

200.2023.496.AI
N° AVS
BOR/EGC

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

Jugement du 23 septembre 2024

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président
A.-F. Boillat et G. Zürcher, juges
D. Borel, greffier

A. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 1^{er} juin 2023



En fait:

A.

A. _____, née en 1968, célibataire et sans formation professionnelle certifiée, est arrivée en Suisse en décembre 2011. Au bénéfice d'une admission provisoire depuis septembre 2012, elle n'a jamais exercé d'activité lucrative en Suisse, sous réserve de deux mois d'activité en 2019. Le 24 septembre 2014, l'assurée s'est annoncée une première fois auprès de l'assurance-invalidité (AI) en raison d'un trouble dépressif et d'un cancer du sein. En se fondant sur l'avis du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), ainsi que sur une expertise psychiatrique réalisée à sa demande le 19 avril 2016, l'Office AI Berne a nié tout droit à des prestations par décision du 12 octobre 2016. Saisi par l'assurée d'un recours contre ce prononcé, le Tribunal administratif du canton de Berne (ci-après: le Tribunal administratif) l'a rejeté, par jugement du 29 mars 2018 (JTA AI/2016/1113).

B.

Le 27 avril 2022, le service social de la commune de domicile de l'assurée a déposé une seconde demande de prestations en faveur de celle-ci auprès de l'Office AI Berne. L'assurée a invoqué un trouble dépressif récurrent avec symptômes psychotiques, ainsi qu'une problématique pulmonaire. Sur recommandation du SMR, l'Office AI Berne a requis une expertise psychiatrique, dont le rapport a été établi le 7 novembre 2022. Sur ce fondement, dans un préavis du 5 décembre 2022, il a fait savoir qu'il entendait nier tout droit à des prestations. Suite aux objections formulées par l'assurée les 28 décembre 2022 et 8 mars 2023, complétées par la production d'un nouveau rapport de son psychiatre traitant, l'Office AI Berne a invité l'expert à se déterminer. Après avoir reçu la réponse du spécialiste, datée du 22 mars 2023, ainsi qu'une prise de position du SMR du 10 mai 2023, cette autorité a confirmé son préavis, par décision du 1^{er} juin 2023.

C.

Par courrier du 29 juin 2023, l'assurée a porté le litige devant le Tribunal administratif en demandant implicitement l'annulation de la décision de l'Office AI Berne du 1^{er} juin 2023, ainsi que l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a par ailleurs requis l'octroi de l'assistance judiciaire, limitée aux frais de procédure. Dans sa réponse du 27 juillet 2023, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours, sous suite de frais. L'assurée et l'Office AI Berne ont encore confirmé leurs conclusions respectives dans un échange d'écritures ultérieur.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 1^{er} juin 2023 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et nie tout droit de la recourante à des prestations de l'AI. A la lumière de la motivation du recours, l'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et l'octroi de prestations de l'AI sous la forme d'une rente entière.

1.2 Interjeté en temps utile et dans les formes minimales prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 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 Tribunal administratif 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 administratif 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

2.2 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). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier l'art. 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable

par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 145 V 215 c. 5.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante (ATF 142 V 106 c. 4.4).

2.3 Selon l'art. 28 al. 1 LAI a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c). Une rente au sens de l'al. 1 n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1^{bis} et 1^{ter} LAI n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1^{bis} LAI). Aux termes de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2); pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour un taux d'invalidité entre 40 et 49%, la quotité de la rente est fixée au pourcentage découlant de l'art. 28b al. 4 LAI.

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

2.5 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2021 IV n° 54 c. 2.3).

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

3.

3.1 Sur la base essentiellement du rapport d'expertise du 7 novembre 2022 et de son complément, l'intimé a considéré que l'état de santé de l'assurée, ainsi que sa capacité de travail, étaient demeurés inchangés depuis la décision du 12 octobre 2016. A cet égard, il a précisé que le déconditionnement décrit dans l'expertise de 2022 ne pouvait être assimilé à une nouvelle atteinte à la santé invalidante. Quant aux hospitalisations intervenues en août 2020 et février 2022, elles résultaient de péjorations transitoires de l'état de santé et ne pouvaient donc justifier une incapacité de travail durable. En conséquence et à défaut d'une détérioration de l'état de santé, il n'existait aucun motif de révision, de sorte que l'assurée n'avait (toujours) pas droit à des prestations de l'AI.

3.2 Pour sa part, la recourante conteste essentiellement la valeur probante de l'expertise diligentée en 2022. En particulier, elle reproche à l'expert d'avoir minimisé sa souffrance psychique et d'avoir omis de prendre en considération une aggravation de son état de santé, telle que celle-ci

ressort de divers rapports d'hospitalisation, ainsi que des écrits rédigés par son psychiatre traitant. En outre, elle estime que le rapport d'expertise de 2022 s'apparente pour l'essentiel à un "copier-coller" de celui de 2016. Par ailleurs, l'intéressée explique que si elle n'a pas été hospitalisée plus souvent, c'est grâce au suivi psychiatrique étroit et à la médication lourde dont elle bénéficie. Enfin, elle souligne avoir cherché en vain à s'insérer sur le marché du travail, notamment par le biais d'une formation dans l'hôtellerie, ainsi que deux stages occupationnels effectués avec l'aide du service social. Ces tentatives se sont toutefois soldées par des échecs en raison de son état de santé.

4.

A titre liminaire, il faut souligner qu'après réception de la seconde demande de la recourante du 27 avril 2022, ainsi que de divers rapports établis par le psychiatre traitant et par un département de santé mentale hospitalier, l'intimé a ordonné une expertise psychiatrique. Il est donc entré en matière sur la nouvelle demande, si bien que ce point n'a plus à être examiné par le Tribunal administratif (ATF 109 V 108 c. 2b). L'examen du cas d'espèce porte ainsi sur la question de savoir si une modification des circonstances susceptible d'influencer le droit à la rente s'est produite entre le 12 octobre 2016, date de la dernière décision entrée en force que l'intimé a rendue sur la base d'un examen matériel du droit, et le 1^{er} juin 2023, date du prononcé contesté.

5.

5.1 Pour rendre sa première décision matérielle du 12 octobre 2016, confirmée par le Tribunal administratif (JTA AI/2016/1113 du 29 mars 2018), l'intimé s'est fondé, d'une part, sur un avis médical du SMR du 1^{er} avril 2015. Une spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie y avait écarté tout diagnostic d'état de stress post-traumatique, au motif que le cancer du sein qu'avait présenté l'assurée, tout comme l'assassinat de son père et le décès de son frère, ne correspondaient pas à la notion de

traumatisme liée au diagnostic d'état de stress post-traumatique. Relevant en outre l'existence de signes d'anxiété et de dépression, la spécialiste du SMR avait relevé que certains de ces symptômes trouvaient leur cause dans le pays d'origine (cancer du sein), tandis que d'autres étaient psycho-réactifs (à la mort du père, du frère et à la solitude) et que d'autres encore résultaient du traitement contre le cancer. Elle avait estimé que la symptomatologie réactionnelle et les effets secondaires du traitement oncologique pouvaient tout au plus justifier une incapacité de travail de 20%, au plus tard lors de l'arrivée en Suisse et peut-être depuis 2010, c'est-à-dire depuis que le carcinome avait été diagnostiqué (dossier [dos.] AI 21/3). D'autre part et surtout, l'intimé s'est basé sur l'expertise psychiatrique qu'il avait ordonnée. Dans son rapport du 19 avril 2016, le spécialiste en psychiatrie-psychothérapie et en neurologie mandaté avait posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récidivant, épisode actuel moyen avec syndromes somatiques, présent depuis 2012 au plus tard (ch. F33.11 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé). Sans effet sur la capacité de travail, le spécialiste avait diagnostiqué une accentuation de traits de la personnalité (émotionnels, immatures, instables, dépendants, anxieux, avec comportements d'évitement et histrionique; ch. Z73.1 CIM-10), potentiellement présente depuis l'adolescence. Selon l'expert, la symptomatologie anxiodépressive décrite par l'assurée et son psychiatre traitant provenait avant tout de facteurs psychosociaux (assassinat du père, mort d'un frère, décès d'un oncle qui s'occupait de la mère, état de santé précaire de cette dernière restée seule au pays, grave problématique psychiatrique d'un autre frère habitant en Suisse, etc.). En outre, bien que l'intéressée se plaignait de façon véhémement, elle demeurait en mesure de maintenir une vie quotidienne absolument réglée. Elle se levait tôt, s'occupait de son ménage, pouvait quitter la maison si nécessaire, était en mesure de voyager dans son pays d'origine et notamment de prendre l'avion pendant plusieurs heures. Manifestant une tendance à l'exagération et à la théâtralisation, l'assurée se projetait en permanence comme victime et demeurait fixée sur l'obtention d'une rente. Tout en soulignant la présence de nombreux facteurs extra-médicaux (notamment l'absence de formation et d'expérience professionnelle, ainsi que l'âge), mais également

le fait que l'assurée n'avait jamais été engagée professionnellement, même avant la maladie, l'expert était parvenu à la conclusion que l'on pouvait exiger de celle-ci un temps de travail d'au moins six heures par jour, avec une perte de rendement de 20% au maximum, dans toute activité simple et bien structurée, sans exigence élevée sur le plan de l'organisation et des compétences sociales (dos. AI 31/1).

5.2 Entre la date du prononcé du 12 octobre 2016 et celle de la décision contestée du 1^{er} juin 2023, les sources suivantes renseignent sur la situation médicale de l'assurée.

5.2.1 Dans un rapport du 21 septembre 2020, rédigé à l'issue d'un séjour de l'assurée du 12 au 26 août 2020 au sein du département de santé mentale d'un hôpital, une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de ce département a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (ch. F33.3 CIM-10). Selon la praticienne, ce séjour hospitalier avait été motivé par une décompensation dépressive sévère, accompagnée d'une symptomatologie rappelant un syndrome catatonique. Le traitement psychiatrique avait cependant permis une amélioration significative de la symptomatologie et une stabilisation de l'état psychique, le discours de l'assurée étant dépourvu d'éléments délirants notables (dos. AI 66/1).

5.2.2 A l'appui de la demande de prestations déposée en 2022, l'assurée a produit un nouveau rapport du département de santé mentale précité du 18 février 2022. Il en ressort qu'elle a effectué un (nouveau) séjour hospitalier psychiatrique du 24 janvier au 11 février 2022, durant lequel a été retenu derechef le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (ch. F33.3 CIM-10; voir dos. AI 72/1). Ont également été versés au dossier un rapport du psychiatre traitant du 1^{er} juillet 2021, faisant état d'une aggravation de l'état de santé psychique (dos. AI 72/4), ainsi qu'un certificat du 8 avril 2022 établi par le même médecin traitant. Dans ce dernier document, ce praticien, après avoir diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques (ch. F33.2 CIM-10), ainsi qu'un état de stress post-traumatique (ch. F43.1 CIM-10), a attesté d'une incapacité de travail de 100% (dos. AI 72/3). Dans un rapport subséquent du 9 mai 2022, le

psychiatre traitant a maintenu ses diagnostics, tout en relevant que sa patiente signalait une péjoration au plan psychique, caractérisée par divers symptômes (tristesse, angoisse, isolement social, idées suicidaires occasionnelles). Il a confirmé une incapacité de travail totale depuis 2021, de même que l'inaptitude de l'intéressée à suivre des mesures de réinsertion professionnelle (dos. AI 82/3).

5.2.3 Dans deux rapports datés des 12 août 2020 et 16 février 2022, émanant d'un centre hospitalier, un spécialiste en pneumologie et en médecine interne a retenu les diagnostics de bronchiectasie pulmonaire du lobe inférieur gauche, de status après carcinome mammaire gauche, ainsi que de carence en fer et d'hémorroïdes de grade II. De l'anamnèse desdits rapports, il ressortait que depuis 2012 environ, l'assurée signalait une toux ainsi qu'une dyspnée, qu'elle décrivait comme étant stables dans le temps. A l'issue des examens qu'il a effectués en juillet 2020 et en janvier 2022, le spécialiste a jugé que la fonction pulmonaire était normale, sans signe de trouble ventilatoire (dos. AI 80/2 et 80/5).

5.2.4 Le 22 juin 2022, un spécialiste en médecine psychosomatique et psychothérapie du SMR a préconisé une expertise psychiatrique, au regard des rapports établis par les médecins hospitaliers et le psychiatre traitant. En revanche, selon le SMR, une expertise pneumologique n'avait pas à être ordonnée, dans la mesure où la fonction pulmonaire avait récemment été jugée intacte (dos. AI 85/4).

5.2.5 Dans le rapport d'expertise psychiatrique établi le 7 novembre 2022, le spécialiste en psychiatrie-psychothérapie et en neurologie mandaté a retenu les diagnostics suivants: trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen au maximum avec syndrome somatique (ch. F33.11 CIM-10), présent depuis 2018 au plus tard; accentuation de traits de la personnalité (émotionnels, immatures, labiles, dépendants, anxieux-évitants et histrionique; ch. Z73.1 CIM-10), existant depuis l'adolescence. L'expert a par ailleurs écarté le diagnostic d'état de stress post-traumatique évoqué notamment par le psychiatre traitant, de même que celui de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. A l'issue de son analyse, il a conclu que l'on pouvait exiger de l'assurée un temps de travail d'au moins six heures par jour, avec une perte de rendement de

15% au maximum, dans toute activité "strictement pratique" simple et bien structurée, n'impliquant pas d'exigences élevées sur le plan de l'organisation et des compétences sociales. L'expert a précisé qu'aucune péjoration significative de l'état de santé et de la capacité de travail n'était intervenue par rapport à la situation qui prévalait en 2016, au moment où la précédente expertise avait été réalisée. Enfin, le spécialiste a indiqué qu'il n'avait pas d'autre traitement psychiatrique à recommander, celui suivi par l'assurée étant visiblement conduit dans les règles de l'art (dos. AI 96.1/1).

5.2.6 Dans un écrit du 8 mars 2023, produit à l'appui des objections formulées contre le préavis du 5 décembre 2022, le psychiatre traitant s'est déterminé sur l'expertise. Il a maintenu que le trouble dépressif récurrent affectant l'assurée s'était aggravé depuis 2020, dans le sens d'un épisode dépressif sévère. En outre, il a reproché au spécialiste mandaté d'avoir minimisé la gravité des symptômes dépressifs et d'avoir fait abstraction des plaintes consignées dans le rapport d'expertise, lesquelles témoignaient pourtant de la sévérité de l'épisode dépressif. Par ailleurs, le praticien s'est étonné de la négation par l'expert des diagnostics d'état de stress post-traumatique et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, malgré l'événement traumatisant qu'avait constitué pour l'assurée la nouvelle de la mort violente de son père, ainsi que la présence de symptômes d'intrusion (cauchemars et ruminations concernant la famille), associés à d'autres symptômes (fluctuations de l'humeur, repli sur soi, difficultés à planifier le quotidien, maux de tête, épuisement, etc.). Le psychiatre traitant a réitéré que sa patiente présentait une totale incapacité de travail (dos. AI 104/2).

5.2.7 Prenant position sur les critiques formulées par le psychiatre traitant (voir c. 5.2.6), l'expert a indiqué, le 22 mars 2023, qu'il maintenait l'appréciation exprimée dans ses rapports d'expertise de 2016 et 2022. En substance, il a rétorqué que le psychiatre traitant jugeait le trouble dépressif récurrent bien plus grave que ce que permettait d'objectiver le bilan psychiatrique. Dans le but apparent de soutenir la demande de rente de sa patiente, ce praticien faisait en effet totalement abstraction des facteurs extra-médicaux et sociaux influençant la situation de cette dernière. En outre, le spécialiste a souligné que dans ses expertises, il

avait déjà justifié médicalement l'exclusion du diagnostic d'état de stress post-traumatique. Dans leurs derniers rapports de sortie, les médecins hospitaliers ayant suivi l'assurée sur le plan psychiatrique ne posaient d'ailleurs plus ce diagnostic. Au surplus, selon l'expert, il était incompréhensible que le psychiatre traitant envisage désormais et de façon simultanée un diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. En effet, ce psychiatre justifiait trois troubles mentaux d'étiologie différente par la même symptomatologie, ce qui, selon l'expert, n'était pas sérieusement soutenable (dos. AI 107/2).

5.2.8 Le 10 mai 2023, le spécialiste en médecine psychosomatique et psychothérapie du SMR a estimé que le rapport d'expertise du 7 novembre 2022 et son complément étaient probants, compte tenu des explications détaillées fournies par l'expert, ainsi que de sa réponse circonstanciée aux critiques du psychiatre traitant (dos. AI 109/2).

5.3 Devant le Tribunal administratif, la recourante a notamment produit une attestation de son psychiatre traitant du 22 juin 2023. Ce médecin a réaffirmé l'inaptitude de sa patiente à travailler et reproché à l'expert de n'avoir pas répondu de manière scientifique à son argumentation. En outre, il a rétorqué que le diagnostic d'état de stress post-traumatique avait été mentionné par les médecins hospitaliers dans un rapport de sortie du 13 mai 2013, tandis que celui de trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques, ressortait d'autres rapports de ces praticiens (pièce justificative [PJ] 4 recourante). A également été joint au recours un exemplaire du rapport de sortie précité, relatif à un séjour de l'assurée en milieu psychiatrique du 8 au 26 avril 2013, retenant les diagnostics d'état de stress post-traumatique (ch. F43.1 CIM-10), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (ch. F33.1 CIM-10), ainsi que de solitude (ch. Z60.2 CIM-10; PJ 2 recourante).

6.

6.1 En premier lieu, il convient de relever que le psychiatre traitant a exclusivement corrélié à des atteintes psychiques (épisode sévère du trouble dépressif récurrent; état de stress post-traumatique; modification

durable de la personnalité après une expérience de catastrophe) l'incapacité de travail de 100% qu'il a attestée dans le cadre de la seconde demande (dos. AI 72/3, 82/4 et 104/3). S'agissant de l'atteinte pneumologique mentionnée dans cette demande, on doit constater, à l'instar du SMR, que les rapports spécialisés des 12 août 2020 et 16 février 2022 font état d'une fonction pulmonaire normale (dos. AI 80/2 et 80/5). De surcroît, force est d'observer qu'aucun rapport versé au dossier n'atteste d'une quelconque incapacité de travail d'origine pneumologique et que la bronchiectasie pulmonaire que présente l'assurée – après avoir subi une radiothérapie en 2012 – existe depuis de nombreuses années. En conséquence, on ne se trouve aucunement en présence d'une atteinte nouvelle, ce que confirme au demeurant la demande du 27 avril 2022. Dans ce document, l'assurée indique en effet qu'elle est traitée médicalement pour son problème pulmonaire depuis 2013 (dos. AI 70/6). Partant, c'est à bon droit que l'intimé a écarté toute aggravation déterminante de l'état de santé au plan pneumologique depuis sa dernière décision et qu'en conséquence, il n'a ordonné qu'une expertise psychiatrique. Cela n'est du reste pas contesté devant le Tribunal administratif, la recourante se limitant dans ses écritures à critiquer certains aspects de l'expertise psychiatrique. Il reste ainsi à examiner la valeur probante du rapport d'expertise du 27 mars 2022 et du complément rédigé par l'expert le 4 décembre 2022, sur lesquels se fonde la décision attaquée.

6.2 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). Les expertises recueillies par les assureurs en procédure administrative auprès de médecins spécialistes externes, réalisées sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, en pleine connaissance du dossier et qui

aboutissent à des résultats convaincants, revêtent une pleine valeur probante, tant qu'il n'existe pas d'indices concrets contre leur fiabilité (ATF 137 V 210 c. 1.3.4, 135 V 465 c. 4.4, 125 V 351 c. 3b/bb; SVR 2020 IV n° 71 c. 2.2).

6.3 La constatation d'une modification propre à justifier une révision intervient au moyen d'une comparaison de faits passés avec la situation actuelle. L'objet de la preuve porte ainsi sur l'existence d'une différence déterminante, aux fins de la décision à rendre, parmi les éléments de fait à extraire des documents médicaux. 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. Une appréciation médicale en soi complète, compréhensible et convaincante, qui s'avérerait probante en vue d'une première évaluation du droit à la rente, est en principe dénuée de la valeur probante nécessaire lorsque l'évaluation médicale (divergeant d'une précédente appréciation) ne se prononce pas à suffisance sur la survenance effective d'une modification de l'état de santé. Sont toutefois réservées les situations de fait dans lesquelles il est manifeste que les circonstances médicales se sont modifiées (SVR 2018 IV n° 13 c. 4.2 et 4.2.1). En raison du caractère comparatif de l'objet de la preuve en cas de révision et de la nécessité de différencier des modifications de fait notables de simples appréciations divergentes, il est indispensable que les éléments factuels qui motivent la modification soient nouveaux ou que l'état de fait préexistant se soit substantiellement modifié quant à sa nature ou sa portée. L'on ne parvient pas à une délimitation sûre en vue d'une preuve matérielle suffisante de la modification effectivement intervenue et de celle uniquement supputée, si seules sont établies des différences nominales de diagnostics. En revanche, la constatation d'une modification effective intervenue depuis la précédente évaluation est suffisamment étayée lorsque les experts médicaux mettent en évidence les aspects concrets de l'évolution de la maladie et de l'incapacité de travail qui ont mené à leur nouvelle évaluation diagnostique et estimation de la gravité des atteintes (SVR 2018 IV n° 13 c. 4.2.2).

6.4 En l'occurrence, d'un point de vue formel, il convient de relever que les qualifications du spécialiste en psychiatrie-psychothérapie et en neurologie mandaté ne donnent pas matière à discussion. L'expert a procédé à un examen personnel de la recourante et tenu compte des plaintes subjectives de celle-ci, après avoir restitué l'anamnèse et résumé les documents recueillis par l'intimé depuis l'expertise d'avril 2016, ayant servi de fondement à la décision du 12 octobre 2016 (dos. AI 96.1/5). Les résultats de l'expertise ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance du dossier. Par ailleurs, dans la mesure où elle se prononce de manière circonstanciée sur la question d'une modification significative de l'état de santé, l'expertise se rapporte de manière suffisante à l'objet de la preuve. A cet égard, l'expert a étayé de façon complète les aspects concrets de l'évolution de l'état de santé et son estimation de la gravité des troubles (SVR 2018 IV n° 13 c. 4.2.2). Par conséquent, d'un point de vue formel, le rapport d'expertise ne prête pas le flanc à la critique.

6.5

6.5.1 Sur le plan matériel, l'expert psychiatre a justifié de façon convaincante ses diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen au maximum avec syndrome somatique (ch. F33.11 CIM-10), ainsi que d'accentuation de traits de la personnalité (émotionnels, immatures, labiles, dépendants, anxieux-évitants et histrionique; ch. Z73.1 CIM-10), étant précisé que ces diagnostics sont identiques à ceux qu'il avait posés dans l'expertise de 2016. En ce qui concerne le trouble dépressif récurrent, l'expert a exposé que, six ans après la première expertise, l'état de l'assurée demeurait marqué dans une mesure variable par des symptômes anxiodépressifs typiques (sautes d'humeur avec phases dépressives, désespoir, anhédonie, fatigabilité avec perte d'élan, tendance aux ruminations, troubles du sommeil, perte de la confiance en soi, etc.). En outre, l'intéressée présentait un sentiment d'anxiété et se plaignait de troubles physiques, dont une partie était manifestation d'ordre psychosomatique. L'assurée mettait en relation l'apparition de ses symptômes avec diverses difficultés psychosociales (diagnostic de cancer du sein en 2010, décès du père et d'un frère à l'étranger, procédure d'asile en Suisse, puis décès en 2018 de la mère et de deux autres membres de

la famille dans le pays d'origine, difficultés financières et problèmes de santé affectant un frère domicilié en Suisse; voir dos. AI 96.1/35-36). Le spécialiste a ensuite précisé de façon intelligible que la gravité de la symptomatologie anxiodépressive était tout au plus moyenne, ce qui ressortait aussi bien des résultats de tests psychométriques effectués durant l'expertise (score de 20 sur l'échelle de dépression Hamilton, correspondant à une dépression moyenne; score de 20 sur l'échelle de dépression M.A.D.R.S, correspondant à un syndrome dépressif léger) que de ses propres observations cliniques (dos. AI 96.1/26 et 96.1/45). A cet égard, l'expert a notamment indiqué que l'assurée, éveillée, orientée et d'apparence soignée, présentait des facultés inaltérées d'attention, de concentration et de psychomotricité. Aucun déficit perceptible de la mémoire n'a par ailleurs été constaté. Le spécialiste a encore souligné que l'assurée ne présentait pas d'idées suicidaires et était capable de s'exprimer sans difficultés en langue française. Elle pouvait également rire occasionnellement, malgré une capacité de modulation affective restreinte (dos. AI 96.1/24-25). Par ailleurs, à l'instar de ce qu'il avait déjà indiqué dans son rapport de 2016, l'expert a expliqué de manière compréhensible que les critères diagnostics afférents à un trouble de la personnalité n'étaient pas réunis, de sorte que seuls pouvaient être retenus des traits de personnalité accentués (ch. Z73.1 CIM-10). A ce propos, il a notamment souligné l'apparition tardive de problèmes psychiques réactionnels à l'âge de 42 ans seulement, sans traitement psychiatrique antérieur (dos. AI 96.1/38). C'est le lieu de relever que l'accentuation de traits de la personnalité mentionnée par l'expert ne peut pas être considérée comme une atteinte à la santé invalidante, ni même comme une comorbidité juridiquement pertinente par rapport au trouble dépressif récurrent diagnostiqué (en ce sens, voir arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_279/2020 du 15 juillet 2020 c. 5.3, 9C_542/2019 du 12 novembre 2019 c. 3.2 et les références).

6.5.2 C'est également de façon probante que l'expert a pris position sur les diagnostics évoqués par le psychiatre traitant et par les médecins hospitaliers. En particulier, le spécialiste mandaté a réitéré l'explication convaincante fournie en 2016, selon laquelle les décès de membres de la famille auxquels l'assurée n'avait pas personnellement assisté constituaient

certes des événements stressants, lesquels ne pouvaient toutefois être assimilés à un "traumatisme", tel qu'exigé par les classifications médicales pour diagnostiquer un stress post-traumatique (dos. AI 96.1/42-43). En outre, l'expert a précisé qu'un diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe ne pouvait pas non plus être posé, dans la mesure où l'assurée n'avait guère été exposée de façon prolongée à un "facteur de stress catastrophique" au sens de la CIM-10, par exemple à la torture ou à un danger vital (dos. AI 96.1/43). Il a encore exposé que les hospitalisations dont avait fait l'objet l'assurée en 2020 et 2022 s'inscrivaient dans le cadre de détériorations transitoires de l'état de santé, en lien avec de nouvelles difficultés psychosociales (pandémie de coronavirus, hospitalisation d'un frère, décès d'une tante et d'un oncle), tandis que les symptômes d'apparence psychotique mentionnés par les médecins hospitaliers s'étaient rapidement résorbés et n'illustraient qu'une description histrionique par l'assurée de ses symptômes anxieux (dos. AI 96.1/44-45). Enfin, dans son rapport complémentaire du 22 mars 2023, le spécialiste mandaté a fait valoir de manière crédible que le psychiatre traitant majorait la gravité du trouble dépressif récurrent par rapport aux constatations objectives et justifiait par les mêmes symptômes trois troubles mentaux d'étiologie différente, ce qui n'était pas sérieusement soutenable (dos. AI 107/4). A ces explications convaincantes, on ajoutera que la critique du psychiatre traitant selon laquelle les plaintes consignées dans l'expertise auraient justifié de diagnostiquer un épisode dépressif sévère, un état de stress post-traumatique et une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe (voir le rapport du 8 mars 2023; dos. AI 104/2), passe sous silence l'exclusion dans l'expertise de nombreux symptômes (absence de troubles de la concentration, de la psychomotricité, de la mémoire, d'idées suicidaires, de perte de poids, etc.), de même que les explications détaillées de l'expert concernant l'absence de traumatisme au sens des classifications médicales. Surtout, le psychiatre traitant cherche par son argumentation à substituer sa propre analyse à celle du spécialiste mandaté, sans mettre en évidence d'éléments objectivement vérifiables qui seraient susceptibles d'avoir été ignorés par ce dernier et se révéleraient suffisamment pertinents pour remettre en cause son point de vue (TF 8C_691/2022 du 23 juin 2023 c. 3.3 et les références; SVR 2019 UV n° 31 c. 3 et les références). Partant,

force est d'admettre que l'expert a motivé de manière complète son analyse diagnostique, à l'aune des critères de classification médicale pertinents.

6.5.3 S'agissant toujours de la valeur probante (du point de vue matériel) de l'expertise du 7 novembre 2022 et de son complément, l'expert s'est déterminé clairement sur la question – ici déterminante – de savoir si un changement substantiel était intervenu du point de vue psychique. A cet égard, il a notamment exposé que la comparaison des observations psychopathologiques effectuées en 2022 et 2016, ainsi que celle des plaintes formulées par l'assurée, mettaient en évidence une symptomatologie et un état psychique demeurés pratiquement inchangés depuis la première expertise (dos. AI 96.1/57). En particulier, selon l'expert, la symptomatologie anxiodépressive que présentait l'assurée demeurait tout au plus moyenne, c'est-à-dire d'une intensité équivalente à celle constatée lors de sa précédente expertise. En outre, les plaintes formulées par l'assurée en 2022 étaient identiques à celles exprimées en 2016, et le déroulement d'une journée-type avait été décrit pratiquement de la même façon dans les deux expertises. Par ailleurs, l'expert a fait remarquer que le poids de l'intéressée était demeuré stable, malgré les plaintes de celle-ci déplorant un manque d'appétit. Le traitement psychotrope n'avait pas non plus changé depuis 2016, sous réserve de l'augmentation du dosage d'un seul médicament, ce qui avait permis d'améliorer la qualité du sommeil. Au surplus, l'expert a souligné qu'à l'instar de ce qu'il avait observé en 2016, l'assurée continuait de manifester un comportement très plaintif et parfois démonstratif, associé à un fort désir de reconnaissance et d'obtention d'une rente (dos. AI 96.1/46). L'expert a encore précisé que, par rapport à la situation prévalant au moment de la précédente expertise, il relevait une certaine perte de condition physique liée au fait que l'assurée n'avait jamais travaillé, tout en précisant que ce déconditionnement devait être considéré comme réversible moyennant un effort de volonté (dos. AI 96.1/49). C'est le lieu de mentionner, comme le fait remarquer l'intimé, qu'un tel déconditionnement ne peut pas être considéré comme une atteinte à la santé invalidante (TF 9C_755/2020 du 8 mars 2021 c. 5.1 et les références). Toujours selon le spécialiste, l'assurée avait au demeurant progressé dans sa maîtrise de la langue française et avait pu faire la

connaissance de voisines suite à un déménagement, tout en renforçant les liens existants avec ses autres amies (dos. AI 96.1/44-46). En conclusion de son rapport, l'expert a indiqué que depuis l'expertise d'avril 2016, l'état de santé psychique ne s'était pas péjoré de façon notable et que, depuis une dizaine d'années, l'on pouvait exiger de l'assurée un temps de travail d'au moins six heures par jour, avec une perte de rendement de 15% au maximum, dans toute activité simple et bien structurée, n'impliquant pas d'exigences élevées sur le plan de l'organisation et des compétences sociales. Au sujet des deux hospitalisations intervenues en août 2020 et en février 2022, l'expert a estimé que celles-ci étaient tout au plus susceptibles de justifier des incapacités de travail de quelques semaines, mais pas une incapacité totale et permanente depuis 2015, contrairement à ce qu'avait attesté le psychiatre traitant (dos. AI 96.1/56-57).

6.5.4 Dans le but de mettre en doute la valeur probante de l'expertise et de son complément, la recourante reproche à l'expert d'avoir minimisé sa souffrance psychique et d'avoir omis de prendre en considération la péjoration de l'état de santé attestée par ses médecins, dont les rapports mentionnent des diagnostics plus graves que ceux retenus dans l'expertise. A l'argumentation invoquée, on rétorquera toutefois que, selon la jurisprudence rendue en matière de révision, une incapacité de travail attestée de manière différente par rapport à des évaluations médicales antérieures ou une classification diagnostique différente de l'affection invoquée ne suffisent pas pour conclure à une détérioration de l'état de santé. Il faut bien plutôt que les constatations se soient modifiées (SVR 2012 IV n° 18; TF 9C_135/2021 du 27 avril 2021 c. 2.1 et 3.4.2 et les références, 9C_418/2010 du 29 août 2011 c. 4.2). Ainsi, le fait qu'il existe une divergence entre les diagnostics retenus par l'expert et ceux posés par les médecins de l'assurée (voir c. 6.3) n'est pas déterminant, ce d'autant moins qu'une expertise psychiatrique offre pratiquement toujours à l'expert une certaine marge de manœuvre à l'intérieur de laquelle différentes interprétations médico-psychiatriques sont possibles (TF 9C_353/2015 du 24 novembre 2015 c. 4.1). L'échec allégué de stages occupationnels effectués avec l'aide du service social ne revêt pas non plus une portée décisive, du moment que l'expert a expressément nié une péjoration notable de l'état de santé depuis 2016, seul élément déterminant pour juger

de l'existence d'un motif de révision (en ce sens, voir p. ex. TF 9C_894/2015 du 25 avril 2016 c. 5.2). Il en va de même de l'interruption prématurée d'une formation dans l'hôtellerie, étant précisé au surplus que ce fait remonte à l'année 2013 (dos. AI 24/7) et est donc antérieur au prononcé de la dernière décision entrée en force. Par ailleurs, contrairement à ce que prétend la recourante, l'expert a dûment tenu compte des rapports établis par ses médecins. Celui-ci s'est toutefois distancié de l'avis de ces praticiens en justifiant son point de vue, ce qui n'est pas critiquable (voir c. 6.5.2). Pour le reste, dans la mesure où la recourante reproche à l'intimé et à l'expert d'avoir minimisé sa souffrance psychique, sous prétexte qu'elle n'aurait été hospitalisée que deux fois depuis 2020, la recourante expose une argumentation qui procède d'une pure interprétation et ne repose sur aucun fondement objectif. La même conclusion s'impose en ce qui concerne la critique selon laquelle l'expertise de 2022 s'apparenterait à un "copier-coller" de celle de 2016. Une simple lecture de l'expertise litigieuse permet en effet de constater que l'expert, loin de procéder à un "copier-coller", a résumé non seulement les données anamnestiques recueillies en 2016, mais également les documents obtenus par l'administration depuis lors, qu'il a ensuite confrontés aux constatations effectuées en 2022, tout en discutant de façon circonstanciée l'éventualité d'une modification de l'état de santé survenue entretemps. En définitive, il convient ainsi d'admettre que, sous l'angle matériel également, l'expertise du 7 novembre 2022 s'avère convaincante.

6.5.5 Enfin, on relèvera qu'à l'inverse de ce qui est invoqué dans le recours, les rapports des médecins de l'assurée ne témoignent d'aucune péjoration sensible et durable au plan psychique, qui serait intervenue depuis la décision du 12 octobre 2016. En effet, dans ses rapports des 1^{er} juillet 2021 et 9 mai 2022 (dos. AI 72/4 et 82/3), produits à l'appui de la seconde demande, le psychiatre traitant a attesté d'une incapacité de travail totale résultant d'un épisode sévère du trouble dépressif récurrent, ainsi que d'un état de stress post-traumatique, en décrivant une symptomatologie pratiquement identique à celle ressortant des rapports qu'il avait établis dans le cadre de la première demande, notamment ceux des 27 octobre 2014, 29 février et 24 juin 2016 (voir par comparaison dos. AI 10/2, 31.2/1 et 38/2). Des rapports du psychiatre traitant, il ne ressort

ainsi pas de modification des constatations allant dans le sens d'une péjoration notable de l'état de santé depuis 2016. Plaide également contre une telle aggravation l'argument de ce praticien, avancé dans une attestation du 22 juin 2023 (PJ 4 recourante), selon lequel un diagnostic d'état de stress post-traumatique avait déjà été retenu dans une lettre de sortie rédigée à l'issue d'un séjour hospitalier en 2013 (PJ 2 recourante). Quant aux rapports des médecins hospitaliers des 21 septembre 2020 et 18 février 2022, consécutifs à deux séjours d'environ deux semaines intervenus respectivement en août 2020 et en janvier-février 2022, il faut admettre avec l'expert que ces séjours résultaient de détériorations transitoires de l'état de santé, consécutives à des problèmes psychosociaux survenus peu avant (voir c. 6.5.2). A cela s'ajoute que ces deux derniers rapports n'attestent d'aucune incapacité de travail et décrivent une "amélioration significative de la symptomatologie" (dos. AI 66/1 et 72/1; voir également PJ 3 recourante). Au regard de ce qui précède, il doit ainsi être retenu que l'argumentation exposée par la recourante et ses médecins ne permet pas de remettre en cause le point de vue de l'expert quant à l'absence de péjoration déterminante de l'état de santé.

6.6 Sur le vu des rapports versés au dossier et du caractère probant de l'expertise, l'instruction de la cause se révèle suffisante. Cela permet d'exclure la nécessité d'une instruction complémentaire et notamment la mise en œuvre par l'intimé d'une nouvelle expertise, telle que sollicitée par la recourante.

7.

7.1 Dans son jugement du 29 mars 2018 (JTA AI/2016/1113), confirmant la décision de l'intimé du 12 octobre 2016, le Tribunal administratif a examiné si les constatations médicales ressortant de l'expertise de 2016 permettaient de conclure, sur la base des indicateurs standards prévus par l'ATF 141 V 281, à une incapacité de travail partielle, telle que formulée à l'époque par l'expert (temps de travail exigible de 6 heures par jour avec une perte de rendement de 20%). En substance,

dans ses considérants auxquels il convient ici de renvoyer (c. 5.3 et 5.4 du jugement précité), le Tribunal administratif a souligné que les symptômes constatés par l'expert étaient en majeure partie de faible intensité, alors qu'en principe, seuls des troubles psychiatriques graves étaient susceptibles de constituer des atteintes invalidantes (ATF 143 V 418 c. 5.2.2 et 5.2.3). En outre, l'expert avait insisté à maintes reprises sur le comportement démonstratif et revendicateur de l'assurée, de même que sur le rôle important que jouaient en l'occurrence des facteurs étrangers à la maladie (âge, obstacles sur le marché du travail, absence de formation, faible niveau de scolarisation, manque de connaissances linguistiques, problèmes financiers, besoin de sécurité). Par ailleurs, le Tribunal administratif a relevé que diverses ressources chez l'assurée avaient été mises en évidence par l'expert. Ainsi, celle-ci avait notamment été en mesure de s'organiser pour faire traiter son cancer à l'étranger, puis de rejoindre la Suisse pour y demander l'asile. Elle avait pu acquérir des bases d'allemand, s'exprimait couramment en français et était retournée à plusieurs reprises dans son pays d'origine auprès de sa mère. Elle s'était de plus constitué un cercle d'amies en Suisse, savait mobiliser son entourage et conservait des journées bien structurées. A l'issue de son examen, le Tribunal administratif est parvenu à la conclusion que, d'un point de vue juridique, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé psychique présentée par l'assurée n'étaient pas établies de manière concluante et exempte de contradictions à l'aide des indicateurs standards, de sorte qu'il fallait conclure à l'absence d'atteinte psychique invalidante, à l'instar de l'Office AI Berne (sur le libre examen par les organes d'application du droit des indicateurs standards et la preuve de l'incapacité de travail, voir ATF 145 V 361 c. 3.2.2, 144 V 50 c. 4.3, 143 V 418 c. 6).

7.2 Force est ainsi d'admettre que la conclusion d'une absence d'atteinte invalidante à laquelle est parvenue l'administration, puis le Tribunal administratif, demeurerait pleinement valable à la date du prononcé du 1^{er} juin 2023, sans qu'un nouvel examen des indicateurs standards ne se justifie, du moment que l'expert n'avait pas pu constater d'aggravation déterminante de l'état de santé depuis l'expertise de 2016, sur la base de laquelle avait été rendue la dernière décision de refus de prestations entrée en force. En effet, en l'absence de motif de révision, la procédure

probatoire structurée prévue par l'ATF 141 V 281 n'a pas à être mise en œuvre (TF 8C_262/2021 du 10 septembre 2021 c. 5.1.3 et les références). A l'instar de ce qu'a considéré le Tribunal administratif dans son précédent jugement, il faut en conclure que les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé psychique ne sont pas établies au degré de la vraisemblance prépondérante, de sorte que l'incapacité de travail de 36.25% évoquée par l'expert en 2022 (voir le ch. 8.2 de son rapport, mentionnant une capacité de travail de 63.75%; dos. AI 96.1/56), au demeurant légèrement moins importante que celle de 40% retenue en 2016 (respectivement de 42% par rapport à un horaire normal de travail dans les entreprises de 41.7 heures par semaine), ne saurait pas non plus être considérée comme prouvée.

7.3 En résumé, il doit être retenu que le rapport d'expertise du 7 novembre 2022 et son complément satisfont aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante en ce qui concerne la question ici déterminante. Il en découle, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'absence de modification notable des circonstances depuis la décision du 12 octobre 2016 et donc de motif de révision (art. 17 LPGA). Partant, c'est à bon droit que, dans sa décision du 1^{er} juin 2023, l'intimé a retenu qu'un droit aux prestations de l'AI ne pouvait toujours pas être reconnu à la recourante.

8.

8.1 Sur le vu de ce qui précède, le recours s'avère mal fondé et doit être rejeté.

8.2 Aux termes de l'art. 61 let. f^{bis} LPGA, en relation avec l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, la procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires. La recourante, qui succombe, doit ainsi être condamnée au paiement des frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-. Il n'est par ailleurs pas alloué de dépens, pas même sous la forme d'une indemnité de partie (art. 61 let. g LPGA; art. 104 al. 2 et 3 et art. 108 al. 1 et 3 LPJA).

8.3 La recourante a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée aux frais de justice.

8.3.1 Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

8.3.2 Compte tenu des pièces produites à l'appui de sa requête, la condition financière est remplie, la recourante bénéficiant de l'assistance des services sociaux (ATF 144 III 531 c. 4.1, 122 I 5 c. 4a; SVR 2017 IV n° 87 c. 2.1). En outre, les chances de succès du recours ne pouvaient être d'emblée niées (ATF 140 V 521 c. 9.1; SVR 2021 ALV n° 13 c. 8.1). La requête doit donc être admise et la recourante mise au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle. Les frais de procédure, à hauteur de Fr. 800.-, sont ainsi provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire.

8.3.3 La recourante doit toutefois être rendue attentive à son obligation de remboursement envers le canton si elle devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 112 al. 2 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire, limitée aux frais de procédure, est admise.
3. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

Le 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).