

**200.2017.890.AI**  
N° AVS  
BOA/REN

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

**Jugement du 6 juin 2019**

Droit des assurances sociales

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

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

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 8 septembre 2017



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1955, veuve depuis 2002, maman de trois enfants adultes, détentrice d'un CFC de cuisinière, a travaillé en tant que telle ou dans des emplois auxiliaires, avec des interruptions et à temps partiel lorsque ses enfants étaient petits, a été engagée en tant qu'ouvrière à environ 90% dans une entreprise spécialisée dans la fabrication d'engrenages, depuis le 25 octobre 1993 et jusqu'au 31 juillet 1996, terme pour lequel son contrat de travail a été résilié. Par la suite, après une période de chômage partiel, l'assurée a travaillé en tant qu'aide-cuisinière et femme de ménage à des taux fluctuants d'au plus 60%, jusqu'en janvier 2002. Depuis lors, elle n'a plus exercé d'activité lucrative.

Indiquant souffrir de fibromyalgie, l'assurée a déposé une demande de prestations AI datée du 28 janvier 1997 (reçue le 10 février 1997). Suite à la mise sur pied de diverses mesures d'instruction médicale, dont en particulier une expertise pluridisciplinaire dans un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI; en l'occurrence, le COMAI C. \_\_\_\_\_), et après avoir également procédé à une enquête sur le ménage, l'Office AI, par décision (sur opposition) du 27 août 2003/30 mars 2004, a octroyé à l'assurée à partir du 1<sup>er</sup> mars 1997, sur la base d'un degré d'invalidité de 60%, une demi-rente AI. Suite à l'entrée en vigueur de la 4<sup>ème</sup> révision de l'AI au 1<sup>er</sup> janvier 2004, par décision du 24 mai 2004, l'Office AI a constaté que le degré d'invalidité de 60% (correspondant à un trois quarts de rente selon le nouveau droit) n'impliquait aucune modification pour l'assurée, au bénéfice d'une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> février 2002 du fait de son veuvage.

Suite aux procédures de révision de rente initiées en 2007 et en 2012, l'Office AI est arrivé à la conclusion (décisions des 29 mai 2008 et 25 octobre 2012) que l'état de santé de l'assurée n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente.

## **B.**

En novembre 2015, l'Office AI a introduit une nouvelle procédure de révision de rente. Il a requis des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée puis sollicité l'avis médical du Service médical régional des offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR, rapport du 25 septembre 2016). Suivant en cela l'avis de son SMR, l'Office AI a requis, en novembre 2016, une nouvelle prise de position du rhumatologue traitant, qui a rédigé son rapport le 2 février 2017 et sur la base duquel le SMR a livré ses ultimes conclusions, le 7 mars 2017. Ainsi, considérant que l'état de santé de l'assurée s'était (momentanément) péjoré (incapacité de travail totale entre novembre 2016 et mars 2017) en raison d'une intervention chirurgicale au pied, puis (durablement) amélioré dès avril 2017 (capacité de travail de 80% moyennant une perte de rendement de 20% dans un emploi adapté), l'Office AI a informé l'assurée, dans un préavis du 8 mai 2017, qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière de l'AI limitée dans le temps, du 1<sup>er</sup> février au 30 juin 2017 (sur la base d'un degré d'invalidité de 100%) puis de lui supprimer toute rente AI dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017 (estimant que le degré d'invalidité de l'assurée n'était alors plus que de 32%). En dépit des objections formulées par l'assurée, l'Office AI, par décision formelle du 8 septembre 2017, a confirmé la teneur de son dernier préavis.

## **C.**

Par acte daté du 9 octobre 2017, l'assurée, représentée en justice, a recouru contre cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite de frais et dépens, elle a conclu à l'annulation de la décision rendue le 8 septembre 2017 par l'Office AI et au maintien de la rente entière accordée depuis le 1<sup>er</sup> février 2017, subsidiairement au renvoi de la cause à l'Office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, très subsidiairement à l'octroi d'un quart de rente depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2017, et, encore plus subsidiairement, à l'octroi de mesures de réadaptation.

Dans son mémoire de réponse du 30 novembre 2017, l'Office AI a conclu au rejet du recours. En maintenant ses précédentes conclusions, la recourante a répliqué le 29 janvier 2018 et fait parvenir au TA un nouveau rapport médical. Dans leurs prises de positions respectives (6 mars et 26 avril 2018), l'Office AI, auquel des questions complémentaires avaient été posées par la Juge instructrice, et la recourante ont confirmé leurs précédentes prises de position. L'Office AI a encore tenu à se déterminer par mémoire du 3 mai 2018. Le mandataire de la recourante a envoyé sa note d'honoraires le 26 avril 2018 et l'a complétée le 8 mai 2018.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision du 8 septembre 2017 de l'Office AI représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et prononce tout d'abord l'augmentation, sur la base d'un degré d'invalidité de 100%, du 1<sup>er</sup> février au 30 juin 2017, de la rente d'invalidité de l'assurée, versée jusque-là en fonction d'un degré d'invalidité de 60% (mais induisant depuis février 2002 l'octroi d'une rente entière en raison du veuvage de l'assurée, art. 43 LAI), puis la suppression de toute rente AI depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2017. L'objet du litige porte, quant à lui, sur l'annulation de cette décision et le maintien, pour la recourante, de la rente entière accordée depuis le 1<sup>er</sup> février 2017, ou, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, ou, très subsidiairement, sur l'octroi d'un quart de rente depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2017 ou, encore plus subsidiairement, sur la mise sur pied de mesures de réadaptation.

A ce stade, au vu du libellé des conclusions de la recourante, il apparaît que l'octroi d'une rente entière limitée dans le temps (du 1<sup>er</sup> février au 30 juin 2017) n'est pas contesté par les parties. Le pouvoir d'examen du juge n'est cependant pas restreint au point qu'il doive s'abstenir de se

prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause. En effet, l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige et le pouvoir d'examen du juge s'étend, sous réserve du respect du droit d'être entendu, aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 131 V 164 c. 2.2, 125 V 413 c. 2; VSI 2001 p. 274 c. 1a).

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

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

## **2.**

**2.1** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA).

**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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGGA) 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** 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 LPGGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGGA, et en particulier 7 al. 2 LPGGA, 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).

**2.4** 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 (ATF 141 V 9 c. 2.3, 130 V 343 c. 3.5). Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

**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). En fin de compte, la question décisive reste celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble; celle-ci ne peut être résolue, en droit des assurances sociales, que d'un point de vue juridique (ATF 144 V 50 c. 4.3).

**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).

### **3.**

#### **3.1**

Dans la décision contestée du 8 septembre 2017, intitulée "Augmentation puis suppression de la rente d'invalidité", l'Office AI a considéré qu'en raison d'une opération subie au pied droit, l'état de santé de la recourante avait connu une période de détérioration passagère de cinq mois (de novembre 2016 à mars 2017) durant lesquels l'assurée avait été dans l'incapacité totale de travailler. Fort de ce constat, l'Office AI a estimé qu'il y avait lieu, dans un premier temps, "d'augmenter" la rente perçue par l'assurée à une rente entière de l'AI (sur la base d'un degré d'invalidité de 100% au lieu de 60% jusqu'alors). Puis, estimant que, dès le 1<sup>er</sup> avril 2017, l'état de santé de l'assurée s'était (durablement) amélioré, l'intimé a retenu que le pensum exigible était désormais de 80% dans un emploi adapté moyennant un abattement de 15% (cet abattement retenu couvrant, de l'avis de l'intimé, la perte de rendement de 20% attestée par le SMR mais que l'Office AI n'a pas retenue comme telle [voir mémoire de duplique du 6 mars 2018 ch. 7]). Faisant application en l'espèce de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, sur la base de mêmes données statistiques pour le calcul du revenu avec et sans handicap (en réalité, l'intimé a procédé à des comparaisons de revenus en pour-cent), l'Office AI a évalué à 32% le degré d'invalidité de la recourante dès le 1<sup>er</sup> avril 2017, taux insuffisant à l'octroi d'une rente AI. Faisant référence à l'art. 88a RAI, l'Office AI a ainsi estimé qu'il y avait lieu d'octroyer une rente entière de l'AI à l'assurée du 1<sup>er</sup> février au 30 juin 2017, puis de supprimer toute rente AI dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017.

**3.2** L'assurée, quant à elle, conclut principalement à l'annulation de la suppression de toute rente AI depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2017. Elle estime en effet qu'au vu des nombreux maux dont elle souffre, c'est à tort que l'Office AI, en se fondant sur les conclusions non probantes du SMR (par ailleurs

diamétralement opposées à celles de son médecin traitant mieux à même d'apprécier la situation), a retenu que son état de santé s'était (durablement) amélioré. Dans ce contexte médical, elle avance que l'intimé, en relation avec sa santé psychique, a instruit la cause de manière insuffisante, ce qui nécessiterait un renvoi de la cause. Elle ne retient toutefois cette conclusion qu'à titre subsidiaire, au vu de son âge avancé et, en sus, de circonstances d'espèce défavorables (notamment absence du marché du travail depuis plus de 15 ans, profession apprise plus exigeable, nécessité d'exercer une activité à temps partiel peu exigeante physiquement, rendement réduit) qui, contrairement à l'avis de l'intimé, font obstacle à toute mise en valeur sa capacité de travail résiduelle, ce qui débouche sur la persistance d'une invalidité de 100%. Quoi qu'il en soit, se référant à l'estimation du médecin du SMR du 7 mars 2017 (capacité de travail de 80% avec une perte de rendement de 20%) et celle de l'intimé dans sa décision contestée (capacité de travail de 80% moyennant un abattement de 15%), l'assurée avance également que le raccourci opéré par l'Office AI (qui ne distingue pas la perte de rendement médicalement attestée de l'abattement) est erroné. Selon elle, il se justifierait ainsi de prendre en considération et la perte de rendement attestée par le SMR (de 20%) et l'abattement consenti par l'intimé (de 15%), d'où résulterait un degré d'invalidité de 46%, ouvrant un droit à quart de rente AI dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017 (conclusion très subsidiaire). Enfin, la recourante estime que l'Office AI ne pouvait lui supprimer sa rente AI, sans mise en œuvre, au préalable, de mesures de réadaptation (conclusion encore plus subsidiaire).

#### **4.**

**4.1** En l'espèce, s'agissant d'une (double) procédure de révision (matérielle) de rente au sens de l'art. 17 LPGA, il convient d'examiner si des changements sensibles de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité se sont produits depuis la décision initiale d'octroi de la rente AI en date du 27 août 2003 (cf. let. A) par rapport aux circonstances à la base de la décision litigieuse du 8 septembre 2017 – les procédures de révision closes par décisions des 29 mai 2008 et 25 octobre 2012 n'ayant

pas mis en œuvre un examen complet de l'état de santé de l'assurée (ATF 133 V 108 c. 5.4; SVR 2013 IV n° 44 c. 3.1.2). On peut d'emblée exclure, en l'espèce, l'existence d'un motif de révision d'ordre économique, tant sur le plan professionnel (dernier emploi occupé par l'assurée résilié en 2002) que sous l'aspect de la méthode de calcul ordinaire de l'invalidité (statut d'assurée exerçant une activité lucrative à plein temps depuis mai 2002). Il s'agit donc, dans un premier temps, de rappeler l'évolution de l'état de santé de l'assurée pendant toute la période couverte par l'objet de la contestation sur la base des documents au dossier.

**4.2** La décision du 27 août 2003, aboutissant à un degré d'invalidité de 60%, se fondait sur l'expertise pluridisciplinaire du COMAI (cf. let. A), dont les conclusions avaient été rédigées le 21 mars 2002.

Les experts y avaient relevé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail: un trouble somatoforme douloureux persistant de type fibromyalgie avec des douleurs articulaires multiples (F45.4 de la Classification statistique internationale des maladies et de problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11). Sans répercussion sur la capacité de travail, ils avaient mentionné une gonarthrose médiane gauche avec rupture du ligament croisé antérieur, un status après méniscectomie partielle gauche et après ostéotomie de valgisation de la tête du tibia (M17.1), des migraines sans aura, un status après syndrome du tunnel carpien bilatéral opéré à gauche en 1997 et un status après neurolyse prophylactique du nerf péroné gauche (G57.3). L'expert en rhumatologie avait mentionné que l'ensemble de la symptomatologie douloureuse éprouvée par l'assurée (douleurs cervicales, lombalgies basses chroniques, polyarthralgies), exacerbée en raison d'un phénomène d'amplification, s'inscrivait en avant-plan d'un syndrome fibromyalgique. Sous l'angle strictement rhumatologique, ce spécialiste avait estimé que la capacité de travail de l'assurée était de 60% dans son activité antérieure de cuisinière, alors que celle-ci atteindrait 90% dans une activité adaptée (aménageant la possibilité d'avoir des temps de repos, de changer fréquemment de positions). D'un point de vue psychiatrique, l'expert psychiatre avait relevé

des affects tout à fait adéquats chez l'assurée, la qualité de son récit exprimant, selon lui, l'aspect dramatique de certains événements avec authenticité et détresse. En présence de nombreux traumatismes affectifs survenus par le passé, d'une enfance difficile (père violent et mère peu aimante), l'expert avait mis en relation l'apparition concomitante d'un syndrome douloureux et d'un état dépressif avec la naissance du premier enfant de l'assurée, cet événement ayant déclenché une décompensation dépressive et douloureuse chez la recourante. L'expert psychiatre avait estimé, quant à lui, que la capacité de travail de l'assurée, d'un point de vue strictement psychiatrique, était de 40%, quel que soit l'emploi exercé.

Sous l'angle pluridisciplinaire, l'expertise du COMAI avait conclu que l'assurée était en mesure d'exercer la profession apprise (aide-cuisinière) à hauteur de 50%, moyennant certaines restrictions (activité variant les positions, n'imposant pas de travaux lourds ni le port de charges importantes, ne soumettant pas l'assurée à des nuisances sonores ou poussiéreuses et garantissant un cadre de travail bienveillant et compréhensif [sans exigence de rendement]).

A partir de ce profil, les calculs de taux résultant d'une enquête économique sur le ménage (rapport du 4 juillet 2001) aboutissaient à une invalidité de 57% de mars 1996 à avril 2001 (méthode mixte de calcul) et de 60% dès mai 2002 (méthode ordinaire de calcul).

**4.3** Entre le 27 août 2003 et le 8 septembre 2017 figurent au dossier les avis médicaux suivants:

**4.3.1** Au niveau des genoux, le rapport médical du 26 août 2006 rédigé suite à la pose d'une hémiprothèse fémoro tibiale gauche le 18 août 2006 a fait état d'une patiente jouissant, à sa sortie de l'hôpital, d'une bonne capacité de flexion (active/passive), au-delà de 90 degrés. En février 2007, le chirurgien opérateur a fait mention de seulement quelques douleurs résiduelles en présence de signes discrets d'ostéopénie et d'une éventuelle névralgie du nerf saphène. Ce même spécialiste a pratiqué, le 19 avril 2007, en raison de gonarthrose au niveau du genou droit (chondropathie fémorale médiane et chondropathie latérale tibiale), une ménissectomie partielle par arthroscopie.

**4.3.2** Dans son rapport daté du 4 décembre 2007 adressé à l'Office AI dans le contexte de la révision de rente de l'assurée, et en relation avec une visite médicale ayant eu lieu le 21 juin 2007, le rhumatologue traitant a mentionné un état de santé péjoré en liaison avec de nouvelles pathologies survenues. Il a ainsi notamment mentionné que l'assurée souffrait (désormais) de périarthropathies dans les deux genoux (de sévère intensité à gauche). Il a estimé également que le syndrome douloureux chronique généralisé était présent dans toutes les zones de la colonne vertébrale et dans les genoux (en sus des douleurs usuelles dues à l'arthrose). Tous ces éléments influençaient, selon ce spécialiste en rhumatologie, de manière importante la capacité de travail de la recourante. Dans un rapport subséquent daté du 16 mai 2008, ce même spécialiste a réitéré les diagnostics retenus en décembre 2007. En raison des limitations physiques endurées par la recourante (au niveau des genoux, de la colonne vertébrale, des extrémités inférieures et supérieures), il a estimé que l'assurée ne pouvait plus exercer une activité d'ouvrière d'usine. Il a considéré qu'une activité dans un atelier protégé à hauteur de 40% au maximum serait exigible, moyennant le fait que la recourante puisse changer de position.

C'est en se fondant sur ces derniers rapport médicaux que l'Office AI a estimé, en mai 2008, que la situation de l'assurée n'avait pas changé au point d'influencer son droit à une rente AI (degré d'invalidité de 60%).

**4.3.3** Au vu des douleurs éprouvées (à la mobilisation, à la mise en charge et durant la nuit) à l'arrière du pied gauche et de crampes/troubles de la sensibilité à l'avant du pied (documentées par une IRM), l'assurée a subi une opération au tendon d'Achille avec élimination des ossifications dans le ligament et résection d'une exostose, le 17 août 2009. En dépit d'une bonne cicatrisation et d'absence de douleurs et d'inflammation six semaines après l'opération (fin septembre 2009), l'assurée s'est plainte, fin octobre 2009, de douleurs accrues au niveau du talon.

**4.3.4** Sollicité dans le contexte d'une nouvelle révision de rente (cf. let. A) au sujet de l'évolution de l'état de santé de la recourante, entre 2008 et 2012, le rhumatologue traitant a mentionné, dans son rapport médical du 12 octobre 2012, une (très légère) péjoration de l'état de santé de sa

patiente dans la mesure où il estime que les douleurs éprouvées sont en recrudescence, au point de péjorer, à son sens, de manière significative, la qualité de vie de l'assurée. Avançant un pronostic négatif pour l'avenir, il a estimé que la recourante n'était plus en mesure d'exercer une activité lucrative sur un marché du travail équilibré, envisageant néanmoins l'éventualité d'un travail à 50% dans un atelier protégé.

C'est sur cette base, en octobre 2012, que l'Office AI a estimé que la situation de l'assurée n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente (degré d'invalidité de 60%).

**4.3.5** Dans son rapport médical du 12 juin 2013, le spécialiste en ophtalmologie, consulté en raison d'une vision altérée (perte de l'acuité visuelle monoculaire de nature transitoire), n'a pu déterminer si la recourante avait souffert d'une amaurose fugace (en raison d'une pression artérielle trop élevée) ou d'une migraine ophtalmique.

**4.3.6** Le 21 août 2014, le radiologue a mentionné que, d'un point de vue ostéo-articulaire, il était possible de superposer, au niveau du genou gauche, les résultats d'août 2014 à ceux de novembre 2012. Tout en relevant que la prothèse implantée ne s'était pas déplacée, il a néanmoins mentionné une chondrocalcinose dans le compartiment latéral du genou gauche. Au niveau du genou droit, il a fait part d'un rétrécissement marqué dans l'espace au niveau de l'articulation du genou, et de discrets éperons osseux au niveau des condyles fémoraux. Au vu de ces observations, il a retenu qu'il existait (dorénavant) une gonarthrose médiale et une arthrose débutante fémoro-patellaire. Les clichés radiologiques des deux mains réalisés en novembre 2014 ont mis en évidence l'absence notoire de signes d'arthrose dans la base du pouce (rhizarthrose). De légères altérations dégénératives dans les deux mains ont toutefois pu être mises en évidence au niveau de l'articulation scapho-trapézo-trapézoïdale et du pouce.

**4.3.7** Les clichés réalisés le 13 novembre 2014 au niveau de la colonne vertébrale cervicale ont mis en évidence une protrusion discale accompagnée d'arthrose, présente au niveau des vertèbres cervicales

(C4/5), dont découle un rétrécissement modéré du canal foraminal C5 à gauche.

**4.3.8** Le rhumatologue traitant a fait (nouvellement) état, dans son rapport du 6 janvier 2015, de la survenance, depuis le milieu de l'année 2014, de polyarthralgies en recrudescence au niveau des articulations des mains. Il a également évoqué un lien entre des troubles douloureux en recrudescence, des dysfonctionnements rénaux (micro-albuminurie) et un lupus érythémateux, nouvellement diagnostiqué chez l'assurée.

**4.3.9** En raison d'une arthrose avancée au niveau du genou droit (varus-gonarthrose), une héli-prothèse médiale a été implantée en novembre 2015. La consultation du 7 janvier 2016 chez le chirurgien opérateur a mis en évidence une récupération dans les normes, seules ayant été mentionnées, au niveau du genou, une tendance à enfler durant la journée et une sensation de tension. Le chirurgien a relevé que la patiente se plaignait de douleurs au talon droit (qui nécessiteront une intervention en novembre 2016, c. 4.3.11).

**4.3.10** Sollicité par l'intimé dans le contexte d'une nouvelle révision de rente (novembre 2015), le rhumatologue traitant a rédigé son rapport médical le 26 janvier 2016. Décrivant un état de santé variant entre stabilité et aggravation depuis sa dernière prise de position en janvier 2015, il a réitéré, au titre de pathologies ayant des répercussions sur la capacité de travail, la présence, chez la recourante, d'un trouble généralisé de la douleur (en énumérant les nombreuses zones douloureuses concernées) dans le contexte d'une fibromyalgie et d'un trouble somatoforme douloureux. Réitérant les conclusions arrêtées en janvier 2015, il a à nouveau évoqué la présence de polyarthralgies en recrudescence au niveau des articulations des doigts de la main qu'il a mises en lien (éventuel) avec un lupus érythémateux (voire une arthrite rhumatoïde, pathologie retenue au titre de diagnostic différentiel). Au niveau du genou droit, n'omettant pas de mentionner l'intervention de novembre 2015, il a retenu une périarthropathie, qu'il a également pu observer du côté gauche (dès lors qu'il estime même qu'elle est de sévère intensité). Excluant toute activité sur un marché du travail équilibré, ce spécialiste n'a pas exclu que sa patiente puisse exercer une activité de 50% (au maximum) dans un

atelier protégé, à raison de quatre heures par jour (réparties à raison de deux heures le matin et deux l'après-midi). Il a complété ses conclusions médicales (notamment concernant une leucopénie, l'amaurose fugace et la sécheresse de la bouche chez l'assurée qu'il met en liaison avec la fibromyalgie) dans un rapport subséquent daté du 2 février 2017.

**4.3.11** En raison de douleurs chroniques exacerbées au niveau du talon droit, dues à la présence d'une tendinose d'insertion du niveau du tendon d'Achille, une ostéotomie du calcanéum a été pratiquée le 14 novembre 2016. Après mobilisation sans charge durant quatre semaines, le médecin opérateur a préconisé une mise en charge progressive moyennant l'utilisation d'un plâtre spécial adapté pour la marche.

**4.3.12** Dans son rapport médical du 7 mars 2017 (complétant son avis médical du 25 septembre 2016), le rhumatologue du SMR a retenu les diagnostics suivants ayant une influence sur la capacité de travail de la recourante: une gonarthrose médiale au genou gauche et une arthrose tri-compartimentale au genou droit, une polyarthrose des mains et des doigts (dès 2005), un syndrome panvertébral sur troubles dégénératifs (à la jonction dorso-lombaire et une arthrose cervicale C4/5 depuis 2014). D'avis que le tableau uniquement somatique (permettant d'écarter tout trouble somatoforme) de l'assurée valait depuis décembre 2014 (diagnostic de lupus érythémateux disséminé ou de connectivite non différenciée) et s'était amélioré après un semestre de médication en juin 2015 (excepté les aggravations passagères dues à des interventions chirurgicales), le rhumatologue du SMR a estimé qu'une activité légère variant les positions (mais principalement assise, la marche n'étant possible que sur de petites distances et pas en terrain instable ou de façon répétée sur des escaliers) était exigible, sauf positions contraignantes (travail au niveau des épaules, charges, antéflexion du tronc, position agenouillée ou accroupie) à 80% (restriction en lien avec la polyarthrose et polyarthrite des mains et doigts pour une activité manuelle) moyennant une perte de rendement de 20% (en raison de la nécessité pour la recourante de bénéficier, dans l'aménagement de son travail, de pauses régulières).

**4.3.13** Dans son rapport du 28 décembre 2017, le rhumatologue traitant a mis en évidence un état de santé péjoré en raison d'une chute de l'assurée

sur le genou gauche survenue le 25 novembre 2017, qui la limiterait désormais davantage dans ses déplacements. Cet avis, postérieur à la décision contestée, ne peut être pris en compte dans le présent jugement, car il se réfère à une situation médicale postérieure à la fin de la procédure administrative (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4).

## **5**

**5.1** Dans l'examen de l'existence d'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA, il appert, au vu du libellé de la décision attaquée "Augmentation puis suppression de la rente d'invalidité", que l'Office AI a retenu qu'il existait un (premier) motif de révision en raison de l'opération au pied droit de novembre 2016 (ostéotomie du calcanéum; c. 4.3.11). L'intimé a ainsi estimé que cette dernière intervention avait généré, chez la recourante, une péjoration de l'état de santé, induisant (durant cinq mois) une incapacité totale de travailler (incontestée), ayant influencé négativement le degré d'invalidité de l'assurée (désormais de 100% alors qu'il était de 60% auparavant). Dans ce premier cas de figure, il y a tout lieu d'admettre que l'existence d'un motif de révision, à savoir un changement de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, est établie, même si cette modification n'a pas d'influence sur la quotité de la rente AI (rente entière) allouée à l'assurée depuis 2002 en raison de son veuvage (art. 43 al. 1 LAI). Le TA relève néanmoins que la recourante s'est trouvée dans une situation analogue lors de la pose d'une prothèse partielle au niveau du genou droit en novembre 2015, laquelle a également généré une incapacité totale de travail ponctuelle de quatre mois (jusqu'en février 2016, dos. AI 107/11), sans que l'Office AI - et bien que la procédure de révision dont l'issue fait l'objet de la présente procédure ait été ouverte en octobre 2015 - n'ait jugé opportun de retenir qu'il s'agissait, là également, d'un motif de révision (péjoration de l'état de santé).

## **5.2**

**5.2.1** L'Office AI, en se fondant sur le rapport de son SMR, a estimé qu'il existait subséquent un (autre) motif de révision. En se référant au rapport du rhumatologue du SMR (c. 4.3.12), on comprend que ce motif de

révision consiste non seulement dans le retour à la situation antérieure à l'opération mais, en plus, dans le fait que cette situation antérieure, à tout le moins depuis juin 2015, s'était déjà nettement et durablement améliorée par rapport à celle prévalant lors de l'octroi de la rente en 2002, puisque le diagnostic de trouble somatoforme (ou fibromyalgie) à la base de l'octroi de la prestation ne pouvait plus être posé. Pour expliquer la disparition de ce diagnostic, le rhumatologue du SMR met en avant, d'une part, que des faits objectifs peuvent désormais expliquer les douleurs de l'assurée et, d'autre part, qu'il ne retrouve pas les critères de classification ACR (America College of Rheumatology) 2010, pour poser formellement un diagnostic de fibromyalgie. Ce diagnostic, selon lui, ne conserve une certaine légitimité que sous une possible forme secondaire, en relation avec une maladie rhumatologique auto-immune (connectivite ou lupus), accompagnée de phénomènes fonctionnels (tels côlon irritable ou dyspepsie) aussi présents chez les patients fibromyalgiques. Il insiste aussi sur le déconditionnement musculaire, qui pourrait être amélioré par un entraînement adapté qui augmenterait la capacité de travail déjà significative conservée et sur l'absence au dossier, depuis des années, de toute trace de traitement visant un trouble psychique significatif (antidépresseurs, suivi psychiatrique, clinique de jour ou séjour stationnaire).

**5.2.2** La question peut rester ouverte de savoir si l'évaluation, sur dossier, du rhumatologue du SMR (art. 49 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]), bien qu'elle n'ait pas valeur d'expertise au sens de l'art. 44 LPG, emporte force probante sous l'angle de la spécialisation de son auteur et même sous l'angle somatique en général, au motif qu'on pourrait estimer qu'elle est fondée sur une synthèse fidèle de l'ensemble des avis des médecins traitants au dossier et se prononce sur les différents handicaps fonctionnels objectifs physiques qui en découlent (TF 9C\_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2 [passage de texte non publié du c. 3.3.2 de l'ATF 135 V 254 = TF 9C\_204/2009]; TF 8C\_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C\_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2). Tout au plus, le TA peut constater que, sur le plan des diagnostics, le rhumatologue du SMR se fonde sur une liste d'atteintes somatiques objectives plus étoffée que celle de l'expertise de 2002 (notamment: deux interventions aux tendons d'Achille en 2009 et 2016;

arthrose dans les deux, et non plus un seul, genoux; deux opérations de pose de deux héli-prothèses, une à chaque genou en 2006 en 2015; cervico-brachialgies et lombalgies basses relevant non plus de la fibromyalgie mais de troubles dégénératifs nouvellement documentés; polyarthrose ou polyarthrite aux doigts et mains depuis 2005 mises en relation avec un lupus érythémateux [ou une arthrite rhumatoïde] diagnostiqué(e) en 2014 et impliquant d'autres atteintes secondaires telles que leucopénie, micro-albuminuries, xérostomie et coliques néphrétiques). L'appréciation d'une capacité de travail améliorée, de 80% avec perte de rendement de 20%, à laquelle le rhumatologue du SMR aboutit, s'explique par le seul fait qu'il a éliminé le trouble somatoforme de type fibromyalgique et le trouble dépressif récurrent des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail. Il en résulte que toute valeur probante doit être niée à une telle analyse et évaluation en soi polydisciplinaire, reposant sur un avis émanant uniquement d'un rhumatologue, qui de surcroît n'avait pas de rapports médicaux psychiatriques récents à sa disposition et n'a pas examiné personnellement l'assurée. Les arguments avancés par le rhumatologue ne peuvent donc convaincre. Même si désormais les maux peuvent trouver une explication somatique, cela n'exclut pas pour autant qu'un trouble psychosomatique ou psychique persistant continue à en amplifier les conséquences fonctionnelles, de la même façon que cela avait été apprécié dans l'expertise de 2002, même pour des maux objectivement moins nombreux. En outre, le fait que la recourante ne recherche pas de soutien médical psychiatrique, de quelque forme que ce soit, n'est pas nouveau. Cette caractéristique était déjà relevée par l'expert psychiatre de 2002 qui préconisait un suivi régulier par un médecin traitant (rôle qu'assume désormais le rhumatologue traitant), une telle relation médicale étant mieux à même, selon cet expert, de stabiliser les douleurs (somatoformes) de l'assurée qu'un traitement psychiatrique ou médicamenteux, qui aurait certes stabilisé les symptômes émotionnels, mais sans améliorer nécessairement les douleurs somatoformes (dos. AI 38/20).

L'absence de caractère probant de l'évaluation uniquement somatique du SMR est encore corroborée par la jurisprudence très stricte en matière de révision de prestations quant à l'établissement de la preuve d'une réelle

amélioration des troubles psychosomatiques à l'origine de l'octroi de ladite prestation. En effet, en raison du caractère comparatif de l'objet de la preuve en cas de révision et de la nécessité de différencier des modifications de fait notables de simples appréciations divergentes (ATF 144 I 103 c. 2.1, 141 V 9 c. 2.3; SVR 2018 UV n° 22 c. 2.2.1), il est indispensable que les éléments factuels qui motivent la modification soient nouveaux ou que l'état de fait préexistant se soit substantiellement modifié quant à sa nature ou sa portée. L'on ne parvient pas à une délimitation sûre en vue d'une preuve matérielle suffisante de la modification effectivement intervenue et de celle uniquement supputée, si seules sont établies des différences nominales de diagnostics. Par contre, la constatation d'une modification effective intervenue depuis la précédente évaluation est suffisamment étayée lorsque les experts médicaux mettent en évidence les aspects concrets de l'évolution de la maladie et de l'incapacité de travail qui ont mené à leur nouvelle évaluation diagnostique et estimation de la gravité des atteintes (SVR 2018 IV n° 13 c. 4.2.2). En l'occurrence, le TA ne peut que constater que la motivation du SMR pour expliquer la diminution des conséquences sur la capacité de travail des handicaps fonctionnels est quasiment uniquement fondée sur un changement de qualification des diagnostics, pourtant plus nombreux (toutefois désormais somatiques et prétendument non plus psychiques ou psychosomatiques), ce qui ne suffit précisément pas.

La question est d'autant plus délicate en l'espèce que, conformément à l'al. 4 de la let. a de la disposition finale de la 6<sup>e</sup> révision de l'AI (DF LAI 6/1), la rente de la recourante a été exclue du champ d'application de l'al. 1 de cette disposition, qui prévoyait que les rentes octroyées en raison de syndromes tels les troubles somatoformes, dont la fibromyalgie, devraient être soumises à un nouvel examen, même sans motifs de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, en fonction de l'évolution de la pratique juridique (notamment, à cette époque, pour la fibromyalgie: ATF 132 V 65 du 8 février 2006 et l'introduction de l'art. 7 al. 2 LPGA en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008) et médicale en la matière. Cette exclusion résultait du fait que déjà à l'époque de l'entrée en vigueur de la DF LAI 6/1, le 1<sup>er</sup> janvier 2012, la recourante, ayant plus que 55 ans, avait dépassé l'âge des assurés pour lesquels une réduction ou une diminution de rente étaient

praticables sans motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Au surplus, au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen (juin 2012), elle touchait une rente AI depuis plus de quinze ans (autre condition, non cumulative de la DF LAI 6/1 AL. 4; ATF 139 V 442 c. 4.3). L'inapplicabilité de cette modification légale de 2012 à la recourante montre donc aussi que le raisonnement suivi par le rhumatologue du SMR, qui s'est appuyé en 2016-2017 sur des critères définis en 2010 par l'ACR pour étayer une prétendue modification de la situation, alors que la rente était versée depuis mars 1997, ne saurait être déterminant.

**5.2.3** Compte tenu de l'absence de caractère probant de l'avis uniquement somatique du SMR, l'existence d'une amélioration de l'état de santé, qui serait déjà survenue avant la détérioration passagère due à l'opération de novembre 2016 mais qui aurait en tout cas été récupérée après le rétablissement du talon, n'est pas établie avec une vraisemblance prépondérante (degré de preuve exigé par le droit des assurances sociales: ATF 144 V 427 c. 3.2, 138 V 218 c. 6). Tout au plus pourrait-on considérer qu'à tout le moins, la recourante a récupéré l'état antérieur à l'opération du talon, dont l'issue satisfaisante est décrite par le rhumatologue traitant dans son rapport du 2 février 2017 et non contestée. Cette récupération pourrait constituer un motif de révision qui, sur la base du dossier actuel, ramènerait (théoriquement vu que la recourante est aussi veuve) la rente AI à trois quarts. Cependant, également dans cette perspective, tant l'évaluation du niveau de récupération, que celle de l'état récupéré ne revêtent pas une vraisemblance prépondérante.

Par souci de complétude, il convient aussi de préciser à ce sujet que c'est à juste titre, ainsi que l'a du reste considéré l'intimé (et son SMR), que la comparaison des situations pour juger également du deuxième motif de révision a été opérée, même après la récupération de l'opération au talon, en fonction de la situation préalable à cette dernière. Il est évident que l'intimé ne pourrait pas prétexter la récupération de la détérioration passagère impliquée par l'intervention chirurgicale au talon, pour justifier un (deuxième) motif de révision permettant, au sens de la jurisprudence (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; SVR 2018 UV n° 22 c. 2.2.1), un examen avec un regard neuf et sans être lié à de précédentes estimations de

l'invalidité, également par rapport à la situation à la base de l'estimation de l'invalidité à un taux de 60%. Un tel procédé éluderait les principes posés par l'art. 17 LPGA. Dans cet ordre d'idée du reste, la détérioration passagère, même si l'on devait admettre à son issue une récupération de capacité de travail n'ouvrant plus le droit à une rente, ne permettrait en tout état de cause pas une suppression rétroactive dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017 prononcée dans une décision du 8 septembre 2010. Compte tenu du droit à la rente préexistant (rente AI entière depuis le 1<sup>er</sup> février 2017), une suppression de rente n'aurait pu prendre effet qu'en respect de l'art. 88 al. 2 let. a RAI, c'est-à-dire au plus tôt le premier jour du deuxième qui suit la notification de la décision (ici 1<sup>er</sup> novembre 2017). En effet, aucun indice n'était en l'espèce que les conditions exceptionnelles de l'art. 88al. 2 let. b RAI (assurée qui se serait fait attribuer une rente irrégulièrement ou aurait manqué à son devoir de renseigner) soient remplies.

**5.2.4** Les évaluations des médecins traitants doivent être examinées avec circonspection étant donné la mission d'abord thérapeutique de ces derniers et leur relation de confiance avec leurs patients qui, dans le doute, les incite plutôt à favoriser ceux-ci. Si l'avis d'un médecin traitant, en dépit de sa position contractuelle, est certes de nature à remettre en doute une évaluation du SMR, elle n'en revêt pas pour autant, en règle générale, une force probante suffisante (ATF 135 V 465 c. 4.4 à 4.6). De plus, en l'occurrence, à la lecture du dossier, il apparaît d'abord que seul le rhumatologue traitant a évalué l'incapacité de travail de l'assurée. De surcroît, il ne l'a fait que de manière succincte en qualifiant l'incapacité de totale depuis décembre 2002 (ce qui représente déjà une nette détérioration depuis l'expertise de fin 2001-début 2002) en raison d'un trouble généralisé de la douleur en lien notamment avec une fibromyalgie, un trouble somatoforme douloureux et une dépression réactive de nature chronique. Ce spécialiste n'a eu cesse d'avancer que sa patiente était dans l'incapacité totale de travailler sur un marché du travail équilibré, préconisant en lieu et place, un travail dans un atelier protégé, dont il fait par ailleurs varier le pensum exigible (40% à 50%). Il résulte de ce qui précède que l'unique appréciation d'un médecin traitant au dossier, celle du rhumatologue, dont la spécialisation ne relève également pas de la

psychiatrie, ne permet pas non plus d'estimer la capacité de travail de la recourante et son évolution de façon fiable.

**5.2.5** De ce qui précède résulte qu'à défaut de faits établis au degré de la vraisemblance prépondérante, la décision devrait être annulée dans la mesure où elle supprime toute rente dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017, après la période (décalée en vertu de l'art. 88a RAI) de rente AI entière due à la détérioration passagère (qui n'a eu aucune incidence sur la rente d'ensemble entière à laquelle la recourante pouvait prétendre vu son veuvage). La cause devrait être renvoyée à l'Office AI pour nouvelle décision après instruction médicale à tout le moins bi-disciplinaire (comprenant un volet psychiatrique), avec poids sur l'existence d'une modification significative réelle. Sur la base des résultats de cette expertise, l'intimé devrait encore examiner l'exigibilité d'une mise en valeur de l'éventuelle capacité de travail résiduelle, procéder le cas échéant à un nouveau calcul de la rente en se prononçant de façon étayée quant à un éventuel abattement et, si la suppression de tout rente se confirmait, envisager l'éventualité de mesures de réadaptation préalable vu âge et durée de rente de la recourante (ATF 141 V 5 et TF 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 [=SVR 2010 IV n° 30]; voir aussi ordonnance du 31 janvier 2018).

**5.2.6** En l'occurrence cependant, il apparaît manifestement qu'un tel renvoi est superflu.

D'abord, même en se fondant sur la seule appréciation somatique du SMR (hypothèse la plus restrictive pour un droit à une rente), à savoir la récupération d'une capacité de travail de 80%, avec une perte de rendement de 20% dans une activité adaptée selon profil d'exigibilité (c. 4.3.12), le TA ne pourrait pas entièrement se rallier au calcul de l'invalidité de l'intimé. Il paraît certes indiqué, comme l'a fait l'intimé et comme il l'avait déjà pratiqué pour l'octroi de la rente (voir rapport d'enquête sur le ménage du 4 juillet 2002), de comparer deux revenus hypothétiques avec et sans invalidité fondés sur des mêmes bases statistiques (à défaut d'indices concrets permettant de déterminer les revenus réalisables sans et avec atteinte à la santé, en 2017, par la recourante qui, avant de cesser totalement de travailler en 2002, a occupé

des emplois très divers), donc d'effectuer une comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 c. 3a, 107 V 17 c. 2d, 104 V 135 c. 2b; SVR 2017 IV n° 70 c. 2.2). Ainsi que l'intimé semble le reconnaître dans son mémoire du 6 mars 2018 en modifiant le calcul effectué dans sa décision et confirmé dans sa réponse au recours, on ne peut ignorer, même au regard de la capacité de travail déjà limitée à 80% (selon le SMR, en raison du handicap des mains dans les métiers manuels encore ouverts selon le profil d'exigibilité), la perte de rendement médicalement attestée supplémentaire de 20% (justifiée par un besoin augmenté de pauses du fait des troubles dégénératifs). Dès lors, un revenu hypothétique d'invalidité de 80% du revenu sans invalidité, diminué d'une perte de rendement de 20%, aboutirait à un revenu avec invalidité de 64%, soit une invalidité de 36%. A l'encontre des arguments avancés par l'intimé le 6 mars 2018 cependant, un abattement supplémentaire (au sens de la jurisprudence, par ex.: ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3) est incontournable vu l'âge de la recourante, son long éloignement du marché du travail, le changement de genre d'activités imposé par les nombreux handicaps en comparaison des dernières activités exercées et les multiples autres impératifs inhérents au profil restrictif (dos. AI 107/11) qui implique non seulement des pauses supplémentaires ainsi qu'un handicap manuel (éléments pris en compte dans l'appréciation de la capacité de travail et du rendement; SVR 2018 IV n° 45 c. 2.2) mais aussi, notamment, une lenteur généralisée, un besoin accru de collaboration d'autres personnes pour toutes les tâches non exigibles et un risque non négligeable d'absences pour raisons de santé. L'intimé avait du reste lui-même consenti un abattement de 15% dans son premier calcul (dans lequel il avait toutefois omis la perte de rendement). Un abattement de (seulement) 10% conduit déjà à un revenu avec handicap de 57,6% du revenu sans handicap, autrement dit un degré d'invalidité (arrondi) de 42%, ouvrant le droit à un quart de rente permettant la continuation du versement de la rente entière (eu égard à la rente de veuve). Cette solution correspond au demeurant à la conclusion très subsidiaire de la recourante.

Toutefois, d'autres constatations, encore plus drastiques, s'imposent. Même si l'âge avancé en soi consiste en un facteur étranger à l'AI, il y a lieu, dans la situation très particulière de la recourante de considérer que

son âge, 62 ans et quatre mois à la date déterminante de la décision supprimant sa rente (le 8 septembre 2017; date déterminante en cas de révision: ATF 138 V 457 c. 3.3), associé notamment au profil d'exigibilité très restrictif défini par le SMR, au fait que les emplois de cuisinière correspondant à sa formation sont exclus par le profil d'exigibilité et qu'au bénéfice d'une rente entière du fait de la rente de veuve, elle n'a plus exploité sa capacité de travail résiduelle (de 50% dans un emploi adapté selon l'expertise de 2002) depuis 2002, conduit exceptionnellement à la conclusion que la capacité de gain qui pourrait encore lui être reconnue ne serait réellement plus recherchée, même sur un marché du travail équilibré. En l'occurrence, la prise en compte de ces éléments influençant négativement l'éventuelle capacité de travail résiduelle va plus loin que l'admission même d'un abattement d'au maximum 25% pour le calcul du revenu d'invalidité. Le TA doit considérer que dans le présent cas, exceptionnellement, la mise à profit de son éventuelle capacité de travail résiduelle pendant les 20 mois qui séparaient la recourante de l'âge lui ouvrant le droit à une rente de vieillesse (avec tous les impératifs qu'aurait nécessités l'adaptation à une nouvelle activité), n'était de toute façon plus exigible, même en vertu de l'obligation de se réadapter personnellement qui échoit aux assurés. Que la recourante a pu continuer de bénéficier d'une (part de) rente AI octroyée sur des critères qui ne seraient plus usités actuellement et qu'elle a parallèlement eu droit à une rente de veuve jusqu'à l'âge AVS ne sauraient influencer sur l'appréciation du caractère exigible de l'exploitation de la capacité résiduelle de travail. Cette absence de capacité résiduelle de gain exploitable du point de vue économique (à supposer qu'une telle capacité puisse être établie à satisfaction) a en tout état de cause conduit à une incapacité de gain totale fondant ici la continuation de la rente entière d'invalidité. (ATF 138 V 457 c. 3.1; TF 8C\_892/2017 du 23 août 2018 c. 3.2).

## **6.**

**6.1** En conclusion, le recours doit être admis, la décision du 8 septembre 2017 annulée dans la mesure où elle supprime à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2017 la rente entière d'invalidité qui était accordée depuis le

1<sup>er</sup> février 2017. L'intimé procédera à la continuation du versement de cette rente (à savoir l'exécution du versement complémentaire à la rente de veuve qui a continué d'être perçue).

**6.2** Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé, 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).

**6.3** La recourante obtenant gain de cause dans la présente procédure (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2) et étant représentée par un avocat, a droit au remboursement de ses dépens dans la mesure fixée par le tribunal (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen des notes d'honoraires des 26 avril et 8 mai 2018, qui ne prêtent pas à discussion, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA en cas de représentation par un organisme de conseils juridiques reconnu d'utilité publique (tarif horaire de Fr. 130.-; voir notamment la circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales en cas de telle représentation, accessible à partir du site internet du TA, rubrique "Téléchargements & publications"), sont fixés à un montant de Fr. 1'781.25 (honoraires: Fr. 1'579.50 ; débours: Fr. 71.30; TVA: Fr. 130.45).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée dans la mesure où elle supprime, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2017, la rente entière qui a été octroyée depuis le 1<sup>er</sup> février 2017. Cette rente entière doit continuer à être allouée à compter de cette dernière date. L'Office AI Berne procédera à l'exécution du versement de cette rente AI (aux fins de compléter la rente de veuve que la recourante a continué de percevoir jusqu'à ce qu'elle atteigne l'âge AVS). 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. 1'781.25 (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - au mandataire de la recourante,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué:
  - à Winterthur-Columna, Fondation collective LPP, Case postale 1523, 1001 Lausanne

La présidente

La greffière

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification 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).