

**200.2018.647.AI**

N° AVS  
ANP/REN

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

**Jugement du 2 avril 2020**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
Th. Ackermann et C. Tissot, juges  
P. Annen-Etique, 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 9 août 2018



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1964 et mère d'un fils né en 1993, dispose d'une formation certifiée en tant qu'employée de commerce. Excepté un premier poste temporaire d'employée de maison et des périodes intermittentes de chômage, elle a travaillé dans sa profession et a notamment été engagée en cette qualité à partir d'août 1998. Entre deux séjours vers le commencement/mi-1999 ainsi qu'au début 2000 dans une clinique psychiatrique, l'assurée a perçu des indemnités journalières maladie à raison d'une incapacité de travail continue attestée dès le 17 septembre 1999. Licenciée pour fin février 2000, elle s'est annoncée en septembre 2000 à l'assurance-invalidité (AI) en invoquant une dépression et des crises d'angoisse remontant à 1995. En possession d'une expertise psychiatrique établie sur son mandat le 26 janvier 2002, l'Office AI Berne a prononcé le 24 juillet 2002 l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2000. Une mise sous curatelle volontaire de l'assurée a été prononcée le 5 avril 2001 (et semble-t-il levée par la suite).

**B.**

A fin 2003, l'Office AI a initié une procédure de révision du droit à la rente et s'est à cette fin régulièrement enquis de la situation médicale, en particulier auprès du généraliste traitant qui l'a notamment informé du fait que sa patiente avait subi le 24 août 2005 un bypass gastrique à raison de son adiposité morbide. Le même office a par ailleurs mandaté sa Division de réadaptation professionnelle et a consécutivement octroyé plusieurs mesures d'ordre professionnel, en particulier un reclassement en tant que secrétaire-comptable auprès d'une entreprise ayant ensuite engagé l'assurée à 50% à partir du 10 avril 2006. Par deux décisions des 4 et 15 décembre 2006, l'Office AI a prononcé la réduction de la rente à une demi-rente à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2006. Cette prestation a été confirmée de manière informelle le 29 juin 2009 suite à une nouvelle révision du droit courant 2008. Dans l'intervalle, l'intéressée a été licenciée pour fin juin

2008 et a retrouvé un emploi à 50% comme secrétaire comptable à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2008.

### **C.**

Dans le cadre d'une nouvelle révision de la rente vers mi-2012, l'assurée a indiqué que son état de santé physique et psychique s'était dégradé depuis environ septembre 2011 et qu'une hospitalisation était prévue (séjour de réadaptation psychosomatique effectué du 7 au 27 août 2012). Elle mentionnait se trouver en arrêt de travail depuis le 4 avril 2012 et avoir été licenciée pour fin septembre 2012. L'Office AI s'est ponctuellement renseigné sur la situation médicale auprès des généraliste et rhumatologue traitants, ainsi que des services psychiatriques responsables du suivi ambulatoire. Ledit office a ensuite mandaté des expertises sur les plans psychiatrique et rhumatologique (établies les 30 mai et 10 juin 2013). Une enquête pour l'allocation d'impotence (API) a été réalisée le 25 février 2014 au sortir d'une 3<sup>ème</sup> (après celles de 1999 et 2000) admission en clinique et a abouti à une décision de refus d'API. Une nouvelle expertise psychiatrique a été ordonnée début 2015 (rapport y relatif du 22 mai 2015).

### **D.**

Selon une préorientation du 3 août 2015, l'Office AI a envisagé de supprimer la demi-rente pour l'avenir. Suite aux objections de l'assurée hospitalisée pour la 4<sup>ème</sup> fois en clinique entre mi-août et mi-septembre 2015, ledit office s'est enquis de l'avis des services psychiatriques traitants. En date du 24 juin 2016, l'intéressée a sollicité des mesures professionnelles sur le droit auxquelles l'Office AI a sursis sa décision dans l'attente d'un complément d'expertise psychiatrique établi le 8 novembre 2016. Dans l'intervalle, cet office a recueilli l'appréciation du rhumatologue traitant qui lui a aussi transmis un autre avis rhumatologique. Une nouvelle expertise rhumatologique a été rédigée le 12 juillet 2017 sur mandat de l'intimé qui s'est ultérieurement vu remettre un rapport de sortie consécutif à une 5<sup>ème</sup> admission en clinique du 23 août au 15 septembre 2017. En

date du 9 août 2018 et après dû préavis (à nouveau contesté), l'Office AI a prononcé la suppression de la rente à la fin du mois suivant sa décision.

## **E.**

Par acte du 11 septembre 2018, l'assurée, par sa représentante (mandat constitué fin août 2015), a contesté cette décision devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite des frais et dépens, elle conclut à l'annulation de celle-ci ainsi qu'au maintien de sa demi-rente et, à titre subsidiaire, au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a par ailleurs sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire limitée aux frais. Le 10 octobre 2018, l'Office AI a renoncé à déposer une réponse en renvoyant à sa décision et en concluant au rejet du recours. Sur demande de la juge instructrice, la recourante a attesté le 14 novembre 2018 du fait qu'elle était au bénéfice d'une assurance de protection juridique et a retiré sa requête d'assistance judiciaire. Sa mandataire a envoyé le même jour au TA sa note d'honoraires. Par ordonnance du 15 novembre 2018, la juge instructrice a pris acte du retrait de cette requête, a radié celle-ci du rôle du TA et exigé le versement d'une avance de frais de Fr. 800.- (dûment payée).

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision du 9 août 2018 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et, avec effet au premier jour du deuxième mois suivant sa notification, prononce la suppression de la demi-rente versée à la recourante depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et, principalement, sur le maintien de la demi-rente, ainsi que, subsidiairement, sur le renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

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

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

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

## **2.**

L'assurée invoque tout d'abord implicitement une violation de son droit d'être entendue par le fait que "la décision de l'Office AI est identique à la préorientation et que l'Office AI n'a donc pas répondu à ses [nos] objections" (recours p. 4).

**2.1** Les décisions doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties (art. 49 al. 3 LPGA). L'obligation de motiver représente une part importante du droit d'être entendu au sens de l'art. 29 al. 2 Cst. Elle doit empêcher que l'autorité se laisse guider par des motifs partiels et permettre le cas échéant aux intéressés de contester la décision de façon adéquate. Cela n'est possible que si la personne concernée et l'autorité de recours peuvent se faire une idée de la portée de la décision. En ce sens, les réflexions qui ont guidé l'autorité et sur lesquelles se fonde la décision doivent au moins être brièvement mentionnées. Il n'est toutefois pas nécessaire que tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties soient expressément exposés et discutés. Il suffit plutôt que les

points importants en vue du jugement figurent dans la décision (ATF 136 I 229 c. 5.2, 124 V 180 c. 1a; SVR 2017 KV n° 6 c. 5).

**2.2** L'Office AI a étayé sa décision contestée de suppression d'une demi-rente par le fait que, sur la base des dernières expertises établies sur son mandat aux plans psychiatrique et rhumatologique, la recourante ne présente en l'état plus d'atteinte invalidante à sa santé. Ledit office a par ailleurs précisé qu'à teneur du (dernier) rapport de sortie hospitalier, l'assurée s'est vu diagnostiquer un épisode dépressif grave passager durant son séjour en clinique du 23 août au 15 septembre 2017, mais que la situation médicale demeure pour autant identique à celle décrite précédemment (voir début c. 2.2 supra). Cette motivation, il est vrai plutôt succincte, ne mentionne en rien les objections du 23 mai 2018 (contrairement à une autre version de la décision datée du 27 juillet 2018, qui figure au dossier AI [dos. AI] 229, mais qui a apparemment été adressée à l'assurée et non à sa mandataire). Quoi qu'il en soit, la décision reçue par la mandataire a en tous les cas permis à la partie recourante de se faire une idée quant à la portée du prononcé à son encontre. Comme déjà relevé (c. 2.1 supra), il n'est pas nécessaire que tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties soient expressément exposés et discutés par l'autorité. Or, eu égard aux éléments de motivation rappelés ci-dessus, on saisit ici immédiatement les considérations qui ont amené l'intimé à supprimer la demi-rente AI. Le contenu relativement détaillé du mémoire de recours confirme du reste que l'assurée a été en mesure de contester de façon adéquate la décision, ce d'autant qu'elle était assistée à cet effet par une avocate. Le fait quant à lui de savoir si l'appréciation retenue par l'Office AI se défend sous un angle juridique relève du fond du litige et sera examiné ci-après.

**2.3** Le droit d'être entendue de la recourante n'a par conséquent pas été violé et ce grief doit être écarté.

### **3.**

**3.1** L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut

résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). 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).

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.

**3.2** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente. La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable. Un autre diagnostic ou la suppression d'un diagnostic ne représentent une aggravation, respectivement, une amélioration de l'état de santé propres à motiver une révision que si ces changements de circonstances touchent le droit à la rente. Selon la jurisprudence constante, l'appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle pas à une révision (ATF 144 I 103 c. 2.1, 141 V 9 c. 2.3 et 5.2; SVR 2018 UV n° 22 c. 2.2.1).

Lorsque la rente a déjà été révisée ou confirmée antérieurement, il s'agit de prendre comme base temporelle de comparaison, la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits (médicaux) pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (la comparaison des revenus n'ayant toutefois dû être pratiquée que s'il existait des indices d'une modification des conséquences exercées par

l'état de santé sur la capacité de gain; ATF 133 V 108 c. 5.4; SVR 2019 IV n° 68 c. 2).

Lorsqu'une modification notable de l'état de fait est donnée, le droit à la rente doit être examiné tant sous l'angle des faits que du droit de manière complète, c'est à-dire en tenant compte du spectre entier des éléments déterminant le droit à la prestation, ainsi qu'avec un regard neuf et sans être lié à de précédentes estimations de l'invalidité (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; SVR 2019 IV n° 39 c. 5).

**3.3** 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).

Une atteinte à la santé psychique importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49, qui ont trop peu été pris en considération en pratique. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue (ATF 127 V 294 c. 5a), il ne saurait être question d'une atteinte à la santé assurée. Partant, dans une telle situation, un droit à une rente doit être exclu, même si les critères de classification d'un trouble psychique sont réalisés (cpr. art. 7 al. 2 1<sup>ère</sup> phr. LPGA). Si une atteinte à la santé assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

D'après la jurisprudence, l'adiposité n'entraîne pas en principe d'invalidité donnant droit à une rente, lorsqu'elle ne provoque pas d'atteintes corporelles ou psychiques et qu'elle n'est pas la conséquence d'une telle

atteinte. En l'absence de telles circonstances, elle doit quand même être considérée comme invalidante si, au regard des circonstances du cas d'espèce, elle ne peut, par le biais d'un traitement ou d'une perte de poids exigibles, être ramenée à un niveau tel que le surpoids, en relation avec toutes les éventuelles atteintes qui en sont la conséquence, n'entraîne pas une diminution présumée permanente ou de longue durée de la capacité de gain ou des facultés d'accomplir les travaux habituels (TF 8C\_74/2008 du 22 août 2008 c. 2.2).

**3.4** Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

#### 4.

Est litigieux le point de savoir s'il existe un motif de révision propre à influencer le droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.

**4.1** Les dernières décisions AI entrées en force reposant sur un examen matériel complet du droit ont été rendues les 4 et 15 décembre 2006. Auxdites dates, l'intimé a statué une diminution de la rente d'invalidité jusqu'alors entière à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> juillet 2006. Ces deux décisions doivent dès lors servir de base temporelle de comparaison en vue de déterminer si un changement sensible de la situation réelle susceptible d'influer sur le degré d'invalidité est survenu depuis leur prononcé jusqu'à la décision litigieuse du 9 août 2018.

**4.2** S'appuyant sur l'expertise psychiatrique datée du 22 mai 2015, l'Office AI admet que l'état de santé s'est encore amélioré par rapport à la situation ayant justifié la réduction au 1<sup>er</sup> juillet 2006 de la rente entière à une demi-rente AI. Il défend cette conclusion vu la présence, "clairement au premier plan", de facteurs sans rapport avec une maladie tels l'âge et les problèmes rencontrés avec le fils. De son avis, cette amélioration est telle qu'un diagnostic en mesure d'influencer la capacité de travail ne peut plus être retenu et ce, même à prendre en considération la dernière hospitalisation du 23 août au 15 septembre 2017 n'attestant de toute façon pas selon lui d'une évolution médicale durable. Niant au surplus une modification objective de la situation somatique (par rapport à l'expertise rhumatologique du 10 juin 2013 qui ne retenait alors déjà aucune affection sur ce plan), il exclut toute atteinte invalidante à la santé.

La recourante, pour sa part, reproche à l'Office AI de s'être uniquement fondé sur l'expertise psychiatrique du 22 mai 2015 pour attester une amélioration de son état de santé. Elle conteste la valeur probante de cette évaluation qui constitue le seul avis médical au dossier niant l'existence d'une atteinte psychique invalidante et considère en outre celle-ci comme dépassée vu la nouvelle hospitalisation intervenue après son établissement. D'après elle, l'expertise précitée représente tout au plus une appréciation différente d'un état de fait demeuré pour l'essentiel inchangé depuis la dernière décision AI lui octroyant une demi-rente AI et ne

justifierait ainsi pas une révision du droit sous l'angle de l'art. 17 LPGA. Dans cette continuité, elle dénie également toute validité à l'expertise rhumatologique dont elle estime le résultat contredit par les limitations fonctionnelles objectivées durant son suivi médical.

**4.3** Le point de savoir si la situation médicale établie à la date de la décision attaquée du 9 août 2018 rend compte d'une évolution déterminante par rapport à la situation qui prévalait lorsqu'a été prononcée à fin 2006 la réduction à une demi-rente AI peut en l'occurrence toutefois demeurer indéterminé. Il n'est nul besoin ainsi de déterminer si l'on est en présence de simples appréciations divergentes d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé et n'appelle donc pas à une révision, par exemple en raison d'une évolution des conceptions médico-juridiques ou de simples différences nominales de diagnostics sans influence sur le droit à la rente (ATF 144 I 103 c. 2.1, 141 V 9 c. 2.3 et 5.2, 135 V 201 c. 6.4, 115 V 308 c. 4a/bb; SVR 2018 UV n° 22 c. 2.2.1, n° 13 c. 4.2.2). En effet, la réduction de la rente entière accordée depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000 à une demi-rente avec effet au 1<sup>er</sup> juillet 2006 résultait d'un calcul de l'invalidité basé alors sur un revenu d'invalidé de Fr. 27'040.- par an correspondant au revenu réellement réalisé par l'assurée suite à l'amélioration de son état de santé (perte de poids) obtenue après l'opération gastrique du 24 août 2005 et le succès de sa réintégration à 50% sur le marché du travail à partir du 10 avril 2006 (dos. AI 77/4; 90/1-4). Or, cet emploi a été résilié avec effet au 30 juin 2008, de sorte que sa perte représente un motif de révision (économique) du droit à la rente. Peu importe à cet égard que la recourante ait retrouvé peu après, à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2008, un nouvel emploi de secrétaire-comptable, du reste mieux rémunéré, et que l'intimé, pourtant informé de ce changement économique, n'ait pas instruit cette nouvelle situation et se soit limité à confirmer par communication informelle du 29 juin 2009 le droit à la demi-rente AI (dos. AI 91/1-5; 92/1-2). Il s'avère uniquement décisif en vue de l'examen comparatif à effectuer à la date de la décision contestée du 9 août 2018 que la recourante n'exerçait plus, à ce moment-là, l'emploi qu'elle occupait lors des prononcés des 4 et 15 décembre 2006 à l'origine de la dernière modification de sa rente. C'est d'ailleurs dans le contexte de l'incapacité de travail ayant entraîné la perte du nouvel emploi commencé le 1<sup>er</sup> décembre 2008 au 30 septembre 2012

(dernier jour de travail effectif le 30 mars 2012) que l'intimé a instruit la nouvelle procédure de révision initiée le 31 mai 2012 (voir aussi intervention de l'assurance perte de gain pour maladie; dos. AI 96/1-2; 98/2-6).

**4.4** Il s'ensuit qu'un motif de révision est en l'espèce donné au sens de l'art. 17 LPGA et qu'un examen libre tenant compte du spectre entier des éléments déterminant le droit à la prestation doit avoir lieu. Il en découle que l'Office AI n'est pas lié à de précédentes estimations de l'invalidité et dispose d'un regard neuf pour apprécier la situation médicale valable au moment de sa décision contestée, indépendamment dès lors de toute évolution réelle ou non de celle-ci (c. 3.2 supra).

## **5.**

**5.1** Dans le cadre de la procédure de révision ouverte à mi-2012, l'intimé s'est tout d'abord régulièrement enquis de la situation médicale auprès du généraliste et des spécialistes traitants, à savoir un rhumatologue suivant l'assurée depuis janvier 2012 ainsi que divers psychiatres/psychologues encadrant le traitement ambulatoire instauré en mars 2012 auprès de services psychiatriques où la patiente a également été hospitalisée à cinq reprises (structure ambulatoire/stationnaire qu'ont d'abord assurée les Services C. \_\_\_\_\_ remplacés ultérieurement par le Réseau D. \_\_\_\_\_ lui-même depuis lors intégré à l'hôpital E. \_\_\_\_\_, Département F. \_\_\_\_\_).

**5.2** Sur les conseils de son SMR, plusieurs expertises ont en outre été mandatées par l'intimé.

**5.2.1** Ainsi, une expertise bidisciplinaire a tout d'abord été réalisée le 8 mai 2013 sur les plans psychiatrique (Dr G. \_\_\_\_\_) et rhumatologique (Dr H. \_\_\_\_\_).

Dans son rapport y relatif du 30 mai 2013, l'expert psychiatre a admis l'existence d'un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel de degré moyen, à composante anxieuse et sans syndrome somatique (ICD-10:

F33.10) ainsi que celle d'un trouble panique (ICD-10: F41.0) en tant que diagnostics influençant potentiellement la capacité de travail. Se prononçant sur les restrictions encourues dans celle-ci, l'expert a estimé que l'assurée ne pouvait plus exercer qu'à hauteur de 50% son emploi usuel d'assistante de direction et que ce taux d'exigibilité valait également pour une autre activité adaptée aux handicaps. Il a en outre précisé que la problématique dépressive s'était temporairement péjorée au début avril 2012 et que cela s'était aussi répercuté sur la capacité de travail si bien qu'il fallait rétrospectivement retenir une incapacité de travail entière en avril et mai 2012, de 70% de juin 2012 à début mars 2013, puis à nouveau à 50% comme cela valait avant avril 2012. Le pronostic était qualifié d'ouvert par l'expert.

L'expert rhumatologue a quant à lui exclu le 10 juin 2013, sous traitement biologique de la recourante par humira (adalimumab), une maladie rhumatologique spécifique objectivable, en précisant qu'une polyarthrite séronégative avait été supputée d'après l'anamnèse moyennant un début des symptômes en 2011 et une réponse favorable à un traitement avec méthotrexate. Sans influence du point de vue de la capacité de travail étaient énumérés des lombalgies depuis l'âge de 20 ans avec spondylolisthésis L5-S1, un soupçon de début de coxarthrose gauche (cliniquement), un status après un accident de moto comme accompagnante à l'âge de 20 ans avec traumatisme crânien (selon anamnèse), une adiposité morbide diagnostiquée en 2004 et un status après un bypass gastrique par laparoscopie le 24 août 2005, une hypothyroïdie substituée connue et traitée depuis 15 à 20 ans, une légère insuffisance tricuspidiennne, un status après thrombose veineuse profonde gauche et embolie pulmonaire en 2003, un status après thrombose veineuse profonde droite en novembre 2012, de l'hypertonie artérielle (d'après l'anamnèse), un manque latent de fer (2005), un status après extraction d'un fibrome utérin en 2010, un manque des vitamines D3 et B12 et, tendanciellement, de fer également (tous trois manques constatés en 2013). Selon l'expert, des activités légères à moyennement lourdes permettant d'alterner les postures étaient pour le moins exigibles et ce, à raison de 8,5 heures par jour.

Sous l'angle bidisciplinaire, les experts ont nié la présence d'une atteinte rhumatologique propre à influencer la capacité de travail et ont de ce fait retenu que l'évaluation psychiatrique valait sans restriction comme appréciation interdisciplinaire commune.

**5.2.2** Une nouvelle expertise psychiatrique établie le 22 mai 2015 (Dr I. \_\_\_\_\_) a abouti à la conclusion qu'il n'existait chez la recourante aucune atteinte primaire indépendante à la santé psychique susceptible d'entraver par sa seule typicité symptomatique la capacité de travail. Le nouvel expert mandaté a souligné que l'assurée évoquait elle-même un "burnout familial" en lien avec ses inquiétudes au sujet de son fils. S'appuyant sur le dossier et son propre examen, il a constaté qu'une maladie psychique ayant possiblement débuté en 1994 et récidivé en 2000 s'est traduite par une symptomatique dépressive ou anxieuse et qu'une adiposité et une boulimie se sont ajoutées à ce tableau clinique. De son avis, il s'avérait cependant difficile de différencier une telle symptomatique psychique des facteurs psychosociaux alors présents (assurée mère célibataire, séparée du père de son enfant). En tous les cas, l'expert a rappelé que pour autant que l'intéressée en ait effectivement été atteinte, un trouble dépressif récurrent primaire avec deux épisodes dépressifs aurait très bien pu être soigné à l'instar d'un trouble anxieux, et qu'une boulimie ou adiposité n'auraient de toute façon pas généré d'incapacité de travail durable en tant qu'employée de commerce. Il admet une rémission progressive du trouble psychique après 2005, époque à laquelle l'assurée a cherché à recouvrer une certaine capacité de travail, d'abord à 30%. D'après lui, il n'y a pas eu de nouvel épisode dépressif suite à l'accentuation dès 2011 des difficultés rencontrées avec le fils et l'absence de reprise depuis lors d'un emploi s'explique par des facteurs étrangers à l'invalidité. Moyennant un reconditionnement et un temps d'adaptation de quelques semaines, il considère que l'assurée est apte à retravailler à temps complet dans tout type d'emploi.

Dans un complément daté du 8 novembre 2016, le même spécialiste a retenu qu'il n'existe en l'état aucune symptomatique psychopathologique attestant d'un trouble psychique primaire. Il a en particulier nié toute détérioration médicale depuis son expertise du 22 mai 2015 en lien avec la

symptomatique affective, l'évolution d'une maussaderie dépressive ainsi que le trouble anxieux généralisé évoqués par les médecins traitants, renvoyant à sa précédente discussion critique de ces diagnostics. Il a en revanche constaté une adiposité croissante en tant qu'expression d'un trouble alimentaire, toutefois non spécifique, et a de ce fait admis une péjoration de l'état de santé pouvant entraîner une diminution médico-théorique d'au maximum un tiers de la capacité de travail. De son avis, ce trouble ne doit cependant pas être attribué à une atteinte psychique indépendante, mais à l'adiposité ainsi qu'aux autres facteurs physiques présents (de nature rhumatologique ou orthopédique). Moyennant un traitement spécifique d'une demi-année, la capacité médico-théorique peut selon lui être à nouveau normalisée.

**5.2.3** L'expert rhumatologue (Dr J. \_\_\_\_\_) ayant examiné l'assurée le 12 juillet 2017 a diagnostiqué, dans son rapport daté du même jour et avec influence sur la capacité de travail, une adiposité morbide (153 kg/172 cm) après une réduction pondérale de 163 à 88 kg suite à un bypass gastrique en 2005 et une reprise du poids jusqu'à 153 kg, ainsi que des restrictions dans toutes les activités quotidiennes. Sans répercussions sur les aptitudes professionnelles, il a fait état de douleurs rhumatismales inflammatoires d'après l'anamnèse diagnostiquées d'abord en tant que polyarthrite et arthrite rhumatoïde puis comme spondylarthrite axiale et périphérique, d'un trouble douloureux chronique à titre de diagnostic différentiel ainsi que d'une hypothyroïdie substituée. En raison de l'adiposité de l'assurée, il considère que la capacité de travail est réduite de 25% dans l'activité usuelle adaptée de bureau eu égard aux répercussions de cette problématique notamment sur le trajet jusqu'au lieu de travail, lorsqu'il s'agit de transporter ou de ranger des documents ou encore en rapport avec le rythme de travail. Les aptitudes offertes dans les tâches ménagères sont quant à elles évaluées à 70%.

**5.3** En procédure de recours, l'assurée a produit un rapport médical du 23 août 2018 émanant de son rhumatologue ainsi qu'une prise de position établie le 9 septembre 2018 par ses psychiatre et psychologue traitants (dossier recourante [dos. rec.] 3 et 4). En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie la légalité de la décision attaquée d'après

l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (voir à ce sujet: c. 1.1 supra), à moins que les nouveaux rapports médicaux invoqués soient de nature à influencer sur l'appréciation au moment où la décision attaquée a été prononcée (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Au présent cas, les rapports médicaux précités des 23 août et 9 septembre 2018, certes postérieurs à la décision contestée du 9 août 2018, permettent toutefois certaines déductions utiles quant à la situation qui prévalait déjà bien avant le prononcé de celle-ci. Il y aura dès lors lieu d'en tenir compte dans le cadre de l'appréciation des preuves (c. 6 infra).

## **6.**

### **6.1**

**6.1.1** Au plan psychique tout d'abord, l'expertise rendue sur mandat de l'intimé le 22 mai 2015 se conforme à tous égards aux réquisits formels posés par la jurisprudence du TF (c. 3.4 supra). Cette évaluation psychiatrique s'appuie à la fois sur un entretien de 2 heures et 5 minutes avec la patiente, ainsi que sur une étude approfondie du dossier médico-asséurologique restitué par larges extraits. Des données recueillies auprès de l'assurée quant à ses plaintes actuelles et au déroulement de ses journées, des anamnèses fouillées aux plans personnel et familial, le rappel des antécédents médicaux, un bilan de consommation (niée) de substances psychotropes de même qu'une mention de l'actuelle médication contribuent en outre à ancrer cette évaluation spécialisée dans un contexte de vie aussi concret que possible. Au plan strictement médical, l'expert dresse un état clinique minutieux avant de nier la résurgence d'un trouble psychique primaire postérieurement aux épisodes dépressifs de 1994 et 2000, puis de conclure à la rémission de ce trouble au plus tard après 2005 vu l'amélioration alors établie à l'anamnèse et confirmée par la reprise d'un emploi (dès avril 2006). Il se distancie à cet effet des conclusions du généraliste traitant qui, lui, estime, dans ses rapports AI des 16 août et 13 octobre 2012, qu'un état anxio-dépressif chronique péjoré dès 2011 influence la capacité de travail et rappelle que d'autres facteurs apparus entre 2011 et 2013 se répercutent potentiellement sur celle-ci, à savoir des

facteurs d'ordre somatique (polyarthropathie inflammatoire, prise de poids) et psychosocial (inquiétudes en particulier liées au procès pénal du fils). Dans cette continuité, l'expert contredit également avec cohérence le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (ICD-10: F41.2), posé par les Services C.\_\_\_\_\_ dans leur rapport AI du 21 août 2012. A l'appui, il relève que la clinique de réadaptation au sein de laquelle l'assurée a séjourné du 7 au 27 août 2012 n'a diagnostiqué, pour la même période, qu'un état dépressif de degré moyen et que les observations recueillies lors de ce séjour renseignaient davantage sur la présence de facteurs d'ordre social que sur l'évolution typique d'un épisode dépressif. Pour étayer ce constat, il mentionne le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (ICD-10: F41.2) posé peu après, le 2 octobre 2012, par les Services C.\_\_\_\_\_ et qui, en tant que trouble névrotique au sens du chapitre F4 de l'ICD-10 et à l'instar du trouble panique retenu par l'expert psychiatre de 2013, n'implique pas une incapacité de travail durable mais est accessible à un traitement psychopharmacologique/-comportemental combiné. Il met en outre en cause l'épisode dépressif actuel de degré moyen attesté par l'expert de 2013 au motif que ce dernier n'opère pas de délimitation stricte entre les éléments d'anamnèse anciens et ceux rapportés à son examen, ainsi qu'en raison du fait que ce diagnostic n'apparaît pas compatible avec les ressources de la patiente observées jadis à l'examen psychiatrique. Le nouvel expert expose dès lors avec force motivation et au fil d'une discussion très serrée les motifs qui l'amènent à considérer, du point de vue de la pratique actuelle en matière d'expertise, que ses confrères soit n'attestent pas une atteinte à la santé psychique invalidante ou tout au plus un état de rémission postérieurement à l'épisode dépressif de 2000, soit que ceux-ci posent des diagnostics qui ne sont pas corrélés avec leurs observations cliniques.

**6.1.2** La recourante ne saurait partant être suivie lorsqu'elle fait grief à l'intimé d'avoir fait siennes les conclusions de l'évaluation spécialisée précitée sans les avoir "confrontées aux avis contraires des autres experts et des médecins traitants pourtant unanimes et cohérents" (recours art. 2 p. 7). Aux fins d'asseoir son appréciation écartant tout nouvel épisode dépressif en tant qu'expression d'un trouble affectif récurrent au sens de l'ICD-10 F32 ou F33, l'expert ne s'est qui plus est pas limité à contrer ces

évaluations divergentes au dossier de la cause. Il a en effet également pris appui sur ses propres observations cliniques postérieures de plus de deux ans à celles de son confrère de 2013, sur les indications de l'assurée relatives à son état d'esprit, ainsi que sur le fait que cette dernière parvient à très bien structurer ses journées et est en mesure de se projeter dans l'avenir. Sous l'angle de sa force probante, il est par ailleurs sans incidence que l'expertise du 22 mai 2015 ait été réalisée avant la publication de la jurisprudence prescrivant la procédure d'évaluation structurée pour les troubles psychosomatiques (ATF 141 V 281 rendu le 3 juin 2015) et, a fortiori, avant celle étendant cette procédure à l'ensemble des atteintes psychiques (ATF 143 V 418 c. 6 et 7 et 143 V 409 c. 4 du 30 novembre 2017). Quoiqu'il en soit, cette expertise mise en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perd pas d'emblée toute valeur probante et il importe uniquement de savoir si elle permet une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Or, tel est bien le cas en l'espèce puisque cette évaluation axée sur la nature primaire ou non de la problématique psychique en cause veille à dissocier celle-ci des facteurs somatiques (obésité, en particulier) et psychosociaux présents (problèmes familiaux, âge), notamment sous l'angle motivationnel (déconditionnement lié au long éloignement du marché du travail). A l'inverse, les médecins traitants et l'expert psychiatre de 2013 ne font quant à eux pas totalement abstraction dans leurs conclusions des facteurs précités au gré desquels semble même fluctuer leur appréciation des limitations fonctionnelles encourues. C'est aux fins d'ailleurs d'éviter tout malentendu à ce sujet que l'expert psychiatre de 2015 a rappelé les contours de son mandat qui ne vise pas à soutenir l'assurée dans ses démarches à l'égard de l'AI, mais à déterminer de manière neutre s'il existe une atteinte primaire à la santé psychique indépendante de circonstances étrangères à l'invalidité. En effet, il n'existe aucun droit à une rente lorsque les troubles psychiques trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial et disparaissent si les facteurs extérieurs s'effacent eux-mêmes (ATF 127 V 294 c. 5a; SVR 2012 IV n° 52 c. 3.2).

**6.1.3** Après que les médecins traitants ont soutenu une nouvelle détérioration médicale, l'intimé a qui plus est encore recueilli un complément à l'expertise précitée établi le 8 novembre 2016 d'après la

procédure d'évaluation structurée prévue par la nouvelle jurisprudence du TF (c. 3.3 supra). S'appuyant sur un entretien d'une heure et 45 minutes avec l'assurée ainsi que sur une anamnèse médicale et personnelle actualisée jusqu'à la date de son établissement, cette nouvelle évaluation se conforme à la pratique relative à la valeur probante des expertises médicales (c. 3.4 supra). A l'appui d'une discussion ciblée et convaincante, l'expert se distancie du diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen ou sévère (ICD-10: F33.1 ou F33.2), et de celui d'anxiété généralisée (ICD-10: F41.1) retenus dans les derniers rapports AI des Services C. \_\_\_\_\_ des 17 avril, 25 septembre 2014, 7 décembre 2015 et 19 janvier 2016. En l'absence d'une adaptation de la psychopharmacothérapie depuis plus de 15 ans, cet expert considère que l'hospitalisation intervenue du 17 août au 14 septembre 2015 en raison d'idées suicidaires ne rend pas compte d'un nouvel épisode dépressif, encore moins à caractère sévère. De son avis, les maussaderies décrites à l'automne 2015 ensuite des prononcés négatifs de l'intimé ne suffisent pas à étayer un trouble dépressif récurrent. Bien plus, il considère que l'évolution récente décrite par la patiente, sous l'angle notamment des bénéfices retirés du suivi psychothérapeutique tendant à une meilleure distanciation par rapport aux difficultés d'autrui, contredit ce diagnostic. D'après ses constatations cliniques, l'expert s'interroge de plus une nouvelle fois sur la crédibilité du trouble affectif diagnostiqué au sens de l'ICD-10 F32 ou F33 par ses confrères, attribuant quant à lui les syndromes dépressifs dont l'assurée a possiblement souffert dans le passé à des circonstances extérieures telle la situation difficile vécue avec le fils. A l'appui de son complément, il admet une baisse maximale d'un tiers du rendement professionnel à raison d'un trouble alimentaire qu'il refuse toutefois de qualifier de trouble psychique primaire, attribuant bien plus celui-ci à une adiposité croissante objectivée à son examen. Abstraction faite des facteurs physiques (parmi lesquels il mentionne aussi un handicap passager à une main après une fracture), il considère, comme en 2015, qu'une capacité de travail entière est préservée dans n'importe quel type d'emploi. N'en contredise l'intéressée, cette évaluation complémentaire demeurerait actuelle à la date de la décision contestée du 9 août 2018 nonobstant la nouvelle hospitalisation du 23 août au 15 septembre 2017 auprès du Réseau D. \_\_\_\_\_. Aucune péjoration durable ne peut en effet

être inférée de ce séjour hospitalier intervenu en mode volontaire, au cours duquel la recourante a même fait part de son souhait de retravailler à terme à 50% et de se former comme secrétaire en ressources humaines (un accompagnement dans ce projet lui ayant jadis été prodigué par une assistante sociale du Réseau D. \_\_\_\_\_). Dans un rapport AI du 9 février 2018, les médecins du Réseau D. \_\_\_\_\_ ont d'ailleurs confirmé ces bonnes prévisions en attestant une capacité de travail améliorée à 50% par rapport à la dernière appréciation des Services C. \_\_\_\_\_ du 19 janvier 2016 qui tablait sur une incapacité de travail entière depuis le 4 avril 2012. Une évolution médicale déterminante depuis l'expertise psychiatrique de 2015/2016 ne saurait non plus être inférée de l'appréciation rendue le 9 septembre 2018 par les actuels psychiatre et psychologue traitants. En effet, cette évaluation est, elle aussi, étayée par la seule hospitalisation intervenue en août/septembre 2017 ainsi que par la prétendue résurgence sous une forme sévère du trouble dépressif récurrent. Or, comme déjà relevé (c. 6.1.1 à 6.1.3 supra), un tel diagnostic ne peut être ici posé, pas davantage que l'hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques (ICD-10: F50.4) également retenue par les psychothérapeutes traitants. S'agissant de cette dernière affection, l'on relèvera du reste que les Services C. \_\_\_\_\_ l'ont évoquée avant même l'établissement du complément d'expertise psychiatrique (qui en tient compte) et que le Réseau D. \_\_\_\_\_ n'a lui-même plus retenu ce diagnostic.

**6.1.4** Partant, il y a lieu d'admettre le caractère probant de l'expertise du 22 mai 2015, complétée le 8 novembre 2016, non seulement dans ses aspects spécifiquement médicaux, mais aussi dans sa proposition d'évaluation de la capacité de travail et de son évolution. A un degré de vraisemblance prépondérante (degré de preuve valable en droit des assurances sociales: ATF 144 V 427 c. 3.2), il en découle que pour autant qu'il ait jamais existé, le trouble dépressif récurrent (à nouveau) décompensé en 2000 s'est résorbé suite au bypass subi en août 2005 ainsi qu'à la reprise d'un emploi début avril 2006. Cette amélioration a débouché sur la réduction à une demi-rente prononcée avec effet au 1<sup>er</sup> juillet 2006. La nouvelle expertise psychiatrique qui atteste de cette évolution favorable suite à la révision initiée vers mi-2012 l'emporte non seulement sur les

appréciations divergentes des médecins traitants, mais également sur les conclusions retenues dans l'expertise psychiatrique du 30 mai 2013. En effet, la situation investiguée lors de cette dernière était influencée par la période d'instabilité consécutive à l'arrêt de travail au 4 avril 2012 attribué par l'expert d'alors à une problématique psychique malade et dont celui-ci a estimé qu'elle venait juste de se résorber moyennant restauration, dès avril 2013, de la capacité de travail à 50% attestée avant avril 2012. Or, durant les six ans qui ont séparé son évaluation spécialisée de mai 2013 et la décision contestée d'août 2018, la situation a encore fluctué. Qui plus est, son expertise a été établie avant la publication de la jurisprudence prescrivant la procédure d'évaluation structurée pour les troubles psychosomatiques d'abord, puis ultérieurement pour l'ensemble des troubles psychiques, et, contrairement à l'expertise de 2015/2016, ne différencie pas clairement les troubles psychiques à caractère primaire des facteurs physiques (obésité) et psychosociaux présents, ainsi que, comme le relève le dernier expert psychiatre, la pratique actuelle en matière d'expertise le prescrit (dos. AI 153.1/20).

## **6.2**

**6.2.1** Sous l'angle somatique, l'expertise rhumatologique établie le 12 juillet 2017 répond à tous égards aux exigences du TF relatives à la valeur probante des documents médicaux (c. 3.4 supra). Les antécédents médicaux sont rapportés avec grande minutie à l'instar des traitements ambulatoires et stationnaires (y compris opératoires) mis en place jusqu'alors, ainsi que des éléments relevant de l'anamnèse professionnelle et sociale. Des indications supplémentaires de la patiente concernant ses antécédents de santé, ses plaintes et sa médication actuelles, ses souhaits en lien avec la reprise d'une activité lucrative, le déroulement de ses journées et ses contacts interpersonnels viennent en outre compléter cet aperçu d'ensemble. L'examen clinique s'appuie quant à lui sur des investigations ciblées sur la médecine interne ainsi que sur la rhumatologie, des observations d'ordre général notamment relatives à la démarche et à l'humeur de l'assurée, ainsi que sur des données radiologiques et de laboratoire. A l'appui de son évaluation diagnostique, l'expert liste de manière précise et rigoureuse les arguments qui confirment ou infirment la

présence d'une polyarthrite, d'une arthrite rhumatoïde ou d'une spondylarthrite axiale et périphérique telles que successivement diagnostiquées par le rhumatologue traitant. En faveur de l'existence de l'une ou l'autre de ces affections, l'expert évoque le fait que la recourante répond en l'état à la médication de base par méthotrexate (MTX) instaurée, mais il retient à titre différentiel un possible effet placebo du fait que celle-ci sait qu'il n'existe pas de traitement causal pour un syndrome douloureux des parties molles. A l'encontre des diagnostics précités, il relève qu'une preuve d'une synovite/tendovaginite n'a jamais été rapportée, qu'il n'y a pas de phénomène d'inflammation humorale marqué, qu'aucune pathologie articulaire (érosion) n'a pu être établie par imagerie malgré une évolution sur 13 années (début en 1994), que le diagnostic d'une spondylarthrite axiale repose sur une mobilité réduite du squelette axial qui n'est plus vérifiée à ce jour, que des lombalgies sont présentes depuis l'adolescence (spondylolyse-listhésis L5/S1) et qu'il existe cliniquement des douleurs articulaires, cependant de type principalement extra-articulaire (cutis/subcutis). Ses conclusions estimant que, du fait de l'adiposité morbide, la capacité résiduelle de travail est limitée à un tiers au maximum dans une activité adaptée de bureau apparaissent enfin motivées et convaincantes.

**6.2.2** Sur le vu de ce qui précède, la recourante ne saurait valablement opposer que l'évaluation spécialisée ordonnée en 2017 par l'intimé ne tient pas compte des limitations fonctionnelles objectivées dans le cadre de son suivi rhumatologique. Dans son ultime appréciation du 23 août 2018 à l'attention de la mandataire de sa patiente, le rhumatologue traitant qui se dit convaincu de la présence d'une pathologie inflammatoire reconnaît du reste que "les nombreux examens n'ont jamais permis de poser un diagnostic précis" (dos. rec. 4). Son diagnostic d'abord orienté vers une polyarthrite séronégative puis vers celui d'une spondylarthrite axiale et périphérique s'appuie en réalité sur la réponse positive observée chez sa patiente aux divers traitements spécifiques de type méthotrexate et anti-TNF alpha instaurés. En dehors des plaintes subjectives rapportées à l'anamnèse (douleurs périphériques d'allure inflammatoire) et de constatations objectives limitées (synovite des mains, diminution de la force de préhension), ce médecin, de son propre aveu, n'a jamais été en mesure

d'identifier les marqueurs rhumatologiques d'un véritable syndrome inflammatoire (dos. AI 211.2/18-19). Or, ainsi qu'également souligné dans le recours (art. 2 p. 6 en bas), au-delà du diagnostic retenu, seules importent les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. En l'absence au cas présent de tout substrat inflammatoire, une affection invalidante du point de vue de l'AI ne saurait être retenue. Les conclusions en ce sens de l'expert rhumatologue rejoignent du reste celles d'une clinique rhumatologique au sein de laquelle l'assurée a été hospitalisée début juin 2016 à des fins exploratoires, puis à nouveau examinée le 7 septembre 2016. Dans des rapports datés des 10 juin et 20 septembre 2016, les médecins de cette clinique ont en effet nié un état inflammatoire et suspecté un syndrome douloureux chronique au vu de l'anamnèse psychiatrique marquée. En d'autres termes, près de 13 mois avant l'expertise du 12 juillet 2017, une autre source rhumatologique au dossier faisait état d'une situation médicale semblable à celle constatée lors de cette ultime évaluation (la seule divergence d'appréciation portant sur la présence d'un syndrome lombo-radiculaire niée par le dernier expert faute de signes radiculaires constatés à son examen). Quant au syndrome douloureux chronique évoqué dans ces deux avis spécialisés, il n'a soit été que suspecté, soit mentionné à titre différentiel. L'expert psychiatre de 2015/2016 ne l'a quant à lui pas retenu. Faute d'un diagnostic indiscutable d'une telle atteinte médicale, il n'incombait dès lors pas à l'expert rhumatologue (somatique) mandaté par l'AI d'en examiner les éventuelles répercussions sur la capacité de travail (contra: recours art. 2 p. 7). Cet aspect est pris en compte dans l'évaluation psychiatrique complétée le 8 novembre 2016 avec une proposition d'appréciation selon la procédure d'évaluation structurée (c. 6.1.3 et 6.1.4 supra).

**6.2.3** Selon un degré de vraisemblance prépondérante, une entière valeur probante doit par conséquent être aussi reconnue à l'expertise rhumatologique du 12 juillet 2017 qui, dans la continuité de l'expertise réalisée le 10 juin 2013 sur le même plan médical, nie l'existence d'une atteinte rhumatologique spécifique objectivable. Cette nouvelle appréciation spécialisée n'est du reste pas véritablement critiquée par le rhumatologue traitant qui, dans son ultime rapport du 23 août 2018, a même jugé "impossible de contrer les conclusions de l'expert". Qui plus est, elle rejoint

les conclusions de la clinique rhumatologique consultée en 2016 pour un second avis portant sur la présence (niée) d'une problématique inflammatoire.

**6.3** Il suit dès lors des expertises précitées qui s'avèrent convaincantes pour statuer de manière sûre sur les droits litigieux que l'assurée ne présentait plus aucune atteinte invalidante à sa santé au moment où la décision du 9 août 2018 a été rendue. Ces conclusions spécialisées s'imposent sur un plan médical, mais également sous l'angle juridique dès lors que les experts ont respecté le cadre normatif déterminant en appréciant les déficits fonctionnels sur une base objectivée (art. 7 al. 2 LPGA; ATF 141 V 281 c. 5.2.2). Nonobstant les répercussions indéniables de cette problématique dans les activités quotidiennes de la recourante, il a en particulier été tenu compte du fait que l'adiposité n'entraîne pas d'invalidité au sens de l'AI puisqu'elle ne génère ici aucune atteinte à la santé ni ne procède d'une telle atteinte et qu'elle demeure par ailleurs accessible à un traitement (c. 3.3. supra). En l'absence d'une affection invalidante à la santé, c'est à bon droit dès lors que l'intimé a prononcé la suppression de la demi-rente d'invalidité avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de sa décision contestée, soit au 1<sup>er</sup> octobre 2018 (art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI).

**7.**

**7.1** Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

**7.2** La recourante n'obtenant pas gain de cause, les frais de la présente procédure, fixés à un émolument forfaitaire de Fr. 800.-, doivent être mis à sa charge (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais fournie.

**7.3** Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante (art. 61 let. g LPGA a contrario).

**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 par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - à la mandataire de la recourante,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué à (A):
  - K.\_\_\_\_\_.

La présidente:

La greffière:

**Voie de recours**

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

**Avertissement:** Pour une éventuelle suspension du délai de recours, voir également l'Ordonnance du Conseil fédéral suisse du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus (COVID-19, RS 173.110.4).