

200.2018.292.AI

N° AVS
BOA/REN

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

Jugement du 22 octobre 2019

Droit des assurances sociales

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

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 2 mars 2018



En fait:

A.

A._____, née en 1969, célibataire, sans formation certifiée, a été engagée en dernier lieu, du 1^{er} juin 2005 jusqu'au 29 février 2012 (terme pour lequel son contrat de travail a été résilié), en tant qu'auxiliaire de production dans une entreprise horlogère. Depuis lors l'assurée n'a plus exercé d'activité lucrative.

Indiquant souffrir d'une pathologie psychique anxio-dépressive sévère, l'assurée a sollicité, en octobre 2011, des prestations auprès de l'assurance-invalidité. Par décision du 2 octobre 2014, l'Office AI a informé l'assurée qu'elle n'avait pas droit à des mesures professionnelles. Par décisions des 5/20 août 2015, après avoir ordonné l'établissement d'une expertise auprès du Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rédigé ses conclusions le 17 avril 2014, l'Office AI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2012, sur la base d'un degré d'invalidité de 57%.

B.

En mai 2016, l'Office AI a engagé une procédure de révision de rente dans laquelle l'assurée a fait valoir une péjoration de son état de santé. Après avoir requis, sur proposition du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), dans un premier temps, l'établissement d'une expertise neuropsychologique (conclusions du 20 janvier 2017), puis, bidisciplinaire (sur les plans neurologique [Dr D._____, spécialiste en neurologie] et psychiatrique [Dr E._____, psychiatre]), dont les conclusions ont été consignées dans un rapport du 4 septembre 2017, l'Office AI a informé l'assurée, dans un préavis du 8 septembre 2017, qu'il était arrivé à la conclusion de l'absence d'une modification de la situation de l'assurée depuis la décision initiale d'octroi d'une demi-rente AI, tant sur le plan médical que sur celui de la capacité de travail (inchangée à hauteur de 50% dans un emploi adapté). En dépit des objections formulées le

9 octobre 2017 par l'assurée, représentée par un avocat, l'Office AI, par décision formelle du 2 mars 2018, a confirmé sa précédente préorientation.

C.

Par acte daté du 18 avril 2018, l'assurée, toujours représentée, 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 2 mars 2018 par l'Office AI lui refusant une augmentation de sa rente AI et à l'octroi d'une rente entière de l'AI depuis juillet 2016, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Par ailleurs, dans son mémoire de recours, l'assurée a également requis d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire totale, requête qu'elle a retirée le 19 juillet 2018, après avoir réalisé (ayant été rendue attentive sur ce fait par la Juge instructrice) qu'elle disposait d'une assurance de protection juridique.

Dans leurs prises de position des 22 juin et 19 juillet 2018, les parties ont confirmé leurs précédentes conclusions. L'avocat de la recourante a transmis sa note d'honoraires le 19 juillet 2018. L'intimé a dupliqué le 27 juillet 2018. Cette ultime prise de position de l'Office AI n'a suscité aucune réaction de la recourante.

En droit:

1.

1.1 La décision du 2 mars 2018 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de la recourante à une augmentation de sa demi-rente d'invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et, principalement, l'octroi d'une rente entière de l'AI depuis juillet 2016, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Sont particulièrement critiquées par la recourante l'évaluation de sa situation sur le plan médical (état de santé considéré - à tort - comme stationnaire par l'intimé) et celle de sa capacité de travail.

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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.3 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). 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 sa décision du 2 mars 2018, l'Office AI a nié l'existence d'un motif de révision et, partant, refusé d'augmenter la demi-rente d'invalidité allouée à l'assurée depuis le 1^{er} avril 2012 par décision des 5/20 août 2015. En se fondant sur le rapport d'expertise bidisciplinaire rédigé le 4 septembre 2017, l'intimé a en effet estimé que l'état de santé de la recourante n'avait pas subi une modification notable, de sorte que sa capacité de travail (de 50% dans un emploi adapté) était restée inchangée.

3.2 La recourante, quant à elle, a conclu principalement à l'annulation de la décision contestée et à l'octroi d'une rente entière de l'AI depuis juillet 2016. Hormis un grief formel en lien avec le calcul du degré d'invalidité (cf. c. 9.3) et aussi d'importantes réserves quant au bien-fondé déjà de la décision d'août 2015, l'assurée a estimé que c'était à tort que l'Office AI

avait nié l'existence d'un motif de révision et, partant, refusé d'augmenter sa demi-rente AI, au vu de son état de santé sensiblement péjoré depuis la décision initiale d'octroi d'une demi-rente AI (intenses douleurs dorsales invalidantes et en recrudescence dès 2016). Pour justifier la dégradation survenue dans son état de santé et les répercussions négatives sur sa capacité de travail, l'intéressée s'est fondée sur les conclusions de l'expertise bidisciplinaire de septembre 2017 selon lesquelles elle disposerait désormais (en 2017) d'une capacité de travail réduite de 50% (soit prétendument péjorée comparativement au pensum exigible de 100% arrêté par l'expert psychiatre en avril 2014 [lequel a retenu en sus une perte de rendement de 50%]). Dans ce contexte, sur la base d'un pensum exigible de 50%, que l'assurée revendique, il y aurait lieu de retenir, en sus, une perte de rendement, que l'Office AI, à tort, n'aurait pas prise en considération. Il en résulterait ainsi, de l'avis de la recourante, une augmentation de sa rente AI.

4.

4.1 En l'espèce, s'agissant d'une procédure de révision (matérielle) de rente au sens de l'art. 17 LPGA, il convient d'examiner si des changements sensibles de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité se sont produits depuis la décision initiale d'octroi d'une rente AI en date du 5/20 août 2015 par rapport aux circonstances à la base de la décision litigieuse du 2 mars 2018. 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 ayant pris fin en février 2012 suite à la résiliation intervenue par l'employeur) que sous l'aspect de la méthode de calcul ordinaire de l'invalidité (statut d'assurée exerçant une activité lucrative à plein temps). 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 figurant au dossier.

4.2 La décision des 5/20 août 2015, aboutissant à un degré d'invalidité de 57%, se fondait sur l'expertise du Dr C._____, spécialiste FMH en

psychiatrie et psychothérapie (cf. let. A), dont les conclusions avaient été rédigées le 17 avril 2014.

L'expert psychiatre avait relevé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail: un trouble panique avec agoraphobie de gravité moyenne, une personnalité dépendante et anxieuse sub-décompensée et un retard mental léger à moyen. Sans répercussion sur la capacité de travail, il avait mentionné un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive et/ou un épisode dépressif majeur de gravité sub-clinique à légère. Considérant que la problématique anxieuse et les capacités intellectuelles limitées (retard mental léger à moyen) étaient les facteurs limitants, l'expert avait retenu une capacité de travail à hauteur de 100% moyennant une perte de rendement de 50% (dans le meilleur des cas) dans une activité adaptée et dans l'hypothèse de stabilisation de l'état de santé psychique de l'assurée (ce qui n'était pas le cas au moment de l'expertise). Ce spécialiste en psychiatrie avait également émis un pronostic défavorable pour l'avenir au vu de l'évolution négative amorcée depuis 2011. Quant à la question de savoir s'il était possible d'améliorer la capacité de travail de l'assurée, l'expert avait également préconisé d'envisager d'autres alternatives thérapeutiques au niveau pharmacologique et de réévaluer, cas échéant, la situation de la recourante à court terme (juillet 2014).

4.3 Entre les 5/20 août 2015 (décision initiale de rente) et le 2 mars 2018 (décision contestée), les rapports médicaux suivants ont notamment été rédigés:

4.3.1 Dans son rapport médical du 4 juillet 2016, faisant suite à une consultation du 19 mai 2016, le généraliste traitant de l'assurée, en invoquant une dégradation de l'état de santé de sa patiente, a retenu les diagnostics de débilité mentale, de dépression réactionnelle sévère et d'un syndrome radiculaire L1 gauche sans déficit neurologique mais générant, aux dires de l'assurée, de fortes dorsalgies récidivantes sous traitement physiothérapeutique. Considérant que ces affections (mentales et dorsales) étaient chroniques et incapacitantes, ce praticien a estimé que sa patiente était dans l'impossibilité de travailler, quelle que soit l'activité exercée et ce, même en milieu protégé.

4.3.2 L'IRM pratiquée le 16 août 2016 a mis en évidence une chondrose débutante au niveau L5/S1 avec une possible irritation des structures. L'épaisseur du canal rachidien (lombaire) et le diamètre des trous de conjugaison ont été décrits comme étant dans les normes, aucun rétrécissement n'ayant pu être constaté.

4.3.3 L'expertise neuropsychologique rédigée le 20 janvier 2017 et diligentée sur recommandation du SMR a mis en évidence, d'un point de vue neuropsychologique, un léger retard mental, des troubles cognitifs non authentiques et, en référence aux rapports médicaux antérieurs, des troubles psychiques (sans autre précision). Le psychologue en charge de l'expertise a fait part d'une impossibilité à objectiver un profil valide des capacités de l'assurée. En effet, selon lui, les résultats obtenus selon des tests scientifiquement reconnus ne correspondent pas aux possibilités cognitives de la recourante (résultats suspects obtenus lors des tests de validité des performances; manque de cohérence entre les observations cliniques, les plaintes et les résultats obtenus; manque de cohérence également dans la superposition des tests [apprentissage non verbal une fois dans les normes alors que selon une autre approche, il est sévèrement déficitaire]). Du fait de ces discrécances qualifiées d'inexplicables (qui seraient dues soit à un manque de collaboration de la part de l'assurée, soit à une impossibilité de collaborer en raison d'une pathologie psychique encore non référencée), le psychologue consulté, en l'état du dossier, a estimé que l'état psychique de la recourante devait être clarifié d'un point de vue psychiatrique.

4.3.4 Sollicitée sur les résultats de l'expertise neuropsychologique, la médecin du SMR, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, estimant que la situation devait être investiguée davantage sur le plan médical, a requis, le 24 janvier 2017, la mise sur pied d'une expertise bidisciplinaire sur les plans neurologique et psychiatrique, dont les conclusions ont été rédigées le 4 septembre 2017.

Sous l'angle neurologique, l'expert neurologue mandaté a retenu des restrictions (jusqu'à) très marquées sur le plan cognitif et un syndrome lombovertébral léger à moyen en présence de lésions dégénératives au niveau de la colonne vertébrale L5/S1, ces diagnostics ayant une incidence

sur la capacité de travail de l'assurée. Sans incidence sur la capacité de travail est évoquée la présence d'un syndrome cervical de légère intensité. L'expert psychiatre, quant à lui, a estimé que la recourante souffrait d'un léger retard mental en présence de déficits cognitifs au sens du ch. F70 de la Classification statistique internationale des maladies et de problèmes de santé connexes (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Sans incidence sur la capacité de travail ont été énoncés des douleurs chroniques où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (F45.41 CIM-10), un trouble panique actuellement en rémission (F41.0 CIM-10) et un trouble dépressif récurrent, en rémission également (F33.4 CIM-10).

Sous l'angle bidisciplinaire, les experts ont estimé que seules les atteintes neurologiques restreignaient la capacité de travail de l'assurée, dans la même mesure que celle arrêtée dans la précédente expertise, à raison d'un taux de 50% dans un emploi profilé (activité imposant des tâches simples, répétitives et très bien structurées). Dans une activité exigeante, imposant des tâches diverses et variées, selon les experts, l'assurée était dans l'incapacité totale de travailler.

5. D'un point de vue strictement formel tout d'abord, l'expertise bidisciplinaire rédigée le 4 septembre 2017 est complète et satisfait aux exigences jurisprudentielles (cf. c. 2.6). Elle fournit les renseignements et évaluations devant permettre à l'administration et au juge d'estimer le caractère invalidant des atteintes à la santé de la recourante. Elaborée sur la base d'exams personnels de l'assurée en médecine, sous l'angle neurologique et psychiatrique, elle comporte une anamnèse abordant les plans personnel, social et professionnel (dos. AI 119.1/ 5, 14 et 15). Les avis médicaux antérieurs figurant au dossier ont été énumérés et pris en considération par les experts, démontrant une étude approfondie et consciencieuse du dossier. Le contexte médical est également clairement décrit et les conclusions des experts motivées. Quant aux atteintes à la santé, elles sont définies de manière claire, tout comme les limitations fonctionnelles qui en résultent et sont documentées à suffisance. Le profil d'exigibilité retenu intègre de manière adéquate les limitations

fonctionnelles endurées. Le volet psychiatrique propose une évaluation de la capacité de travail selon l'analyse préconisée par la jurisprudence (cf. c. 7.2 ci-après). L'expertise bidisciplinaire se rapporte de manière suffisante à l'objet de la preuve. Elle se prononce de manière circonstanciée sur la question de la modification significative survenue dans l'état de santé de l'assurée. Elle met en effet en relief de manière suffisamment étayée (cf. notamment à son ch. 11, dos. AI 119.1/19) les aspects concrets de l'évolution des pathologies incriminées et de son influence sur l'incapacité de travail (SVR 2018 IV n° 13 c. 4.2.2)

6.

6.1 Matériellement et d'un point de vue neurologique tout d'abord, l'expert neurologue sur la base de son examen clinique approfondi de l'assurée (de son état général, de la tête, des nerfs cérébraux, de toutes les extrémités [supérieures, inférieures], de la colonne vertébrale, de la marche dos. AI 119.1/7), sous l'angle neuro-clinique, a mis en évidence une tension légèrement perceptible dans la région des vertèbres cervicales (muscles contractés au niveau des épaules et de la nuque), alors qu'au niveau des vertèbres lombaires, l'expert a fait état d'une contraction musculaire décrite comme importante. Examinant dans quelle mesure les tensions musculaires observées entravaient la mobilité du dos de la recourante, l'expert a relevé que l'assurée, en station debout, en se penchant en avant avec ses mains en direction du sol s'en approchait à distance de 30 cm, alors qu'étonnamment, cette distance était réduite à 5 cm lorsque la recourante, assise et jambes allongées, essaie d'aller toucher la pointe de ses pieds (dos. AI 119.1/12). Dans l'examen des extrémités inférieures, après avoir pratiqué des tests cliniques ciblés (notamment signe de Lasègue négatif), l'expert a pu exclure tout syndrome radiculaire, après avoir également constaté que la force, la sensibilité et les réflexes symétriques étaient préservés. L'expert neurologue n'a également pas oublié de vérifier la présence d'une possible neuropathie, qu'il a niée. S'agissant de la faculté à se déplacer, le spécialiste en neurologie n'a pas omis de prendre en considération les difficultés de la recourante, relevant tantôt une marche saccadée avec des boiteries intermittentes, tantôt une

marche sans particularités. Complétant ses conclusions après avoir pratiqué un examen neurologique du comportement, l'expert a expliqué pourquoi il se justifiait de retenir des restrictions (allant jusqu'à) très marquées sur le plan cognitif, après avoir pratiqué des tests spécialisés chez l'assurée, lesquels ont notamment mis en évidence un déficit des fonctions de la mémoire, une réduction de l'attention, une faculté de concentration après écoulement d'un laps de temps altérée de manière significative. Après avoir constaté également que l'électroencéphalogramme de l'assurée était dans les normes (activité cérébrale ordinaire sans particularités, pas de surexcitabilité du cerveau), l'expert a mis en liaison les douleurs dorsales éprouvées (partiellement explicables médicalement à son sens en raison de lésions dégénératives au niveau L5/S1) avec les aptitudes cognitives de l'assurée altérées de manière significative, en expliquant que l'absence apparente de cohérence entre certains comportements et déclarations de l'assurée résultait du fait que cette dernière était dans l'incapacité totale d'analyser et de décrire avec précision et constance la nature des douleurs éprouvées et leur intensité. Pour arriver à ce constat d'impossibilité de collaborer de façon cohérente à raison de déficits cognitifs, l'expert neurologue s'est appliqué à approfondir la problématique de la validation des tests auxquels il avait soumis la recourante et a levé l'incertitude à laquelle avait abouti l'expertise neuropsychologique du 20 janvier 2017 (cf. 4.3.3; dos. AI 100.1/9 et 119.1/11 et 12).

6.2 Les conclusions que l'expert neurologue tire de ses constats sont convaincantes. Rien ne justifie de s'écarter, ni de son raisonnement excluant que les indices d'accentuation des maux constatés puissent découler d'une autre cause que l'atteinte cognitive ni, dès lors, des diagnostics neurologiques retenus comme influant sur la capacité de travail (cf. c. 4.3.4), à savoir l'existence de restrictions (jusqu'à très marquées) sur le plan cognitif et d'un syndrome lombovertébral d'intensité légère à moyenne en liaison avec des lésions dégénératives au niveau de la colonne vertébrale.

7.

7.1 Pour ce qui est toujours de la fiabilité matérielle de l'expertise bidisciplinaire, mais sous l'angle psychiatrique désormais, l'expert psychiatre a tout d'abord retranscrit les déclarations de la recourante (qui dit se sentir bien et s'adonner régulièrement à des activités qui lui procurent du plaisir comme se promener ou aller nager). Interrogée au sujet de la survenance d'attaques de panique, l'expertisée a estimé que les peurs et les angoisses qui l'habitaient autrefois s'étaient estompées. Après avoir pris en considération les traitements mis en place (médicamenteux, constat d'absence de suivi psychiatrique ou psychothérapeutique depuis trois ans), l'expert, sur la base du dossier médical de l'assurée et de ses propres constatations, a ensuite livré une analyse fouillée. Il a ainsi relevé, en avant-plan, à l'instar de ses confrères, que la recourante souffrait d'un retard mental qu'il a qualifié de léger (F70 CIM-10), et qu'il a illustré dans différentes situations de la vie: attitude de l'assurée tantôt infantile, naïve ou méfiante, impossibilité pour cette dernière de suivre une scolarisation normale (elle a fréquenté une classe de développement dès l'âge de 10 ans), à s'exprimer oralement autrement qu'en faisant usage d'un vocabulaire rudimentaire, à développer un raisonnement structuré, à analyser ou apprécier une situation à sa juste valeur, à développer une force de résistance voire gérer la moindre frustration. L'expert n'a pas négligé de se pencher sur le trouble anxieux et dépressif (F 41.2) référencé par le passé par les psychiatres traitants (notamment dos. AI 34/2), puis celui d'épisode dépressif de légère intensité retenu par son confrère psychiatre en avril 2014 (subséquent à un trouble de l'adaptation en raison du licenciement de l'assurée et du placement de sa mère en EMS), en démontrant que les critères caractérisant toute symptomatique dépressive étaient désormais en rémission (pas de découragement perceptible, d'idées suicidaires, humeur non altérée, intérêts préservés, joie de vivre, perspectives d'avenir, capacité à s'adonner à des activités de loisirs et à se détendre). Il a également relevé la concordance entre le ressenti de la recourante (elle dit qu'elle se sent bien psychologiquement) et ses propres observations cliniques. Conscient que les troubles du sommeil évoqués par l'assurée pouvaient être en liaison avec une pathologie dépressive, l'expert a expliqué pourquoi, en l'espèce, tel n'était pas le cas, en reliant les

insomnies de la recourante aux douleurs dorsales encourues, ces dernières imposant à l'assurée de changer fréquemment de position, de sorte qu'une fois éveillée, l'assurée n'arrive plus à retrouver le sommeil (dos. AI 119.1/13). L'expert s'est également penché sur la présence d'un éventuel trouble panique (dos. AI 118.1/18), pathologie qui avait été diagnostiquée lors de la première expertise psychiatrique en 2014 (cf. c. 4.2). En se référant tant aux motifs avancés par son confrère psychiatre en 2014 (qui avait fait part d'une aggravation de la symptomatologie anxieuse en septembre 2012 suite à la survenance d'une crise de panique au sein d'un atelier de type occupationnel en liaison avec la perte d'un emploi dont l'assurée n'a pu faire le deuil après l'avoir conservé à bout de bras durant six ans et au placement de sa mère en institution) qu'à l'absence de crises signalées depuis lors, l'expert a retenu que les crises d'anxiété intenses survenues par le passé étaient désormais en rémission. Quant au diagnostic d'un trouble (pathologique) de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive envisagé en 2014, voire d'une personnalité dépendante et anxieuse sub-compensée (dos. AI 58.1/20), l'expert a également mis en relief pourquoi il s'en distancie, en démontrant par quel mécanisme le retard mental affectant l'assurée engendrerait des traits de caractère tantôt anxieux, dépendants, voire dépressifs. L'expert, bien que les discrètes altérations discales au niveau L5/S1 ne provoquent pas de déficit neurologique ni de compression radiculaire, n'a pas minimisé pour autant les douleurs dorsales (sur)éprouvées par la recourante et documentées depuis juillet/août 2016 (cf. c. 4.3.1 et 4.3.2). Il les a (nouvellement) envisagées au titre d'un diagnostic différentiel de trouble somatoforme, à savoir de douleurs chroniques où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (F45.41 CIM-10). Au vu de son analyse menée en fonction du mandat détaillé fixé par l'intimé, l'expert a toutefois estimé que ce diagnostic de trouble somatoforme n'avait pas non plus de conséquences sur la capacité de travail, pas plus que les attaques de panique et les épisodes dépressifs en rémission (F41 et 33.4 CIM-10). En définitive, l'expert psychiatre n'a gardé au rang des diagnostics avec influence sur la capacité de travail que le retard mental (léger: F70 CIM-10) et ses déficits cognitifs.

7.2 A l'époque où l'expert psychiatre a rédigé son expertise (août-septembre 2017), selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), seule la capacité de travail exigible des assurés souffrant de troubles psychosomatiques (dont les troubles somatoformes) était soumise à une procédure d'établissement des faits normative et structurée, qui, une fois que le diagnostic est confirmé après vérification d'éventuels motifs d'exclusion (au sens de l'ATF 131 V 49; voir aussi: art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA; examen sur un premier niveau), s'effectue en fonction de certains indicateurs (pour apprécier surtout le degré de gravité fonctionnel et la cohérence) permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacité et, d'autre part, les ressources des personnes concernées (examen sur le second niveau; ATF 141 V 281 = TF 9C_492/2014 du 3 juin 2015, en particulier c. 3.6, 4.1.3, 4.3 et 4.4). Depuis le 30 novembre 2017, donc postérieurement à l'élaboration de l'expertise ici en cause, cette méthode d'évaluation de l'exigibilité a été étendue à toutes les affections psychiques (ATF 143 V 409 c. 4.5.1 et 418 c. 7.1 s.). En l'espèce, même si l'expert psychiatre n'a appliqué la grille d'évaluation normative et structurée découlant des questions de l'intimé (dos. AI 93) que pour le diagnostic différentiel de trouble somatoforme qu'il avait posé, et non directement à celui de retard mental léger, son évaluation couvre tous les éléments nécessaires au jugement du présent litige et conserve toute sa valeur probante (ATF 141 V 281 c. 8). Cela vaut d'autant plus que, selon la jurisprudence, une estimation d'experts qui admet une restriction de la capacité de travail d'une personne assurée en lien avec une affection psychique doit de toute façon être juridiquement contrôlée en fonction de chaque cas concret, au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante (par ex. TF 8C_703/2018 du 13 juin 2019 c. 4.2.2).

7.3 En l'occurrence, le contrôle juridique doit non seulement porter sur la proposition de l'expert psychiatre de nier une quelconque influence sur la capacité de travail du trouble somatoforme (douleurs chroniques), mais aussi sur le fait qu'il a en revanche admis un caractère incapacitant au retard mental léger qu'il a retenu.

7.3.1 S'agissant des douleurs chroniques où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (F45.41 CIM-10), au premier niveau, l'expert

psychiatre justifie son diagnostic en insistant sur le déficit de ressources qu'implique le retard mental, et qui empêche la recourante d'exprimer autrement qu'en fonction de maux physiques liés à des parties du corps concrètes ses difficultés à faire face aux aléas de la vie auxquelles elle est confrontée. Selon l'expert, ce déficit induit une insécurité et des peurs qui mènent à une certaine dramatisation de la démonstration des symptômes ressentis qui ne doit en aucun cas être interprétée comme une exagération ou une simulation. Au second niveau, toujours à propos du trouble somatoforme, l'expert psychiatre relève des indicateurs défavorables, à savoir essentiellement le contexte social (absence de famille proche excepté une maman en EMS, père décédé prématurément et enclin durant l'enfance de la recourante à des excès d'alcool, survenance d'événements douloureux comme les décès prématurés d'un frère à sa naissance et d'une sœur à l'âge de deux ans et demi en raison d'une maladie, incapacité à suivre une formation scolaire élémentaire avec pour conséquence l'impossibilité d'obtenir une formation certifiée). Il estime cependant qu'ils sont compensés par le fait que le diagnostic somatoforme doit être qualifié de léger (ressources ayant permis de maintenir un emploi dans l'horlogerie certes peu qualifié mais pendant six ans; absence de nécessité et de demande d'organisation d'un suivi psychiatrique), qu'en dépit de ses déficits cognitifs et psychiques, la recourante fait montre de bonnes ressources sociales (nature communicative, attitude respectueuse des règles et consignes, fins de semaine passées avec son compagnon, cercle d'amis qu'elle voit régulièrement en semaine, bons rapports avec sa mère, à qui elle rend des visites quotidiennes) et qu'elle a développé des stratégies de compensation (journées structurées, bonne hygiène de vie, gestion autonome du budget sans dettes et des tâches ménagères, activités de loisirs telles natation, promenades et bricolage dans un groupe une fois par semaine). Le TA ne peut que se rallier à l'estimation proposée par l'expert: si le diagnostic de trouble psychosomatique peut être posé en raison des déficits cognitifs qui privent la recourante de ressources pour se détacher des atteintes somatiques, relativement banales, qui l'affectent, au vu des indicateurs définis par la jurisprudence, ce ne sont pas les répercussions de ses douleurs chroniques qui influencent de façon déterminante la capacité de travail.

7.3.2 En ce qui concerne le retard mental léger, quand bien même l'expert en psychiatrie ne l'a pas expressément soumis à l'analyse normative structurée, il découle de ses conclusions qu'il est en revanche arrivé à la conviction que la recourante était psychiquement nettement restreinte dans sa capacité de travail et de rendement en raison de cette atteinte (intelligence limitée). Cela résulte aussi notamment du fait que ce diagnostic est invoqué non seulement à l'appui de la consistance de celui de trouble somatoforme, mais aussi dans le contexte de pratiquement tous les indicateurs passés en revue au sens que la recourante parvient tout de même à gérer sa vie et ses contacts dans les limites que lui laissent ses déficits cognitifs et son inaptitude à saisir et exprimer ses émotions. Le TA ne peut que suivre l'expert psychiatre dans son évaluation de l'incidence du retard mental en tant que trouble psychique sur la capacité de travail. L'argumentation de l'expert psychiatre persuade d'autant plus sur ce point que l'expert neurologue est parvenu au même résultat à raison des déficits cognitifs (amplifiant le syndrome lombovertébral de nature dégénérative) qu'il a diagnostiqués dans sa spécialité, donc sur le plan somatique.

8.

8.1 Dans leurs résultats consensuels bidisciplinaires, les experts ont admis que la problématique principale consistait, sur le plan psychiatrique, en un retard mental (intelligence limitée), en présence aussi de troubles psychosomatiques s'étant parfois exacerbés (par exemple lors de la recrudescence des maux de dos en été 2016), mais généralement améliorés avec l'octroi de la rente partielle. Sur le plan neurologique, ils ont principalement mis en évidence un trouble cognitif modéré à moyennement prononcé, en lien avec un syndrome lombovertébral tout au plus modéré. A leurs yeux, au niveau psychiatrique il fallait considérer que la recourante ne pouvait plus qu'exercer une activité simple et adaptée à temps partiel. Pour préciser le taux d'activité exigible, les experts s'en sont remis à l'évaluation neurologique, à savoir une restriction de la capacité de travail de 50%, telle que celle qui avait déjà été arrêtée dans une précédente expertise.

8.2 Le TA constate que depuis l'ouverture de la procédure de révision, seul l'avis médical du 4 juillet 2016 du médecin traitant se prononce, sur la capacité de travail de l'assurée, en faisant état d'une incapacité totale de travailler en raison de limitations (chroniques) mentales, à cause de la débilité, et physiques, à cause du dos. Il pose les diagnostics de débilité mentale, dépression réactionnelle sévère et syndrome radiculaire gauche. Le médecin décrit qu'il découle des indications subjectives de sa patiente des signes de dépression et fortes douleurs dorsales. Il constate aussi que le syndrome radiculaire L1 ne présente pas de déficit neurologique (ce qui a encore été confirmé par l'IRM du 16 août 2016). Cette appréciation émanant du médecin traitant n'est pas à même de remettre en cause l'évaluation de la capacité de travail résultant de l'expertise. Les deux experts ont tenu compte de ce rapport médical. Du reste, l'expert psychiatre n'a pas exclu que la symptomatologie ait pu être (passagèrement) exacerbée en été 2016 du fait de dorsalgies. L'avis du médecin traitant n'est que peu étayé, ne différencie pas l'ampleur des plaintes subjectives par rapport à celle des constats objectifs, ni l'incapacité résultant du regain de maux de dos et celle provenant du retard mental. De plus, le médecin traitant attestait, le 30 novembre 2014 déjà, une incapacité totale de travail depuis le 21 octobre 2011 (dos. AI 69/2) et l'on doit donc plutôt comprendre que son estimation de la capacité de travail se fonde sur le retard mental sur lequel il insiste. Or ce point a largement été discuté dans l'expertise, qui par ailleurs offre un plus grand recul que ne le permet la mission d'abord thérapeutique des médecins traitants. Ce constat vaut d'autant plus qu'en présence d'avis d'un médecin traitant, le juge doit tenir compte du fait qu'en égard à la relation de confiance établie avec son patient, celui-ci aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser ce dernier (ATF 125 V 351 c. 3b/cc).

8.3 Au vu de ce qui précède (depuis le c. 5), pleine valeur probante peut être reconnue également à l'évaluation bidisciplinaire du 4 septembre 2017, qui découle logiquement des résultats de chacun des experts, tant sur le plan médical que juridique. La mise sur pied de mesures d'instruction supplémentaires, ainsi que le requiert la recourante dans ses conclusions subsidiaires, est donc superflue. Se ralliant par conséquent aux conclusions de l'expertise bidisciplinaire, le TA considère que l'assurée est

restreinte dans une mesure de 50% dans l'exercice d'une activité lucrative adaptée, à savoir ne sollicitant pas le corps de manière importante, imposant des activités simples, répétitives, bien structurées, sans tâches complexes et ne nécessitant des capacités d'apprentissage que limitées. Dans toute autre activité, la capacité de travail de l'assurée est inexistante.

9.

9.1 Les conclusions bidisciplinaires fournissent notamment une prise de position nette quant au contexte de la procédure de révision qui fait l'objet du cas d'espèce: la restriction de la capacité de travail arrêtée à 50% correspond à celle qui avait déjà été évaluée lors de la précédente expertise, à savoir le rapport datant d'avril 2014 sur la base duquel la demi-rente avait été accordée (cf. c. 4.2). De surcroît, l'examen comparatif des deux expertises d'avril 2014 et de septembre 2017 montre que les descriptions des activités exigibles à 50% de la recourante sont superposables, au sens où l'assurée est (invariablement) uniquement à même d'occuper un poste ne sollicitant pas le corps de manière importante, imposant des activités simples, répétitives, bien structurées, sans tâches complexes et ne nécessitant des capacités d'apprentissage que limitées. Il est vrai que l'expertise de 2014 avait mis l'accent sur la baisse de rendement de l'assurée (capacité de travail à un taux de 100% moyennant une perte de rendement de 50%) alors que celle de 2017 a mentionné de manière globale une capacité de travail réduite à hauteur de 50% ("von einer 50%igen Beeinträchtigung des Arbeitsfähigkeit"). Dans l'expertise la plus récente est également expressément précisé le fait que la capacité de travail de la recourante est restée inchangée depuis l'expertise de 2014 (dos. AI 119.1/12 et 24). Contrairement à l'avis de la recourante, il n'est donc pas question d'une détérioration de la situation sur ce plan. De même, les experts avaient connaissance du rapport du 4 juillet 2016 du médecin traitant, mentionnant une dégradation. Toutefois, ainsi que relevé précédemment (cf. c. 8.2), cette dégradation n'est pas étayée. Le médecin traitant avait déjà attesté une incapacité totale depuis octobre 2011 et rien n'indique que si, effectivement, la recourante a connu une exacerbation de

ses maux dos en été 2016, cet épisode ait entraîné une détérioration durable.

9.2 Par conséquent, il apparaît que l'état de santé de l'assurée n'a pas évolué dans une mesure susceptible d'influer sur la capacité de travail de cette dernière (et le degré d'invalidité) entre le 5/20 août 2015 et le 2 mars 2018. Comme déjà précisé (cf. c. 4.1), aucun élément au dossier ne laisse entrevoir qu'un changement d'ordre économique serait intervenu dans la situation de la recourante. En l'absence de modification des circonstances liées à la personne de l'assurée, il est par conséquent superflu de procéder à une comparaison actualisée de revenus hypothétiques. Une simple modification des données statistiques ne pourrait en aucun cas justifier à elle seule une révision touchant le droit à la rente (ATF 142 V 178 c. 2.5.8.1 et références). Dès lors que le degré d'invalidité ne subit aucune modification, il n'existe pas de motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.

9.3 L'argument selon lequel en réalité la décision d'octroi de la demi-rente en août 2015 (et non d'une rente entière) était déjà manifestement erronée et devrait être reconsidérée ne peut pas non plus influencer sur le sort du présent recours. L'administration ne peut être contrainte à une reconsidération ni par le juge ni par la personne concernée et il n'existe aucun droit susceptible d'être porté en justice à une reconsidération (ATF 133 V 50 c. 4; SVR 2018 IV n° 33 c. 5.4, 2014 IV n° 7 c. 3.3). Tout au plus, lorsque les conditions énoncées à l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas réalisées, le juge, sous réserve du respect du droit d'être entendu, peut-il confirmer une décision de révision (pro futuro) rendue à tort avec la motivation substituée que la décision de rente initiale est manifestement erronée et que sa rectification revêt une importance notable (ATF 144 I 103 c. 2.2, 125 V 368 c. 2; TF 8C_121/2017 du 5 juillet 2018 c. 8.2). Une telle constellation ne correspond pas au présent litige puisque l'intimé n'a justement pas révisé sa précédente décision.

9.4 Le taux d'invalidité de 57% arrêté par la décision des 5/20 août 2015 ayant ouvert un droit à une demi-rente AI depuis le 1^{er} avril 2012 doit ainsi être repris tel quel. Que l'Office AI ait recopié sans autre explication le tableau de comparaison de revenus figurant déjà dans la motivation de sa

décision d'août 2015, ne saurait être interprété, ainsi que le voudrait l'assurée, en tant que nouvelle évaluation de l'invalidité (quand bien même la décision mentionne correctement le résultat de la soustraction pour arriver à la perte de revenu, ce que ne faisait pas le préavis du 8 septembre 2017). L'avocat de l'assurée l'a par ailleurs très bien compris, ce que démontre déjà son exposé dans son objection du 9 octobre 2017. L'argumentation juridique de son recours prouve aussi qu'il a pu suivre le raisonnement de l'intimé et en saisir les enjeux, comme l'atteste l'accent porté à l'admission de l'existence d'un motif de révision consistant (à son sens) en une détérioration de l'état de santé de l'assurée (maux de dos en recrudescence depuis 2016) ayant prétendument induit une réduction supplémentaire de la capacité de travail de la recourante (cf. ad art. 6 mémoire de recours). Au vu de ce qui précède, c'est à tort que la recourante fait valoir une violation de son droit d'être entendue au motif que l'intimé n'aurait pas expliqué en suffisance comment ont été arrêtés les revenus (avec et sans invalidité) déterminants pour fixer le degré d'invalidité (ATF 136 I 229 c. 5.2, 124 V 180 c. 1a; SVR 2017 KV n° 6 c. 5).

10.

10.1 La décision de l'Office AI doit par conséquent être confirmée et le recours, rejeté.

10.2 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA et selon l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. La recourante qui succombe doit ainsi supporter les frais de la procédure fixés forfaitairement à Fr. 800.-. Ceux-ci sont compensés par son avance de frais (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés avec son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué (A):
 - Caisse de pension F. _____.

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).