTA LAA/2012/723).

**B.**

Le 3 mars 2007, l'assurée a déposé une demande de rente de l'assurance-invalidité (AI) en indiquant des lésions au ménisque gauche datant de 1997. Saisi de la demande, l'Office AI Berne a recueilli les avis médicaux des médecins ayant traité l'assurée, puis a ordonné une enquête économique sur le ménage. Sur la base d'un statut mixte de 50% d'activité professionnelle et 50% de tenue du ménage et d'un degré d'invalidité global et pondéré de 14%, l'Office AI Berne, par décision du 31 janvier 2008, a rejeté la demande de rente. Par jugement du 5 juin 2009 (JTA AI/2008/6428), le TA a annulé cette décision et a renvoyé le dossier à l'administration en vue d'une instruction médicale et économique complémentaire. Reprenant l'instruction du dossier, l'Office AI Berne a confié des expertises à un chirurgien orthopédiste et à un centre

d'observation médicale de l'AI (COMAI; le Centre [...] [ci-après: premier COMAI]; expertise du 11 novembre 2010). Il a aussi recueilli d'autres renseignements auprès des médecins traitants de l'assurée, édité le dossier de la Suva (comprenant notamment un rapport du 6 février 2012 d'une clinique de réadaptation [...]) et consulté son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR). Une nouvelle enquête économique sur le ménage a par ailleurs été effectuée. Dans une décision du 28 septembre 2012 confirmant une préorientation du 2 mai 2012, nonobstant les objections d'un mandataire de l'assurée, l'Office AI Berne a finalement derechef rejeté la demande en fonction d'un statut mixte 50%/50% et d'un degré d'invalidité de 14%. Cette décision a été confirmée par jugement du TA du 17 juin 2013 (JTA AI/2012/1038).

### **C.**

Le 4 septembre 2013, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office AI Berne, invoquant une forte aggravation de l'état de son genou gauche et produisant un certificat du 2 septembre 2013 de son médecin généraliste traitant, qui indiquait une accentuation des sacralgies et des douleurs au genou gauche ainsi qu'une importante hypotrophie du quadriceps. Après avoir rassemblé de nouveaux avis médicaux auprès des médecins consultés par l'assurée, sur recommandation du SMR, l'Office AI Berne a organisé une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire (médecine interne, neurologie, orthopédie, psychiatrie et rhumatologie) auprès d'un centre médical spécialisé ([...] ci-après: deuxième COMAI), qui a rendu son rapport en date du 14 juin 2016 et l'a complété le 12 juillet 2016 en fonction des questions complémentaires posées par l'Office AI Berne. Sur cette base, par préorientation du 20 octobre 2016, ce dernier a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de rente, ce à nouveau en se fondant sur un statut mixte 50%/50% et un degré d'invalidité global de 14%, considérant par ailleurs en substance que selon les nouvelles pièces médicales à disposition, dont l'expertise du 14 juin/12 juillet 2016, l'état de santé de l'assurée n'avait pas subi de modifications objectives et notables avec répercussion sur la capacité de travail théorique, mais qu'il s'agissait d'une

autre appréciation d'un état de fait essentiellement inchangé. L'Office AI Berne a confirmé le contenu de cette préorientation par décision du 1<sup>er</sup> décembre 2016.

#### **D.**

Le 17 janvier 2017, l'Office AI Berne a transmis au TA, en vue de son traitement en tant que recours de droit administratif, un acte du 12 janvier 2017 par lequel l'assurée, représentée par un avocat, avait formé des objections contre la décision précitée du 1<sup>er</sup> décembre 2016 et conclu, sous suite des frais et dépens, à l'octroi de trois quarts de rente d'invalidité pour une durée indéterminée dès le 4 septembre 2013. Le 1<sup>er</sup> février 2017, la recourante, par son mandataire, a complété et précisé son acte de recours en concluant au surplus au constat d'un degré d'invalidité de 62,5% et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé afin qu'il ordonne une nouvelle enquête ménagère et qu'il statue à nouveau. Le même jour, elle a par ailleurs déposé une requête d'assistance judiciaire totale.

Dans son mémoire de réponse du 29 mars 2017, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours.

Le 25 avril 2017, le mandataire de la recourante a fait parvenir sa note d'honoraires au TA.

#### **En droit:**

##### **1.**

**1.1** La décision du 1<sup>er</sup> décembre 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie (matériellement) le droit de la recourante à une rente d'invalidité à la suite d'une nouvelle demande. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et l'octroi de trois quarts de rente d'invalidité – la

conclusion au constat d'un degré d'invalidité de 62,5% devant être considérée comme une motivation à l'appui de cette conclusion principale – et, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. Sont particulièrement critiqués le fait que l'Office AI Berne n'ait pas suivi les conclusions des experts médicaux quant à l'incapacité de travail de 50% de la recourante, ainsi que l'application par l'intimé de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité.

**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 légitimé, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

**1.3** Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

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

## **2.**

**2.1** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation 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).

**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 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPG) 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.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré exerçant une activité lucrative aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale de comparaison des revenus; art. 16 LPG; ATF 130 V 343 c. 3.4.2, 128 V 29 c. 1). Selon l'art. 28a al. 3 LAI, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPG. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts de l'activité lucrative ou du travail non rémunéré dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; ensuite, le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (méthode dite "mixte" d'évaluation de l'invalidité; ATF 144 I 21 c. 2.1, 142 V 290 c. 4).

**2.3** 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). 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).

**2.4** Il incombe tout d'abord au médecin (expert) d'évaluer l'état de santé et, si nécessaire, de décrire son évolution dans le temps, c'est-à-dire de réunir les résultats des investigations en procédant à un examen médical selon les règles de l'art, en tenant compte des plaintes subjectives, puis de poser un diagnostic en se fondant sur ces résultats. En cela, l'expert accomplit sa tâche spécifique, pour laquelle l'administration et les tribunaux ne sont pas compétents. Le médecin n'a en revanche pas la compétence de statuer en dernier ressort sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Il se contente bien plus de prendre position sur l'incapacité de travail, à savoir de procéder à une évaluation qu'il motive de son point de vue le plus substantiellement possible. En fin de compte, les données fournies par le médecin constituent un élément important pour l'appréhension juridique de la question des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré. Au besoin, afin de déterminer la capacité économiquement exploitable, il convient de recourir, en complément du dossier médical, aux spécialistes de l'intégration et du conseil professionnels (ATF 140 V 193 c. 3.2).

**2.5** 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 preuves 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).

L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 138 V 218; SVR 2017 UV n° 20 c. 3.2).

**2.6** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Si l'administration accepte d'entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations de l'AI, elle doit examiner la cause quant au fond (examen matériel) et vérifier si la modification du degré d'invalidité alléguée par l'assuré s'est réellement produite; elle procédera alors d'une manière analogue à celle qui est applicable à un cas de révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA (SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2). Si elle constate que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié depuis la décision précédente passée en force, elle rejette la nouvelle demande. Sinon, elle examine d'abord si la modification constatée suffit pour admettre, cette fois, une invalidité ouvrant droit à une rente et rend une décision en conséquence. En cas de recours, la même obligation d'examiner l'affaire quant au fond incombe aussi au juge (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1). 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 2017 IV n° 40 c. 5.2.2).

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. Un motif de révision est, selon les circonstances, également donné lorsqu'une autre manière d'évaluer l'invalidité trouve application ou en cas d'évolution dans les travaux habituels (ATF 141 V 9 c. 2.3, 130 V 343 c. 3.5).

### **3.**

Dans la mesure où la recourante invoque, à tout le moins implicitement, notamment que la décision attaquée est, formellement, insuffisamment motivée, son grief doit être rejeté. En effet, si l'obligation de motiver représente une part importante du droit d'être entendu au sens de l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101; voir aussi: art. 49 al. 3 LPG), il n'est pas nécessaire que tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties soient expressément exposés et discutés. En l'occurrence, les points importants en vue de l'appréciation figurent dans la décision. Ainsi que le démontre la motivation topique du recours, la décision du 1<sup>er</sup> décembre 2016 permet tout à fait de se faire une idée de sa portée et elle mentionne, au moins brièvement, les réflexions qui ont guidé l'Office AI Berne dans ses choix (ATF 136 I 229 c. 5.2, 124 V 180 c. 1a).

### **4.**

**4.1** A l'appui de sa décision contestée, l'intimé estime que le taux d'invalidité de 14% évalué dans la décision antérieure du 28 septembre 2012 n'a pas changé. Sur la base du rapport interdisciplinaire qu'il a lui-même requis, il est d'avis que l'état de santé de l'assurée n'a pas subi de

modifications objectives et notables avec répercussion sur la capacité de travail, et que les conclusions de l'expertise aboutissant à une incapacité de travail de 50% procèdent d'une autre appréciation d'un état de fait essentiellement inchangé. L'intimé considère à cet égard qu'il ressort des conclusions de l'expert rhumatologue que l'exercice d'une activité adaptée est toujours exigible à 100% et que concernant les problèmes psychiques, il n'y a pas non plus de changement objectif de l'état de santé de la recourante. Dans son mémoire de réponse du 29 mars 2017, l'Office AI Berne précise encore que l'allégation de la recourante d'un nouveau diagnostic psychiatrique émanant de l'expertise du 14 juin 2016 ne constitue pas en lui-même une aggravation notable de l'état de santé susceptible d'ouvrir le droit à une rente, au sens de l'art. 17 LPG. L'intimé fait valoir qu'un diagnostic psychiatrique similaire de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, avait déjà été mentionné dans le rapport du 6 février 2012 de la clinique de réadaptation, mais sans répercussion sur la capacité de travail, et qu'en comparant l'état de santé à la date de la décision du 28 septembre 2012 avec celui actuellement présent sur le plan psychiatrique, une modification notable n'est pas objectivement donnée avec une vraisemblance prépondérante.

**4.2** La recourante ne remet pas en cause l'expertise interdisciplinaire du 14 juin 2016 ordonnée par l'Office AI Berne, mais fait au contraire grief à l'intimé de s'en être distancié dans l'évaluation de la capacité de travail et dans la négation d'une péjoration de son état de santé, alors que les experts indiquent clairement une détérioration de son état psychique depuis 2014. Selon elle, cette détérioration serait évidente, dans la mesure où l'expertise du premier COMAI du 11 novembre 2010 sur laquelle se basait la décision de l'intimé du 28 septembre 2012 n'avait pas constaté d'atteinte à la santé psychique; pour cette raison, on ne saurait pas non plus parler d'une appréciation différente, dans l'expertise du 14 juin 2016, d'un état de fait inchangé, comme l'allègue l'intimé. Toujours d'après la recourante, il conviendrait donc de se fonder sur la capacité de travail résiduelle de 50%, telle qu'elle a été estimée par l'expertise du 14 juin 2016 en fonction du syndrome douloureux somatoforme persistant et du trouble dépressif récurrent d'intensité modérée qui, selon les experts, perdure depuis 2014.

**4.3** En l'espèce, d'une manière analogue à celle qui est applicable à un cas de révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA, il convient d'examiner (matériellement) si un changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité s'est produit entre la décision de l'Office AI Berne du 28 septembre 2012 (niant le droit de la recourante à une rente d'invalidité) et la décision litigieuse du 1<sup>er</sup> décembre 2016, puisque l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de rente déposée par la recourante le 4 septembre 2013 (voir ci-dessus c. 2.6).

## **5.**

**5.1** La décision du 28 septembre 2012 par laquelle l'intimé niait le droit de la recourante à une rente d'invalidité, confirmée par le jugement de la Cour de céans du 17 juin 2013 (JTA AI/2012/1038 précité), se fondait principalement sur l'expertise du premier COMAI du 11 novembre 2010 et sur les constatations convergentes figurant dans le rapport de la clinique de réadaptation du 6 février 2012, ainsi que sur l'enquête économique sur le ménage effectuée le 15 mars 2011 par le Service des enquêtes de l'Office AI Berne (rapport du 10 janvier 2012). L'expertise pluridisciplinaire du premier COMAI synthétisait le résultat d'examens effectués en août 2010 sur les plans de la médecine interne, de la psychiatrie, de la neurologie/neuropsychologie et de la rhumatologie, et diagnostiquait une gonarthrose accentuée au plan médial après une méniscectomie gauche, un cam-impingement à la hanche gauche et des signes cliniques d'un impingement de l'épaule gauche, tout en soulignant de nombreux indices d'autolimitation et d'accentuation des douleurs observés à l'examen rhumatologique et déjà constatés antérieurement au dossier AI. Les experts n'estimaient pas que ces autolimitations importantes puissent être l'expression d'une maladie psychique autonome et excluaient également toute particularité sur les plans neurologique (excepté la perte connue de sensibilité au niveau du nerf saphène gauche) et neuropsychologique. Ils concluaient que la place de travail de l'assurée devait lui offrir la possibilité de se lever occasionnellement et de faire quelques pas, idéalement sans travaux en dessus de la hauteur des épaules et qu'à ces conditions, une capacité de travail demeurerait possible à temps complet. Le rapport de la

clinique de réadaptation du 6 février 2012 posait pour sa part le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour gonalgies gauches et mentionnait au surplus notamment la pose d'une hémiprothèse du genou gauche le 28 mars 2011, une neurolyse du nerf saphène interne le 16 juin 2009, une infiltration d'un névrome du nerf saphène gauche le 18 août 2008, une ostéotomie de valgisation gauche le 21 février 2006, des arthroscopies pour méniscectomies en 2004 et 2005, un pincement articulaire fémoro-acétabulaire gauche avec déchirure partielle du labrum, une rupture partielle du tendon court péronier droit et un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Les experts de la clinique de réadaptation n'attestaient une incapacité de travail à 100% que pour la durée de l'hospitalisation et, selon eux, la situation était en l'état stabilisée et un retour au travail progressif envisageable dans une activité sédentaire avec la possibilité d'alterner les postures assise et debout dans des intervalles de 30 minutes en évitant les ports de charges de plus de 5 kg et la marche sur des terrains irréguliers, des échelles ou dans des escaliers. Les experts relevaient cependant un déconditionnement professionnel faisant obstacle à tout projet de réadaptation.

**5.2** Dans le cadre de l'instruction matérielle de la nouvelle demande de l'assurée du 4 septembre 2013, l'Office AI Berne a procédé à une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire (médecine interne, neurologie, orthopédie, psychiatrie et rhumatologie), produite par le deuxième COMAI le 14 juin 2016 et complétée le 12 juillet 2016. Dans leur rapport, les experts mandatés par l'AI ont diagnostiqué, en tant qu'atteintes avec influence essentielle sur la capacité de travail, des gonalgies gauches chroniques avec mise en place d'une hémi-prothèse du genou gauche pour gonarthrose fémoro-tibiale interne, un syndrome douloureux somatoforme persistant (TSD; ch. F45.4 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) et un trouble dépressif récurrent d'intensité modérée (ch. F33.2 CIM-10).

**5.2.1** Dans leur appréciation du cas, les experts constatent en substance que l'atteinte à la santé est multiple, avec participation psychiatrique, orthopédique et neurologique. Sur le plan neurologique, il est décrit

essentiellement une neuropathie du nerf saphène interne gauche post-chirurgicale et une hernie discale L4-L5 gauche avec une atrophie au niveau du segment crural gauche, et relevé que les plaintes de l'assurée sont dominées par des douleurs multifocales, sans net caractère neuropathique ni substrat neurologique. L'expert neurologue conclut qu'il n'y a donc pas de diagnostic neurologique ni de limitation fonctionnelle sur ce plan. Du point de vue orthopédique, l'expert relève une méniscectomie à gauche effectuée en 2004 et reprise en 2005, ainsi qu'une gonarthrose interne pour laquelle une ostéotomie tibiale de valgisation d'ouverture interne a été pratiquée et une prothèse unicompartimentale interne mise en place en 2011. Il constate en substance que le résultat est décevant et que, radiologiquement, l'implant tibial médial est manifestement trop grand, dépassant antérieurement dans un contexte de rotule légèrement basse sur une articulation fémoro-tibiale ostéopénique. Il est d'avis qu'une partie des douleurs persistantes peut être expliquée par un conflit antérieur lié à la rotule basse et à un implant tibial trop grand, l'ensemble entraînant un conflit au voisinage de l'extension et probablement une chondropathie fémoro-patellaire de surcharge. Il estime qu'il s'agit clairement d'un résultat assez médiocre pour une prothèse unicompartimentale. Concernant la capacité de travail, l'expert considère qu'on ne peut exiger de la patiente qu'un travail assis, toute activité debout n'étant pas possible et ne serait également pas possible même après un changement prothétique entraînant un éventuel meilleur résultat. Il conclut que dans une activité assise, au vu de l'absence de trouble somatique handicapant au niveau du rachis et des membres supérieurs, la capacité de travail est totale du point de vue orthopédique, avec une diminution de rendement de 20% liée à la difficulté de déplacement. L'experte psychiatre relève pour sa part que dans l'expertise effectuée le 11 novembre 2010 à la demande de l'AI, hormis un status démonstratif, les experts n'avaient pas trouvé de trouble psychiatrique ni neurologique, et que la capacité de travail avait alors été estimée entière. Elle précise qu'une hospitalisation dans une clinique rhumatologique, en septembre 2012, avait mis en évidence les différents aspects pour parler d'une fibromyalgie selon les rhumatologues et qu'en outre, un rapport du psychiatre traitant (rapport du 3 février 2014 à l'attention de l'Office AI Berne) mettait quant à lui en évidence les difficultés psychiatriques et psychosomatiques de l'expertisée. L'experte ajoute que

lors d'un entretien téléphonique du 19 mai 2016 avec le psychiatre traitant, ce dernier avait estimé que la symptomatologie psychiatrique de l'expertisée restait inchangée par rapport à son évaluation de 2014, mais qu'elle-même avait une appréciation différente tant dans l'ampleur de l'état dépressif que du trouble somatoforme douloureux, et qu'elle en avait fait part au psychiatre traitant. L'experte psychiatre poursuit en déclarant être en présence d'une expertisée qui développe depuis quelques années un trouble somatoforme douloureux persistant secondaire à des troubles orthopédiques et traumatologiques, et qu'elle souffre également d'un trouble dépressif récurrent d'intensité modérée depuis 2008, actuellement mieux géré avec l'aide de traitements psychiatrique et psychopharmacologique. Elle estime qu'actuellement, les limitations fonctionnelles entraînées par les problèmes psychiatriques sont au premier plan, consistant dans les douleurs chroniques disséminées provoquant une irritabilité, une difficulté de la gestion émotionnelle, une fatigabilité entraînant de la lenteur, une tolérance au stress diminuée et génératrice à son tour d'anxiété. Toutefois, la patiente lui paraît posséder des ressources, qui se reflètent dans la conservation de son intérêt pour certaines activités, que cela soit dans des domaines socialisés ou dans des activités en solitaire, le trouble somatoforme douloureux ainsi que le trouble dépressif n'envahissant pas l'ensemble des manifestations de sa vie quotidienne. En conclusion, au vu des limitations fonctionnelles modérées entraînées par les troubles psychiques, l'experte estime que l'incapacité de travail de l'assurée est de 50%. De son côté, l'expert rhumatologue constate que la patiente présente des cervico-lombalgies chroniques non spécifiques, à savoir qu'il n'y a actuellement pas d'élément orientant vers une étiologie inflammatoire, neurocompressive, tumorale ou infectieuse. Il précise que l'étiologie de la symptomatologie douloureuse est difficile à mettre en évidence, compte tenu que les diverses hypothèses à l'origine des douleurs n'ont pu être vérifiées, notamment par les arthroscopies et les interventions orthopédiques. Il conclut que d'un point de vue uniquement rhumatologique, compte tenu de l'hémi-arthroplastie du genou gauche, l'assurée n'est pas en mesure d'effectuer d'activités en position accroupie ou à genou, en position debout, nécessitant de la marche, ou la montée et la descente d'escaliers de manière répétitive. Pour une activité sédentaire assise, la capacité de travail d'un point de vue rhumatologique est estimée

complète, avec une diminution de rendement de 20%, compte tenu de la vitesse de déplacement à pied réduite.

**5.2.2** Dans leur appréciation interdisciplinaire, les trois expertes qui y ont participé estiment essentiellement que l'hémiprothèse médiale gauche posée en 2011 a permis une nette diminution des douleurs de la recourante, mais qu'il subsiste malgré tout un handicap contre-indiquant toute activité debout ou nécessitant de la marche. Elles concluent à l'impossibilité pour elle de reprendre son ancien travail dans l'horlogerie, qui comportait en 1997 des ports de charges lourdes. Selon elles, l'assurée est apte à reprendre une activité légère adaptée, assise, avec possibilité de changer de position. En ce qui concerne le ménage, elles soulignent que l'évaluation est difficile, étant donné qu'elle bénéficie de l'aide de sa mère, de sa fille et occasionnellement de son mari, et s'alignent sur les résultats des enquêtes ménagères de 2007 et 2011 qui concluent à un empêchement respectif de 17% et 18%; les expertes précisent cependant que la tenue du ménage à domicile se distingue d'un emploi en tant que femme de ménage, et que ce dernier ne serait pas du tout adapté à la situation de l'assurée. Sur le plan psychiatrique, elles observent que l'appréciation de la capacité de travail et la reconstitution chronologique est rendue difficile en raison de la discordance d'appréciation avec le psychiatre traitant dans le rapport de ce dernier du 3 février 2014, que ces discordances ont été discutées dans le colloque de synthèse multidisciplinaire et que leur évaluation de l'impact du trouble dépressif sur la capacité de travail diffère de l'avis du psychiatre traitant de l'assurée, celui-ci estimant que la capacité de travail est de 0% depuis 2008 et que la situation actuelle est la même que celle décrite dans son rapport de 2014. Les expertes estiment quant à elles que la capacité de travail actuelle est de 50%, compte tenu des ressources de l'assurée et de sa capacité à maintenir une insertion sociale et familiale. Par ailleurs, elles relèvent expressément que l'expertise multidisciplinaire (y compris psychiatrique) de 2010 et le rapport de la clinique de réadaptation en 2012 ne mentionnent pas de pathologie psychiatrique et qu'ainsi, en tenant compte de l'avis du psychiatre traitant qui estime que la situation actuelle est superposable à celle de 2014, elles considèrent que la recourante présente une capacité de travail de 50% dans un travail adapté depuis 2014.

**5.2.3** Par courrier du 5 juillet 2016, l'Office AI Berne a invité le deuxième COMAI à compléter son rapport du 14 juin 2016 en se prononçant sur la question de savoir si l'état de santé de l'assurée avait changé objectivement depuis la dernière décision de refus de rente rendue le 28 septembre 2012 sur la base de l'expertise du premier COMAI du 11 novembre 2010 et du rapport d'examen du SMR du 15 décembre 2011.

Dans leur réponse du 12 juillet 2016, les expertes ont précisé que par rapport à 2010, 2011 et 2012, l'état de santé de l'assurée s'était modifié avec la pose de l'hémiprothèse du genou en mars 2011 et l'opération de la cheville droite en février 2014, l'effet de ces interventions ayant été une diminution des douleurs et une amélioration de la mobilité. Néanmoins, pour le surplus, elles soulignent qu'elles estiment en tout cas, comme elles l'ont signalé en conclusion de leur expertise, qu'il y a bien eu une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée, qu'elle date de 2014 et qu'il en résulte une capacité de travail de 50% dans la mesure d'un travail adapté.

**5.3** Cela étant, dans son ensemble et contrairement à l'avis de l'intimé, on doit admettre la force probante de l'expertise du 14 juin 2016. Elle remplit les conditions formelles exigées par la jurisprudence (voir ci-dessus c. 2.5) et fournit les renseignements et évaluations devant permettre à l'administration et au juge d'estimer le caractère invalidant des atteintes à la santé et, en l'occurrence particulièrement, l'évolution de ces atteintes et de leurs répercussions sur la capacité de travail de l'assurée depuis la dernière décision matérielle de refus de rente du 28 septembre 2012 (SVR 2013 IV n° 44 c. 6.1.2 et 6.1.3). Elaborée sur la base d'examens personnels de l'assurée effectués par chacun des experts dans sa discipline respective, elle comporte une anamnèse précise sur les plans familial, personnel, systématique, psychosocial, professionnel et actuel. Les autres nombreux avis médicaux antérieurs figurant au dossier ont été largement retranscrits dans l'expertise, démontrant une étude fouillée et consciencieuse du dossier. Les experts, dont les qualifications ne peuvent être mises en doute, ont également soigneusement consigné les plaintes subjectives de la recourante, tout comme les observations objectives découlant des différents examens dans chaque discipline médicale. Le

contexte médical est clairement décrit et les conclusions des experts et du colloque de synthèse motivées. Ces conclusions, tant sur le plan des diagnostics que du profil d'exigibilité d'une activité adaptée et de la capacité de travail, se fondent sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assurée par le biais tant des avis médicaux antérieurs que des éléments rapportés à l'anamnèse et des plaintes subjectives exprimées, et restituent de manière claire l'ensemble des faits qui s'en dégagent. Les conclusions de synthèse des expertes sont détaillées, bien étayées, s'avèrent logiques et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Au regard des conditions définies en la matière par la jurisprudence, pleine et entière valeur probante peut dès lors être reconnue à cette évaluation spécialisée pluridisciplinaire.

**5.4** En conséquence, l'intimé ne peut être suivi lorsqu'il s'écarte des conclusions des expertes sans apporter de motivation véritablement convaincante à son appréciation selon laquelle l'état de santé de l'assurée n'aurait pas subi de modifications objectives et notables avec répercussion sur la capacité de travail depuis la décision antérieure du 28 septembre 2012. En particulier, contrairement à ce qu'allègue l'Office AI Berne, il ne s'agit en l'occurrence aucunement d'une appréciation différente d'un état de fait essentiellement inchangé qui, selon la jurisprudence constante, ne justifie pas une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 c. 2.3; SVR 2014 UV n° 7 c. 2.2). Certes, comme l'expertise du 14 juin 2016 l'indique, il convient de reconnaître que du point de vue uniquement somatique, la recourante dispose d'une capacité de travail complète avec une diminution de rendement de 20% résultant de ses difficultés de déplacement; sur ce plan, on ne distingue effectivement pas de péjoration de la situation par rapport à celle qui est décrite dans l'expertise du premier COMAI du 11 novembre 2010 et, également, dans le rapport de la clinique de réadaptation du 6 février 2012. Manifestement, il en va toutefois différemment sur le plan psychique. En effet, l'expertise du premier COMAI du 11 novembre 2010 nie catégoriquement la présence chez l'assurée d'une quelconque atteinte psychique durable susceptible d'influencer sa capacité de travail, même si quelques symptômes dépressifs passagers et sporadiques en réaction aux atteintes somatiques de la patiente sont

relevés dans l'anamnèse (dossier [dos.] AI 74.1 p. 25). Le rapport de la clinique de réadaptation du 6 février 2012 indique quant à lui un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive comme diagnostic secondaire, dans lequel la convocation au séjour en clinique semblait, d'après le psychiatre de la clinique, avoir joué un rôle aggravant. Les médecins de la clinique de réadaptation n'attestent cependant, d'un point de vue interdisciplinaire, qu'une incapacité de travail de 100% pour la durée du séjour hospitalier du 4 au 25 janvier 2012, et pas au-delà (dos. AI 92.2 p. 4). Or en l'occurrence, les expertes du deuxième COMAI ont souligné une aggravation de l'état de santé psychique de leur patiente en pleine connaissance du dossier médical de l'AI et, en particulier, de l'expertise du premier COMAI du 11 novembre 2010, du rapport de la clinique de réadaptation du 6 février 2012 et de celui du psychiatre traitant du 3 février 2014. Sur demande expresse de l'intimé, elles l'ont encore confirmé dans leur complément d'expertise du 12 juillet 2016 (voir ci-dessus c. 5.2.3). On relèvera encore que l'expertise du premier COMAI du 11 novembre 2010 était parvenue à une absence de caractère invalidant surtout en raison des autolimitations dont l'assurée faisait preuve et, qu'à cet égard, les experts somaticiens ayant réalisé l'expertise du deuxième COMAI du 14 juin 2016 ont certes aussi relevé des incohérences (sourires, longue position assise, pas d'empêchement pour se relever et s'habiller) en contradiction avec les maux invoqués. Ces observations ont du reste étayé leur évaluation somatique de la capacité de travail. Malgré cela, l'experte psychiatre, qui en avait connaissance, n'a pas retenu ces comportements comme excluant toute incapacité de travail, en insistant sur le caractère devenu chronique des atteintes psychiques.

**5.5** Enfin, il faut retenir que l'expertise du 14 juin 2016, diagnostiquant des troubles psychiques (TSD et trouble dépressif récurrent d'intensité modérée; voir ci-dessus c. 5.2) à l'origine de l'incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée comme l'ont décrite les expertes, s'est conformée à la jurisprudence récente du Tribunal fédéral (TF) en la matière. D'après celle-ci, 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). Dans ce contexte, 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; en effet, le TF a reconnu dans sa jurisprudence que désormais, tous les troubles psychiques (dont le diagnostic ne revêt en général pas un caractère d'une haute objectivité, ni sous l'angle des sciences naturelles, ni sous celui des tests psychologiques) doivent être soumis, pour l'appréciation de leur caractère invalidant, aux indicateurs d'évaluation structurée applicables aux TSD et affections assimilées (dites "psychosomatiques", ce terme ayant par ailleurs été banni de la CIM-10) au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 409 c. 4.3, 143 V 418 c. 4.1.2, 7.1 et 7.2). Le TF a aussi proscrit la scission des troubles psychiques dans l'analyse de leur caractère invalidant, ce dernier devant être apprécié au vu des répercussions de l'état de santé dans sa globalité sur la capacité de travail et de gain de la personne assurée (ATF 143 V 418 c. 8.1; TF 9C\_596/2016 du 26 septembre 2017 c. 5.1).

**5.6** Il s'ensuit que l'approche de l'intimé, consistant à s'écarter des conclusions de l'expertise du 14 juin 2016 en prétendant un manque de constatations objectives nouvelles de la part des expertes du deuxième COMAI, qu'une modification notable n'est pas survenue depuis la dernière décision du 28 septembre 2012 et qu'il s'agit d'une autre appréciation des expertes d'un état de fait psychiatrique essentiellement inchangé (mémoire de réponse du 29 mars 2017 ch. 7), ne peut à l'évidence pas être partagée. Les expertes ont elles-mêmes expressément affirmé qu'une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée datait de 2014. L'évaluation de la capacité de travail opérée par l'Office AI Berne, s'écarter de la proposition étayée et confirmée de l'expertise, sans procéder à aucune mesure probatoire supplémentaire remplissant les exigences jurisprudentielles sur la force probante des avis médicaux, ne fait pas le poids face aux résultats

de synthèse probants du deuxième COMAI (TF 8C\_206/2017 du 9 juin 2017 c. 4.3). Toute administration de preuve médicale supplémentaire portant sur la situation jusqu'à la date déterminante de la décision contestée est superflue.

## **6.**

**6.1** Il résulte donc de ce qui précède que, par rapport à l'état de fait en présence lors de la première décision de refus de rente du 28 septembre 2012, l'état de santé de la recourante s'est manifestement péjoré, du point de vue psychique, dans une mesure susceptible d'influencer le droit à la rente. D'après l'expertise pluridisciplinaire probante du 14 juin 2016, il faut reconnaître à l'assurée une capacité de travail limitée à 50% depuis 2014 dans une activité adaptée telle que décrite par les expertes, à savoir sans port de charges, principalement assise, avec possibilité de changer de position régulièrement et sans devoir monter ou descendre des escaliers régulièrement. Un motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA est donc donné et ce depuis l'avis du psychiatre traitant du 3 février 2014, basé sur une consultation du 21 janvier 2014. C'est par conséquent à tort que l'intimé, dans la décision contestée du 1<sup>er</sup> décembre 2016, a derechef nié le droit à la rente de la recourante, motif pris que son état de santé n'avait pas subi de modifications objectives et notables avec répercussions sur la capacité de travail depuis la décision du 28 septembre 2012.

**6.2** La recourante conteste également l'évaluation de son invalidité en fonction du statut mixte. Elle fait valoir qu'avant son accident en 1998 [recte: le 17 janvier 1997], elle avait toujours travaillé à 100%, même lorsqu'elle avait des enfants en bas âge. Au surplus, elle indique que ses enfants sont actuellement tous majeurs, qu'elle s'est séparée de son mari en 2016 et qu'elle va entamer une procédure de divorce, ce qui rendrait évident que si elle en était capable, elle travaillerait aujourd'hui à 100% depuis plusieurs années.

Sur ce point, on précisera d'emblée qu'est déterminant pour l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité au sens de l'art. 28a al. 3 LAI (voir ci-dessus c. 2.2) au lieu de la méthode générale de comparaison des

revenus d'après l'art. 16 LPGA, non pas le taux d'activité qu'on pourrait raisonnablement exiger de l'assuré s'il était en bonne santé, mais le taux hypothétique, c'est-à-dire celui auquel il travaillerait sans atteinte à la santé, mais dans des circonstances identiques (ATF 133 V 504 c. 3.3). Au surplus, les personnes vivant seules qui réduisent volontairement leur taux d'activité ne sont pas automatiquement considérées comme des personnes travaillant à temps partiel et s'occupant du ménage en plus de leur activité lucrative. S'il y a lieu, dans un cas concret, d'admettre une activité lucrative à temps partiel sans activité habituelle supplémentaire, la méthode mixte ne s'applique pas (ATF 142 V 290 c. 7 en particulier).

En l'espèce, la recourante est mère de trois enfants nés respectivement en 1988, 1990 et 1997. Au moment où la décision contestée du 1<sup>er</sup> décembre 2016 a été rendue, sa fille cadette était âgée de 19 ans et en apprentissage, alors que les deux fils plus âgés avaient un emploi. En outre, elle a informé l'intimé en date du 29 juin 2016 qu'elle vivait désormais séparée de son mari (dos. AI 151), alors que l'expertise du 14 juin 2016 – rédigée après les examens personnels de la recourante ayant eu lieu en mars et avril 2016 – mentionnait encore dans l'anamnèse psychosociale (p. 10) que la famille de l'assurée vivait grâce au salaire du mari. La séparation du couple a encore été confirmée dans un courrier adressé le 1<sup>er</sup> novembre 2016 à l'Office AI Berne par la fille de la recourante, dans lequel celle-ci demandait des informations (dos. AI 157). Cela étant, avant de rendre la décision contestée du 1<sup>er</sup> décembre 2016, l'intimé n'a aucunement instruit cet aspect de l'évolution de l'état de fait par rapport à sa première décision du 28 septembre 2012 et s'est contenté de reprendre sans autre examen le statut mixte de 50% d'activité lucrative et 50% d'activité ménagère résultant de l'enquête sur le ménage effectuée le 15 mars 2011 (dos. AI 90/3), qui n'avait pas été contestée sur la question du statut (dos. AI 109/18). Or en l'occurrence, au vu des circonstances, il apparaît que pour la période couverte par l'objet de la contestation, le statut et la méthode de calcul de l'invalidité ainsi que leurs éventuelles fluctuations doivent à nouveau être investigués. La persistance du statut 50% d'activité lucrative et 50% d'activité ménagère ne s'imposant pour le moins plus avec une vraisemblance prépondérante. Il se justifie donc d'annuler la décision contestée pour ce motif également, car un

changement de statut de l'assurée, voire de l'application de la méthode de calcul de l'invalidité, représente un motif économique justifiant lui aussi une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.

## **7.**

**7.1** Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis, au sens de sa conclusion subsidiaire, et la décision de l'Office AI Berne annulée. Le dossier est renvoyé à ce dernier afin qu'il procède à une nouvelle évaluation de l'invalidité de la recourante en tenant compte d'une capacité de travail résiduelle de 50% de celle-ci à partir de janvier 2014 dans une activité adaptée telle que décrite par l'expertise du 14 juin 2016 (sans réduction supplémentaire de rendement), ainsi que d'un calcul de l'invalidité en fonction du statut à attribuer à la recourante après nouvelle instruction de ce point pour toute la période couverte par l'objet de la contestation (un éventuel droit à une rente ne pouvant naître au plus tôt que six mois après l'introduction de la demande de rente et non dès la demande, comme requis dans le recours; art. 29 al. 1 en relation avec l'art. 28 al. 1 LAI). En possession de toutes les données nécessaires, l'Office AI rendra une nouvelle décision. Pour le surplus, le recours est rejeté.

**7.2** Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Cette règle s'applique indépendamment de la question de savoir si la partie recourante a conclu au renvoi ou si sa conclusion au renvoi a été prise à titre principal ou à titre subsidiaire (SVR 2017 KV n° 9 c. 9.1). Assistée d'un avocat agissant à titre professionnel, la recourante a donc droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA. Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 25 avril 2017, qui ne prête pas à discussion, compte tenu de l'importance et de la complexité objectives de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, sont

fixés à Fr. 2'452.70 (honoraires de Fr. 2'181.60, débours de Fr. 89.40 et TVA de Fr. 181.68 [taux de 8% 2016 et 2017]).

**7.3** Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne, qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 et al. 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

**7.4** Vu l'issue de la procédure, la demande d'assistance judiciaire devient sans objet et doit donc être rayée du rôle.

**Par ces motifs:**

1. Le recours est partiellement admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Pour le surplus, le recours est rejeté.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 2'452.70 (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. La requête d'assistance judiciaire déposée pour la procédure de recours est rayée du rôle du Tribunal administratif.

5. Le présent jugement est notifié (R):

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

La présidente:

Le greffier:

**Voie de recours**

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