

200.2019.923.AI
N° AVS
BOA/REN

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

Jugement du 25 février 2021

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 8 novembre 2019



En fait:

A.

A._____, née en 1959, suisse d'origine C._____, divorcée depuis 2012 (auparavant séparée depuis 1980, année de son arrivée en Suisse), mère d'une fille majeure plus à sa charge, indiquant être au bénéfice d'une formation de couturière dans son pays d'origine, a travaillé à 100% en tant que collaboratrice au service des marchandises dans une entreprise de distribution, du 1^{er} janvier 1999 au 31 décembre 2008, terme pour lequel son contrat de travail a été résilié en raison de la délocalisation des activités de la société. Après avoir bénéficié dans un premier temps de prestations de l'assurance-chômage, l'assurée n'a, par la suite, plus exercé d'activité professionnelle. Depuis janvier 2020, elle est soutenue par les services sociaux.

Invoquant la survenance d'un adénocarcinome de l'ovaire gauche en février 2009 (ayant nécessité des opérations en février et mars 2009 et une chimiothérapie post-opérative durant six mois), l'assurée a sollicité, en mai 2009, des prestations de l'assurance-invalidité (AI). Après avoir notamment requis l'établissement d'une expertise pluridisciplinaire dans un centre d'observation médicale de l'AI (sur les plans de la médecine interne, psychiatrie, rhumatologie et gynécologie, conclusions interdisciplinaires du 16 décembre 2010), puis sollicité l'avis médical d'un médecin généraliste du service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR, rapport d'examen du 20 juin 2011), l'Office AI, par décision du 22 février 2012, a octroyé à l'assurée une rente entière de l'AI depuis le 1^{er} février 2010 sur la base d'un degré d'invalidité de 70%.

En juillet 2013, l'Office AI a engagé une procédure de révision de rente à l'égard de l'intéressée au terme de laquelle il est arrivé à la conclusion que l'état de santé de l'assurée n'avait pas changé au point de modifier son droit à la rente (communication du 25 juillet 2013). Une récurrence cancéreuse (récurrence solitaire du bassin au niveau de l'expansion du péritoine) ayant été diagnostiquée en octobre 2013, l'assurée a subi une excision du foyer

suspect de métastases suivie d'une nouvelle chimiothérapie de six cycles entre décembre 2013 et avril 2014.

B.

En juillet 2016, l'Office AI a engagé une nouvelle procédure de révision de rente. L'assurée a complété le questionnaire ad hoc en sélectionnant la case correspondant à un état de santé inchangé. Après avoir sollicité les avis de la (nouvelle) généraliste (rapports de juillet et septembre 2016) et de l'oncologue traitants, l'Office AI a requis une nouvelle prise de position d'un médecin du SMR, spécialiste en médecine interne et rhumatologie (rapport médical du 14 novembre 2017). Par décision du 7 décembre 2017, sur la base du rapport d'enquête pour l'allocation d'impotence daté du 20 octobre 2017, l'Office AI a refusé d'allouer à l'assurée une allocation pour impotent. Suite à la pose d'une prothèse totale au niveau du genou gauche, le 8 mars 2018, l'Office AI a à nouveau sollicité l'avis du médecin du SMR (rapport du 10 juillet 2018). Dans une communication du 10 septembre 2018, l'Office AI a accordé à la recourante un entraînement à l'endurance auprès d'un centre de réadaptation professionnelle, initialement du 17 septembre au 16 décembre 2018 (mesure qui a été prolongée une première fois jusqu'au 15 janvier 2019 [après sommation menaçant de réduire le dommage et d'augmenter son temps de présence], puis une deuxième fois sous la forme d'un entraînement progressif jusqu'au 12 avril 2019). Des mesures professionnelles ont été formellement refusées à l'intéressée le 11 juin 2019 (confirmation du préavis du 15 avril 2019 resté incontesté). Par décision du 8 novembre 2019, confirmant - en dépit des objections formulées par l'assurée, représentée désormais par un avocat - une préorientation au contenu similaire datée du 30 mai 2019, l'Office AI, sur la base d'un degré d'invalidité de 32%, a supprimé la rente entière de l'AI de l'assurée avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la date de la décision.

C.

Par acte daté du 9 décembre 2019, l'assurée, représentée par le même mandataire, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Elle a requis l'assistance judiciaire et conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 8 novembre 2019 et à la poursuite du versement de la rente entière de l'AI, subsidiairement au renvoi de la cause à l'Office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Dans son mémoire de réponse du 17 janvier 2020, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Les parties ont répliqué et dupliqué les 11 février et 19 février 2020. Par courrier du 24 février 2020, le mandataire de la recourante a informé le TA qu'il renonçait à produire une note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI du 8 novembre 2019 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et supprime au 1^{er} janvier 2020 (1^{er} jour du 2^{ème} mois qui suit sa notification) la rente entière d'invalidité perçue par la recourante. L'objet du litige porte principalement sur l'annulation de ladite décision et le maintien pour l'assurée de sa rente entière de l'AI, subsidiairement sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sont particulièrement critiqués par la recourante, l'estimation par l'Office AI de sa capacité de travail (opérée à tort en contradiction avec le rapport rédigé par le centre de réadaptation professionnelle) et le principe même d'une possible mise en valeur économique (auprès de potentiels employeurs) de sa capacité résiduelle de travail au vu notamment de son âge avancé (60 ans) et des limitations fonctionnelles endurées.

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 LPGA, 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 exigibles (art. 7 al. 1 LPGA, dans sa teneur en vigueur [en français] jusqu'au 31 décembre 2020; voir art. 83 LPGA).

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

rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.3 Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente. La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable. C'est notamment le cas d'une amélioration de la capacité de travail en raison de l'accoutumance ou de l'adaptation au handicap. 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 (ATF 141 V 9 c. 5.2). 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).

2.4 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).

2.5 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Dans sa décision de suppression de rente d'invalidité du 8 novembre 2019, l'intimé a considéré que l'assurée était en mesure d'exercer une activité lucrative adaptée (activité légère permettant d'aménager des pauses régulières) à plein temps moyennant une perte de rendement de 20%. Pour justifier l'amélioration retenue dans l'état de santé de la recourante, l'Office AI s'est fondé sur les rapports de novembre 2017 et juillet 2018 du médecin du SMR, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, dont les conclusions ont fait état de restrictions d'ordre rhumatologique uniquement, plus aucune limitation n'étant évoquée (et contrairement à la situation ayant prévalu en 2012) sur le plan oncologique, en vertu d'une pathologie cancéreuse qualifiée d'en rémission complète depuis avril 2017. Après avoir nié, par décision formelle du 11 juin 2019, le droit de l'assurée à des mesures professionnelles (après constat d'échec des mesures de réinsertion mises sur pied), l'Office AI, en appliquant la méthode ordinaire de comparaison des revenus, est arrivé à la conclusion que le degré d'invalidité de la recourante s'élevait à 32%, insuffisant à l'octroi d'une rente de l'AI et justifiant ainsi, au 1^{er} janvier 2020, la suppression de la rente entière allouée à la recourante depuis le 1^{er} février 2010.

3.2 La recourante, quant à elle, a avancé que l'Office AI avait sous-estimé les limitations qu'elle endure, dès lors que l'intimé s'est distancié, dans l'évaluation de sa capacité de travail, des conclusions retenues dans les rapports du centre de réadaptation professionnelle où elle a effectué un

entraînement au travail puis à l'endurance. Elle a également fait valoir qu'il ne lui était pas possible d'exploiter économiquement sa capacité de travail auprès de potentiels employeurs, tant en raison de son âge (60 ans) que du profil d'exigibilité très restrictif arrêté par les médecins, ajoutant encore qu'il ne fallait pas négliger le fait qu'elle rencontre, en sus, des difficultés linguistiques.

4.

En l'espèce, s'agissant d'une procédure de révision (matérielle) de rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, il convient d'examiner si un changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité s'est produit entre la décision initiale d'octroi de la rente AI en date du 22 février 2012 et la décision litigieuse du 8 novembre 2019 - la procédure de révision close par la communication du 25 juillet 2013 (voir art. 74^{ter} let. f du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]; SVR 2010 IV n° 4 c. 3.1) n'ayant pas mis en œuvre un examen complet de l'état de santé de l'intéressée.

4.1 La décision initiale d'octroi de rente AI du 22 février 2012 se fondait sur une appréciation médicale du SMR de juin 2011 (cf. c. 4.1.4) résultant notamment de l'analyse d'évaluations préalables qu'il paraît judicieux de rappeler pour la suite de la discussion:

4.1.1 Dans le rapport d'expertise du 16 décembre 2010, les experts avaient retenu, au titre de diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, des douleurs au bas-ventre suite à un adénocarcinome de l'ovaire gauche traité chirurgicalement et par chimiothérapie. Sans répercussion sur la capacité de travail étaient notamment mentionnés une ancienne épaule gelée à gauche, un syndrome douloureux généralisé sans substrat somatique (au niveau de la peau, des articulations et des muscles), un trouble de l'adaptation (en lien avec une angoisse éprouvée et une réaction dépressive), un épuisement, des cervico-brachialgies et des lombalgies récidivantes, de l'arthrose touchant les articulations distales des doigts et à la racine du pouce sans signes cliniques objectivables.

Après la collecte de données de laboratoire ne montrant pas de signes infectieux et des examens cliniques pratiqués dans les branches médicales explorées, les experts avaient exclu la présence de toute pathologie psychique invalidante (en précisant que l'anxiété et la réaction dépressive étaient en lien avec le diagnostic ovarien) et d'atteintes rhumatologiques ayant des conséquences sur le plan fonctionnel. D'un point de vue gynécologique, les experts avaient préconisé de recourir à des examens complémentaires (notamment indicateurs tumoraux, laparoscopie de second look) au vu de douleurs aiguës ressenties par l'assurée dans le bas-ventre, celles-ci pouvant être le signe d'une récurrence tumorale. Dès lors, au vu d'une situation médicale qualifiée de lacunaire sur le plan gynécologique, les experts ne s'étaient pas prononcés sur la capacité de travail de l'assurée, en particulier sur une (éventuelle) incidence sur celle-ci de l'adénocarcinome sur l'ovaire gauche découvert en 2009 et traité par différents traitements chirurgicaux et oncologiques.

4.1.2 Dans son rapport du 8 avril 2011, la gynécologue de l'assurée a exclu, sur la base d'examens effectués entre juillet et décembre 2010 (juillet 2010: IRM de l'abdomen; septembre 2010: échographie mammaire, décembre 2010: échographie vaginale et tomographie de l'abdomen) et de l'examen clinique du 24 mars 2011 toute récurrence cancéreuse chez sa patiente en dépit de la présence de douleurs récurrentes dans le bas-ventre de l'assurée.

4.1.3 La généraliste du SMR, dans son avis médical du 20 juin 2011 ayant fait suite à l'examen clinique du 16 juin 2011, a réitéré la pathologie oncologique connue (cf. c. 4.1.1) et mis en évidence le caractère invasif des opérations subies par l'assurée suite à la découverte d'un cancer ovarien (ayant nécessité notamment l'ablation de l'utérus dans son intégralité, des ganglions lymphatiques du petit bassin et le long de l'aorte) et la lourde chimiothérapie subséquente, cette dernière pouvant expliquer (au moins en partie) les troubles invoqués (fatigue, baisse des performances, oublis fréquents). Au niveau de l'appareil locomoteur, le médecin du SMR a diagnostiqué une épaule gelée à gauche, induisant une mobilité considérablement réduite à ce niveau-là. Quant aux douleurs généralisées invoquées par l'assurée, qualifiées d'inexplicables d'un point

de vue médical, la médecin du SMR y a vu la présence d'un trouble somatoforme douloureux en lien avec une dépression réactive et un trouble de l'adaptation, à son sens pas étranger au passé de l'assurée (contrainte de fuir un pays en guerre, mariée à l'âge de 18 ans puis abandonnée par son mari alors qu'elle était jeune maman). Au vu des pathologies incriminées, qu'elle a qualifiées de très diverses et invalidantes, la médecin du SMR a estimé que la recourante était manifestement diminuée dans sa capacité de travail. Elle a ainsi retenu que l'intéressée pouvait travailler à mi-temps dans une activité légère à hauteur de table, de préférence en position assise et sans mouvements répétitifs de l'épaule gauche, tout en veillant à ce que la recourante ne soit pas exposée à la poussière (asthme) et à des substances en latex (allergie), moyennant une perte de rendement de 20%.

4.1.4 C'est en se fondant sur les observations médicales de la généraliste de son SMR (50% de capacité de travail avec une perte de rendement de 20%) que l'intimé a rétroactivement accordé à l'assurée, depuis le 1^{er} février 2010 et sur la base d'un degré d'invalidité de 70%, une rente entière de l'AI.

4.2 Entre le 22 février 2012 et le 9 novembre 2019, les avis médicaux et rapports suivants ont notamment été rédigés.

4.2.1 Le rapport de la (nouvelle) généraliste de l'assurée a fait état, en juillet 2013, d'un état de santé stationnaire en présence d'une fatigue qualifiée de chronique, qu'elle a mise en liaison avec les traitements oncologiques subis. Cette praticienne a estimé que la capacité de travail de la recourante était inexistante, quelle que soit l'activité exercée, et qu'au vu de la situation personnelle de sa patiente (âge, difficultés culturelles et linguistiques), des mesures professionnelles étaient vouées à l'échec.

4.2.2 Suite à une récurrence de la pathologie cancéreuse de la recourante survenue en octobre 2013 ayant nécessité l'extraction d'un foyer suspect de métastases au niveau du péritoine, de multiples biopsies péritonéales et une chimiothérapie adjuvante de six cycles entre décembre 2013 et avril 2014, la généraliste de l'assurée a fait état, le 20 juillet 2016 et après l'achèvement des traitements oncologiques (avril 2014), d'un état de santé

stationnaire au vu du contexte oncologique (absence de récurrence cancéreuse en mars 2016, dos. AI 68/2), tout en relevant, au niveau rhumatologique, des douleurs persistantes éprouvées par sa patiente au niveau du genou gauche. En réponse à la question de l'évaluation de la capacité de travail, cette spécialiste a préconisé de se référer à l'avis d'un spécialiste.

4.2.3 Le rapport médical de l'oncologue traitant d'avril 2017 a mis en évidence une pathologie cancéreuse en rémission (rémission clinique, radiologique et au niveau des données de laboratoire). Celui subséquent, du 1^{er} novembre 2017, a fait état, sur la base de diagnostics qualifiés de stationnaires, d'un état de santé en amélioration. Sans évaluer de manière chiffrée la capacité de travail de sa patiente, l'oncologue traitant a relevé que le pensum exigible était altéré en raison d'un état de santé (général) décrit comme étant diminué.

4.2.4 Le rapport du spécialiste en médecine interne et rhumatologie du SMR, daté du 14 novembre 2017, a réitéré les diagnostics oncologiques retenus par ses confrères (mentionnant également la rechute d'octobre 2013), tout en insistant sur le fait que depuis avril 2017, aucun signe de récurrence de la maladie cancéreuse n'était perceptible (rémission clinique, radiologique et au niveau des résultats de laboratoire). Sur le plan somatique, ce médecin a fait état d'une gonarthrose au genou gauche, documentée depuis 2012, éventuellement présente également du côté droit. Considérant qu'il existait, d'un point de vue oncologique, une amélioration significative de la capacité de travail depuis janvier 2015 (soit six mois après la dernière chimiothérapie) parallèlement à une situation articulaire décrite comme péjorée (arthrose au niveau des genoux nouvellement documentée, auparavant il n'avait été question que d'arthrose dans les doigts), le médecin du SMR a estimé que la recourante était à même d'exercer une activité professionnelle adaptée (principalement en position assise) à plein temps moyennant une perte de rendement de 20% (en raison du besoin de pauses fréquentes pour détendre les genoux et les doigts), tout en précisant que le profil retenu par sa collègue généraliste du SMR, en juin 2011, reflétait déjà les (nouvelles)

problématiques articulaires (au niveau des genoux et de l'épaule droite douloureuse).

4.2.5 Les rapports médicaux en lien avec la pose d'une prothèse totale au niveau du genou gauche (opération du 8 mars 2018) ont fait état, le 17 avril 2018, d'un suivi post-opératoire qualifié de sans complications, tant au niveau clinique que radiologique (douleurs nocturnes décrites comme supportables, genou et cicatrice calmes, prothèse non descellée) en présence d'une assurée apparaissant comme étant extrêmement angoissée à l'idée de se déplacer sans cannes. Le rapport subséquent du 6 décembre 2018 a mis en évidence une évolution médicale au niveau du genou gauche qualifiée désormais de fastidieuse, la recourante s'étant présentée en consultation en marchant encore (et au grand étonnement de l'orthopédiste traitant) avec des béquilles. Ce spécialiste a estimé qu'une marche sans béquilles était assurément possible d'un point de vue médical, mais qu'au vu des angoisses très marquées éprouvées par l'assurée, une telle éventualité apparaissait comme très improbable.

4.2.6 L'absence de toute récurrence cancéreuse a été confirmée dans le rapport médical de l'oncologue traitant du 9 mai 2018, documentée par une tomographie de l'abdomen, des résultats de laboratoire et des marqueurs tumoraux qualifiés de sans particularités.

4.2.7 Le spécialiste du SMR, dans son ultime avis médical du 10 juillet 2018, a confirmé ses précédentes conclusions (pleine capacité de travail dans un emploi profilé moyennant une perte de rendement de 20%). Il a ainsi considéré que les limitations retenues dans le profil d'exigibilité (notamment activité physiquement légère et peu exigeante) qu'il avait arrêté en novembre 2017 se recoupaient (déjà) avec les limitations somatiques imposées par la pose de la prothèse totale au niveau du genou gauche en mars 2018, et qu'il se justifiait toujours, pour le surplus, à savoir notamment en raison du besoin de pauses régulières, de retenir une baisse de rendement de 20% au vu de l'arthrose présente dans les mains et le genou droit.

4.2.8 Les rapports du centre de réadaptation professionnelle où l'assurée a effectué un entraînement à l'endurance (puis un entraînement progressif

au travail) ont fait état, en décembre 2018, janvier et avril 2019, d'un rendement de la recourante à hauteur de 40% (productivité en stagnation), en dépit d'une présence quotidienne pourtant régulièrement et significativement augmentée (deux heures par jour en septembre 2018, quatre heures de mi-décembre 2018 à janvier 2019 pour atteindre un pensum de 80% en avril 2019) alors pourtant que les tâches simples et répétitives confiées à l'assurée étaient elles aussi restées inchangées.

4.3 S'il est vrai que le simple écoulement du temps (en l'espèce 7 ans) ne constitue pas à lui seul un motif de révision, il n'en demeure pas moins que le tableau clinique de la recourante, au moment de la décision querellée (8 novembre 2019), diffère de celui qui avait été dressé lors de la décision du 22 février 2012, octroyant à l'origine, et sur la base du rapport de la généraliste du SMR daté du 11 juin 2011, une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} février 2010. En effet, lors de la décision initiale de rente AI, en février 2012, la pathologie cancéreuse de l'assurée était au centre de toutes les préoccupations, tant en raison du pronostic vital engagé à relativement court terme (seules 23% des patientes survivent dans un délai de 5 ans, dos. AI 44/4) que des opérations invasives ayant eu lieu en 2009 et de la lourde chimiothérapie administrée subséquemment. C'était en partant de cette constellation oncologique très défavorable (et même si à ce moment-là aucune récurrence n'était [encore] apparue) ayant elle-même généré des maladies psychiques (retenues comme) autonomes (cf. c. 4.1.3), que la généraliste du SMR avait alors consigné les résultats de son raisonnement. Cette dernière avait en effet retenu la présence, chez la recourante, d'un trouble somatoforme douloureux (arrêté selon l'ancienne pratique médicale et juridique) et d'un trouble de l'adaptation en lien notamment avec une dépression réactive (singulièrement suite à la découverte du cancer ovarien), ces deux pathologies psychiques ayant alors constitué un terrain propice à l'émergence de douleurs chroniques et généralisées. A la lecture des avis médicaux versés au dossier AI jusqu'à la date de la décision contestée (cf. c. 4.2), il apparaît que le tableau clinique diffère à plus d'un titre de celui ayant fondé la décision initiale d'octroi d'une rente AI. En effet, d'un point de vue psychique tout d'abord, le trouble somatoforme douloureux n'a plus été évoqué par les médecins consultés (uniquement somaticiens), au

même titre qu'une quelconque atteinte psychique (associée). Il apparaît également que d'un point de vue oncologique, le spectre de la résurgence de la pathologie cancéreuse de l'assurée a perdu de sa virulence et figure désormais en arrière-plan dès lors que la recourante n'a plus connu de (nouvelle) récurrence depuis octobre 2013 (moment où une tumeur solitaire dans le bassin a nécessité une nouvelle intervention et un traitement de chimiothérapie). Quant à la situation rhumatologique de l'assurée, elle a mis en évidence de l'arthrose au niveau du genou gauche (qui n'était pas documentée en février 2012) ayant nécessité la mise en place d'une prothèse totale (en mars 2018) dont les suites cliniques (pourtant après un suivi postopératoire immédiat réjouissant) ont été qualifiées de (et sont toujours) fastidieuses, la recourante ne se déplaçant depuis lors (mars 2018) qu'avec des béquilles. Enfin, s'agissant de l'épaule gauche, décrite comme gelée par la généraliste du SMR en juin 2011 et prise en considération comme tel dans le profil d'exigibilité arrêté, le rhumatologue du SMR l'a exclue du spectre des pathologies encore présentes, estimant qu'il s'était agi d'une affection de nature passagère apparue en 2009.

4.4 De toutes ces modifications intervenues dans l'état diagnostique des atteintes affectant l'assurée depuis l'octroi d'une rente entière de l'AI en février 2012, il est cohérent, à l'instar de l'Office AI, de retenir qu'un changement notable dans l'état de santé de l'assurée susceptible d'influencer sa capacité de travail et de gain a pu intervenir au sens de l'art. 17 LPGA. Une modification dans les diagnostics n'étant en soi pas suffisante pour concrétiser un motif de révision, il convient d'examiner ci-après les (potentielles) incidences déterminantes de cette modification sur les facteurs servant de base au calcul de l'invalidité (cf. c. 2.3).

5.

5.1 En l'occurrence, il appert que l'intimé, en se fondant sur les rapports du SMR datés des 14 novembre 2017 et 10 juillet 2018, a considéré que la santé de l'assurée s'était durablement améliorée, avec pour incidence une amélioration significative de la capacité de travail et de gain de cette

dernière (désormais pleine capacité de travail moyennant une perte de rendement de 20% dans un emploi adapté alors qu'il était question en 2012 d'une capacité de travail mi-temps moyennant une perte de rendement de 20%), allégué que l'assurée conteste dès lors qu'elle conclut à la poursuite du versement de la rente entière de l'AI.

5.2 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).

5.3 Les rapports du SMR (art. 49 RAI) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, pour autant qu'ils satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires (TF 9C_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2 [passage de texte non publié du c. 3.3.2 de l'ATF 135 V 254 = TF 9C_204/2009]). Sous l'angle de l'appréciation des preuves, il y aura néanmoins lieu de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance doit être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée par l'AI. En particulier, les rapports des médecins traitants

remis par la personne assurée devront alors également être pris en considération. Si les constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3b/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 c. 4.4 - 4.6). Dans l'examen de la force probante, est avant tout déterminant le fait que le rapport médical soit complet au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (TF 8C_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

5.4 A première vue, dans l'examen de la force probante des rapports de médecins du SMR, et d'un point de vue formel tout d'abord, il appert que les appréciations rendues par le spécialiste en médecine interne et rhumatologie du SMR, telles qu'elles ressortent de ses deux prises de position de novembre 2017 et février 2018, remplissent la fonction que lui assigne la pratique judiciaire, puisqu'elles restituent les principales sources au dossier de médecine somatique, en font la synthèse à la lumière des derniers événements de santé survenus chez l'assurée (comme l'ultime opération en mars 2018 [prothèse totale au genou gauche]) et les soumettent à discussion avant de livrer une estimation concrète des aptitudes fonctionnelles résiduelles.

5.5 Matériellement et sous l'angle somatique tout d'abord, malgré une attention indéniable vouée à l'étude du dossier médical, les conclusions médicales du généraliste/rhumatologue du SMR ne sauraient néanmoins convaincre.

5.5.1 Sous l'angle post-oncologique tout d'abord, dans la mesure où l'adénocarcinome de l'ovaire gauche de l'assurée (et les affections psychiques qu'il a générées) avait donné lieu à l'octroi d'une rente AI en 2012, c'est logiquement que le rapport du médecin du SMR s'est prioritairement focalisé sur l'évolution oncologique médicalement favorable de l'assurée et a fait siennes les conclusions des oncologue et gynécologue traitants (constat de l'absence de toute récurrence cancéreuse

depuis avril 2014). En dépit de cette constatation, il n'en demeure pas moins que le raisonnement de ce médecin (dont la spécialisation ne relève par ailleurs pas de l'oncologie), purement mathématique, consistant à retenir qu'au 1^{er} janvier 2015 (soit un peu plus de six mois après la fin de la dernière chimiothérapie) la assurée ne souffre plus de séquelles en lien avec les protocoles endurés et dispose à nouveau d'une exigibilité professionnelle sous l'angle post-oncologique (de surcroît pleine et entière si l'on considère que l'assurée n'endure aux yeux du médecin du SMR que des limitations d'ordre articulaire [nécessité de pauses régulières afin de soulager les genoux et les mains]), apparaît pour le moins hâtif et réducteur. En effet, à la lecture de l'avis médical de l'oncologue traitant, rédigé en avril 2017 et sous l'angle oncologique uniquement, il semble bien plutôt que la capacité de travail chez l'assurée est réduite en raison d'un état de santé physique qualifié d'altéré et ce, même en l'absence de toute récurrence depuis avril 2014.

5.5.2 En sus de l'existence d'éventuels effets invalidants en lien avec les traitements oncologiques subis, plusieurs autres éléments de santé somatique semblent également avoir été sous-estimés par le médecin du SMR.

Tout d'abord, le fait que ce spécialiste ne mentionne qu'une gonarthrose au titre des pathologies articulaires retenues (indépendamment de leur caractère invalidant ou non) existant à gauche depuis 2012 (voire bilatérale) surprend. S'il est vrai qu'il évoque, pour justifier le profil d'exigibilité retenu, une arthrose dans les doigts en référence à l'avis des experts consultés en 2010 (dos. AI 82/6) et qu'il préconise d'aménager des pauses pour détendre les doigts arthrosiques, une actualisation du dossier médical de l'assurée sur ce plan-là (clichés, imageries médicales), à défaut d'examen clinique opéré et, au surplus, d'indications de la assurée figurant au dossier AI (qui auraient permis d'apprécier l'intensité des restrictions, le médecin du SMR ne faisant référence qu'au besoin de pauses fréquentes en raison de doigts arthrosiques) se serait pour le moins imposé. Des doutes subsistent également quant à la situation au niveau des épaules de la assurée. En effet, alors que l'examen clinique opéré en 2011 par sa confrère généraliste avait mis en évidence une épaule

gauche gelée ayant généré des restrictions dans le profil d'exigibilité retenu, le rhumatologue du SMR, dans ses rapports de juillet 2017 et novembre 2018, s'est contenté d'évoquer, au titre des pathologies référencées sans incidence sur la capacité de travail, la survenance momentanée, de surcroît en 2009, d'une épaule gauche gelée (dos. AI 95/6). Quant à l'épaule droite, en y associant une nouvelle douleur (il serait question d'un trouble douloureux depuis le retrait du port-à-cath) sur la base des indications figurant dans le rapport d'enquête pour l'allocation d'impotence (dos. AI/6), là encore, le médecin du SMR n'était pas en mesure de se faire une image complète et exhaustive de la situation médicale, à défaut d'avoir examiné personnellement la recourante (a contrario: RAMA 2006 p. 170 c. 3.4, 1988 p. 366 c. 5b). Enfin, si la problématique de la mauvaise évolution du genou gauche a certes été actualisée en vertu des derniers examens effectués (absence au niveau radiologique de décèlement de la prothèse mise en place), il n'en demeure pas moins que l'impossibilité pour l'assurée de marcher sans béquilles laisse subsister des interrogations.

5.5.3 Par conséquent, déjà au vu des incertitudes mentionnées ci-avant, une actualisation du dossier médical de l'assurée sur le plan somatique se serait pour le moins imposée. De plus, le raccourci opéré par le médecin du SMR, ayant consisté à reprendre le même profil d'exigibilité que celui arrêté en 2011 par sa confrère du SMR (mais sur la base d'un tableau clinique pourtant différent avec pour seule explication que les limitations prises en considération en 2011 englobaient déjà celles nouvellement apparues) en augmentant toutefois de manière significative le pensum exigible (le rhumatologue du SMR envisage l'exercice d'une activité lucrative adaptée à plein temps moyennant une perte de rendement de 20% sur la base de restrictions articulaires ne consistant qu'en un besoin de pauses régulières, alors qu'il était question d'une capacité de travail de 50% en juin 2011 moyennant une perte de rendement de 20%) ne saurait convaincre.

5.6 Ces lacunes et contradictions sur le plan somatique doivent également être relevées sur le plan psychique, le spécialiste en médecine interne/rhumatologie du SMR ayant jugé inutile d'évoquer, voire même d'investiguer l'état de santé psychique de l'assurée.

5.6.1 Ce médecin semble ainsi perdre de vue le fait que l'octroi initial d'une rente AI reposait sur une composante psychiatrique (trouble somatoforme douloureux et trouble du comportement en sus d'une composante primaire oncologique). En tout état de cause, même à défaut de spécialisation médicale du médecin du SMR (médecine générale/rhumatologie) dans le domaine de la psychiatrie (voir TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références; JTA AI/2012/174 du 7 décembre 2012 c. 4.1.2), il semble néanmoins surprenant que ce généraliste/rhumatologue n'a jamais évoqué ce volet médical dans son évaluation. Les derniers événements de santé de l'assurée (évolution orthopédique du genou gauche qualifiée en décembre 2018 par l'orthopédiste traitant de laborieuse en présence d'une assurée très anxieuse et manquant d'assurance) parallèlement aux rapports rédigés par les responsables du centre de réadaptation professionnelle où l'assurée a effectué un entraînement au travail de septembre 2018 à avril 2019 (mise en évidence d'un trouble douloureux semblant être le centre de toutes les préoccupations de l'assurée, incapacité à augmenter le rendement [de 40%] indépendamment du pensum réalisé) laissent bien plutôt supposer la résurgence d'une composante psychiatrique chez la recourante. En tout état de cause, s'il est vrai qu'à une certaine époque les troubles somatoformes douloureux étaient présumés surmontables, donc en principe sans caractère invalidant (voir ATF 136 V 279 c. 3.2.1, 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.2 s; SVR 2008 IV n° 23 c. 2.1), il faut garder à l'esprit que leur appréciation (ATF 141 V 281 du 3 juin 2015), de même que celle de l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 409 et 418 du 30 novembre 2017), ont évolué depuis 2005. L'absence d'une comorbidité d'une acuité marquée et d'une durée importante ne permet plus, à elle seule, de nier le caractère invalidant d'une atteinte à la santé (ATF 141 V 281 c. 4.3.1.3). Cette question doit désormais être examinée à l'aune de la procédure probatoire structurée et des indicateurs qui découlent de la jurisprudence (examen qui n'est pas possible en l'état des pièces versées au dossier). Qu'aucun suivi psychiatrique ne semble avoir été mis en œuvre par un spécialiste de cette discipline ne permet pas, dans le présent contexte d'une révision de rente, de nier d'emblée toute atteinte de cette nature. Pour être en mesure d'arriver à un résultat fiable en procédant à la comparaison des faits passés avec la situation actuelle, compte tenu

notamment de l'évolution intervenue dans la pratique médicale et juridique de l'appréciation fonctionnelle de l'impact des troubles psychiques, il faut être en possession d'un avis médical qui se prononce concrètement sur la survenance ou non d'une modification effective de l'état de santé. La valeur probante d'une expertise établie en vue d'une révision de rente dépend par conséquent essentiellement du point de savoir si celle-ci se rapporte de manière suffisante à l'objet de la preuve - soit une ou des modifications notables de l'état de fait. En l'occurrence, une situation de fait dans laquelle il est manifeste que les circonstances médicales se sont modifiées ne peut être déduite du dossier puisque l'évolution des interférences psychiques sur les atteintes somatiques, pourtant à la base de l'octroi de rente en 2012, n'a pas été investiguée. L'évaluation médicale somatique, de surcroît incomplète, à disposition (divergeant certes de la précédente appréciation de 2012) ne se prononce pas à suffisance sur la survenance effective d'une modification de l'état de santé, telle qu'évaluée dans sa globalité lorsque la rente a été accordée (à ce sujet, cf. SVR 2018 IV n° 13 c. 4.2 et 4.2.1). Par ailleurs, il est aussi exclu de considérer que l'octroi de la rente en 2012 sur la base de l'appréciation du SMR procède d'une erreur manifeste (au sens où l'exige une reconsidération) susceptible, par une substitution de motifs, de confirmer la suppression de rente (ATF 144 I 103 c. 2.2, 125 V 368 c. 2; SVR 2019 UV n° 3 c. 8.2). En effet, on ne saurait prétendre, bien qu'à l'époque la recourante se soit trouvée dans une phase de rémission, qu'il ait alors été juridiquement manifestement erroné de considérer l'appréciation du SMR comme probante au vu de l'ensemble des circonstances (en particulier, gravité des diagnostics initiaux et caractère des traitements subis susceptible d'entraîner des séquelles telle une fatigue liée au cancer [pour laquelle la présomption de caractère surmontable au sens de l'ancienne jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux n'était pas applicable par analogie pour trancher la question des effets invalidants: ATF 139 V 346 c. 3.4]).

5.6.2 C'est donc à tort que le généraliste/rhumatologue du SMR n'a pas abordé, ni fait investiguer, la question de l'évolution d'une (éventuelle) limitation psychiatrique chez l'assurée. L'appréciation médicale sur laquelle est fondée la décision n'emporte dès lors pas la conviction.

5.7 Les autres appréciations médicales au dossier ne sauraient non plus revêtir une force probante suffisante au regard des exigences en la matière posées par le TF. La force probante des constatations des médecins traitants n'est en effet admise qu'avec circonspection par la jurisprudence étant donné la mission d'abord thérapeutique de ces derniers (dont les évaluations ne servent donc pas prioritairement à un jugement définitif des prestations d'assurance) et le fait par ailleurs qu'ils auront plutôt tendance, dans le doute, à favoriser leur patient, vu la relation de confiance établie avec celui-ci (ATF 135 V 465 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). L'avis d'un médecin traitant, en dépit de sa position contractuelle, est certes de nature à remettre en doute une évaluation du SMR (voir ci-dessus c. 4.3), mais elle n'en revêt pas pour autant, en règle générale, une force probante suffisante. En l'occurrence, même si les diagnostics retenus par les médecins traitants ont tous mis prioritairement en exergue les traitements oncologiques endurés (généraliste, oncologue), il n'en demeure pas moins qu'aucun des médecins consultés n'a livré une estimation chiffrée de la capacité de travail de la recourante, la généraliste traitante ayant retenu une incapacité totale à travailler en juillet 2013, ses confrères ayant préconisé, quant à eux, de se référer à l'avis d'un spécialiste.

6.

Il s'ensuit de ce qui précède que l'état de fait médical (tant d'un point de vue somatique que psychique) s'avère insuffisamment éclairci, en particulier sous l'angle d'une révision de rente. Il en découle que l'intimé, en s'appuyant, dans sa décision litigieuse, sur les seules appréciations médicales du généraliste/rhumatologue du SMR a violé le principe d'instruction d'office auquel il est tenu (art. 43 al. 1 LPG). Pour ces raisons, il se justifie d'annuler la décision querellée et de renvoyer le dossier à l'Office AI en vue d'une instruction médicale globale par la mise sur pied d'une expertise bi- ou pluridisciplinaire investiguant les volets somatique et psychique et leur évolution concrète depuis la décision de février 2012, après actualisation des rapports des médecins traitants. Une fois en possession de ces nouvelles données médicales, l'intimé procédera

à une nouvelle évaluation de l'invalidité sur cette base médico-théorique consolidée, se prononcera sur l'existence d'un motif de révision et, le cas échéant, sur l'exigibilité de la mise à profit des capacités fonctionnelles résiduelles de l'assurée sur le marché du travail. Au cas particulier, le renvoi de la cause à l'intimé, du reste requis dans les conclusions, se justifie pleinement dès lors que la décision litigieuse n'est fondée sur aucune expertise au sens de l'art. 44 LPGA et qu'au surplus des points litigieux sur le plan médical n'ont pas été suffisamment investigués en procédure administrative (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4). Vu l'issue de la procédure, il s'avère superflu d'examiner plus avant les griefs avancés par la recourante notamment quant au caractère inexploitable de son profil d'exigibilité (arrêté, au vu des développements qui précèdent, de manière non probante) auprès de potentiels employeurs. Dans la mesure où l'effet suspensif a été retiré à un éventuel recours dirigé contre la décision attaquée (ce qui n'apparaît pas dans cette dernière mais résulte de la lettre adressée le 12 novembre 2019 par l'Office AI à l'assurée [suppression au 31 décembre 2019]; art. 66 LAI renvoyant à l'art. 97 LAVS dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020), ce retrait dure en cas de renvoi à l'administration pour instruction complémentaire, généralement, jusqu'à la notification de la nouvelle décision (ATF 129 V 370 c. 3.1; TF 9C_671/2018 du 12 septembre 2019 c. 2.6.1).

7.

7.1 En conclusion, le recours doit être admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

7.2 Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

7.3 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision dans un litige concernant une rente AI est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 137 V 57 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Assistée d'un

avocat agissant à titre professionnel, la recourante a donc droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA. Ce dernier ayant renoncé à produire une note d'honoraires (cf. courrier du 24 février 2020), les dépens sont fixés à un montant forfaitaire de Fr. 1'100.- (débours et TVA compris pour une activité déployée estimée à environ six heures de travail au vu de la complexité objective de la procédure judiciaire et la pratique du TA en cas de représentation par un organisme de conseils juridiques reconnu d'utilité publique [tarif horaire de Fr. 130.-; voir notamment la Circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales en cas de représentation par un organisme reconnu d'utilité publique, consultable sur le site internet du TA: www.justice.be.ch/ta → Téléchargements & publications]).

7.4 Vu l'issue de la procédure, la demande d'assistance judiciaire et de désignation du mandataire comme avocat d'office devient sans objet et doit être rayée du rôle.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision contestée annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de la procédure de recours, fixés forfaitairement à Fr. 800.- sont mis à la charge de l'intimé.
3. L'Office AI versera à la recourante la somme de Fr. 1'100.- (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. La requête d'assistance judiciaire et de désignation du mandataire à titre d'avocat d'office pour la procédure de recours est rayée du rôle du Tribunal.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:
e.r. B. Rolli, juge

La greffière:
e.r. J. Desy, greffier

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).