

200.2014.120.AI

WIC/BEJ

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

**Jugement du 5 décembre 2014**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
D. Baldin et M. Moeckli, juges  
C. Haag-Winkler, greffière



A. \_\_\_\_\_  
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 20 décembre 2013

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1959, mariée et mère de trois enfants (majeurs), a travaillé jusqu'à fin septembre 1997 en qualité d'ouvrière dans l'horlogerie. Au cours de la période de chômage qui a suivi, elle a été magasinière dans un programme d'occupation jusqu'au 12 octobre 1998. Elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en septembre 1999. Par décision du 5 juin 2002, l'Office AI Berne lui a alloué une rente entière d'invalidité (degré d'invalidité 70%) à compter du 1<sup>er</sup> octobre 1999. Suite à une révision de rente, l'Office AI a communiqué le 11 mai 2007 à l'assurée qu'elle continuait de bénéficier de son droit à la rente de façon inchangée.

**B.**

A l'occasion d'une nouvelle révision de rente en date du 11 mai 2011, l'assurée a indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis environ six mois. En possession de ces informations, l'Office AI a requis l'avis du psychiatre traitant de l'assuré et a ordonné la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire ainsi qu'une enquête économique sur le ménage.

**C.**

Confirmant son préavis du 27 septembre 2013, l'Office AI a, par décision du 20 décembre 2013, supprimé le droit à la rente d'invalidité en retirant l'effet suspensif à un éventuel recours et en prenant position sur les observations formulées par l'assurée par courrier du 7 novembre 2013.

## **D.**

L'assurée a recouru par acte du 31 janvier 2014 contre la décision précitée, en retenant des conclusions tendant à l'annulation de la décision de suppression, à l'examen de la situation actuelle et à la continuation du droit à la rente, subsidiairement, à l'octroi de mesures de réadaptation avant de revoir le droit à la rente.

Dans son mémoire de réponse du 24 mars 2014, l'Office AI a conclu au rejet du recours.

L'assurée a répliqué par courrier du 29 avril 2014. L'Office AI a informé le Tribunal en date du 15 mai 2014 qu'il renonçait à dupliquer.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision du 20 décembre 2013 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et supprime le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité. Outre la violation du droit d'être entendue de la recourante, sont particulièrement critiquées l'évaluation de la situation médicale ainsi que l'absence d'organisation de mesures de réadaptation avant de prendre la décision relative à la rente.

**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, 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 dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public, LOJM, RSB 161.1).

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

## **2.**

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

**2.2** 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). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 136 V 279 c. 3.2.1). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus du travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces

circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATF 137 V 64 c. 4.1, 136 V 279 c. 3.2.1, 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.3). Cette pratique judiciaire, qui s'applique de façon égale à l'ensemble des assurés, n'est pas contraire aux droits humains, ni discriminatoire (SVR 2008 IV n° 62 c. 4.2) et – du point de vue de la nature juridique des critères – ne se fonde pas sur des hypothèses de science médicale insoutenables (SVR 2012 IV n° 32 c. 2.3 - 2.5).

**2.3** 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.

## **2.4**

**2.4.1** 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 132 V 93 c. 4, 125 V 256 c. 4).

**2.4.2** 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 (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

## **2.5**

**2.5.1** 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 LPGGA). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente (ATF 134 V 131 c. 3).

**2.5.2** 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 (TF 8C\_441/2012 du 25 juillet 2013 c. 6.1.2).

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. Par contre, la constatation d'une modification effective intervenue depuis la précédente évaluation est suffisamment étayée lorsque les experts médicaux mettent en évidence les aspects concrets de l'évolution de la maladie et de l'incapacité de travail qui ont mené à leur nouvelle évaluation diagnostique et estimation de la gravité des atteintes (TF 8C\_441/2012 du 25 juillet 2013 c. 6.1.3).

**2.6** D'après la let. a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI (6<sup>e</sup> révision de l'AI, premier volet; en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012), les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies (al. 1). Cette réglementation ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture

de la procédure de réexamen (al. 4). Le moment déterminant pour examiner si une rente a été perçue depuis plus de quinze ans est celui du début du droit à la rente et non pas la date à laquelle la décision de rente (entrée en force) a été prononcée (ATF 139 V 442 c. 4.3).

### 3.

La recourante invoque tout d'abord une violation de son droit d'être entendue par le fait de ne pas avoir eu connaissance du rapport de l'expertise bi-disciplinaire du 10 septembre 2012.

**3.1** La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101), en particulier le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui d'obtenir qu'il soit donné suite à son offre de preuves pertinentes, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 c. 3.1; SVR 2008 UV n° 1 c. 3.2).

En principe, une partie qui veut consulter le dossier doit déposer une requête en ce sens. Cela suppose que les intéressés soient informés lorsque de nouvelles pièces essentielles, qu'ils ne connaissent pas et ne peuvent pas non plus connaître, sont ajoutées au dossier (SVR 2013 IV n° 30 c. 3.2). C'est d'abord à l'autorité dans le domaine de compétence duquel les actes se trouvent, qu'il appartient de statuer sur la demande de consultation du dossier (ATF 132 V 387 c. 6.2 et 6.3).

**3.2** La recourante n'invoque pas avoir déposé une requête dans le but de pouvoir consulter le dossier et plus particulièrement le rapport de l'expertise bi-disciplinaire du 10 septembre 2012. Elle indique simplement dans son acte de recours (sans du reste évoquer ce point dans ses observations du 7 novembre 2013) ne pas avoir reçu "*le rapport d'enquête des experts*". La recourante a été informée par courrier du 13 juin 2012 de l'expertise médicale prévue, les noms des experts et les questions lui ayant

également été communiqués. Ayant ensuite pris part à l'expertise, elle ne pouvait ignorer que les experts adresseraient un rapport à l'intimé, elle avait donc tout loisir de déposer une requête en vue de consulter son dossier et le rapport de l'expertise bi-disciplinaire. Il n'appartenait pas à l'intimé de communiquer spontanément une copie dudit rapport à la recourante. Partant, cette dernière ne s'est pas vu refuser l'accès à son dossier et son droit d'être entendue n'a donc pas été violé.

#### **4.**

**4.1** Dans sa décision de suppression de rente d'invalidité du 20 décembre 2013, l'intimé a considéré que les conditions d'octroi de la rente n'était plus données et que la recourante était en mesure d'exercer, à plein temps, une activité adaptée à son handicap. L'intimé a fondé sa décision sur le rapport de l'expertise bi-disciplinaire (neurologique et psychiatrique) du 10 septembre 2012.

**4.2** La recourante, pour sa part, conclut au maintien de son droit à une rente entière d'invalidité. Elle conteste la valeur probante de l'expertise bi-disciplinaire sur laquelle se fonde l'intimé et critique le fait que l'avis de ses médecins traitants n'ait pas été pris en compte dans l'examen de l'évolution de son état de santé, dont elle affirme qu'il ne s'est pas amélioré. En outre, la recourante estime que des mesures de réadaptation professionnelle devaient être organisées avant de prendre une décision sur son droit à une rente. Selon elle, à 54 ans et après 16 ans sans emploi, elle peut prétendre à une aide nécessaire dans la reprise d'une activité lucrative.

#### **5.**

C'est à raison que l'intimé, pour déterminer si le taux d'invalidité a subi une modification notable (art. 17 al. 1 LPGA), a comparé, d'une part, l'état de fait au moment de la décision d'octroi de rente initiale (le 5 juin 2002) et, d'autre part, celui au moment de la décision contestée du 20 décembre 2013. En effet, la communication du 11 mai 2007 par laquelle l'intimé a

confirmé la continuation de la rente n'était pas fondée sur un examen matériel complet du droit (ATF 133 V 108 c. 5.4).

**5.1** L'intimé avait fondé l'octroi de la rente entière d'invalidité sur une expertise pluridisciplinaire du 27 août 2001.

Les experts d'alors avaient diagnostiqué un trouble somatoforme persistant sous forme de douleurs hémicorporelles et hémicéphalées gauches chroniques (ICD-10 F45.4), un état dépressif sévère (ICD-10 F32.2), ainsi qu'une anxiété généralisée (ICD-10 F41.1) ayant des répercussions sur la capacité de travail de la recourante. Les atteintes suivantes n'avaient pas été considérées comme ayant une influence essentielle sur la capacité de travail: signes séquellaires (hypesthésies) d'une radiculopathie C8 à gauche sur ancienne hernie discale C7-C8 (ICD-10 M50.1), une hyperlipidémie mixte (ICD-10 E78.2) et enfin une surcharge pondérale (BMI = 30 kg/m<sup>2</sup>; ICD-10 E66.9). Les experts avaient alors évalué la capacité de travail résiduelle à 30%, en spécifiant qu'elle devait plutôt être de caractère occupationnel, vu les limitations importantes à observer (changement de position chaque heure; port de charges limité à moins de 15 kg au membre supérieur droit et à moins de 5 kg au membre supérieur gauche; travaux lourds contre-indiqués; capacité d'apprendre limitée par une insomnie, une fatigue chronique et un trouble de la mémoire; une motivation diminuée en raison de l'état dépressif sévère; un travail répétitif à éviter pour le membre supérieur gauche, tout comme la flexion et l'extension répétées des cervicales). Selon les experts d'alors, dans un emploi adapté, une capacité de travail de 30% pouvait tout au plus être espérée, car l'atteinte douloureuse chronique et l'atteinte dépressive importante rendaient l'exercice de la majeure partie des travaux, même adaptés, difficilement imaginable au-delà de ce chiffre.

**5.2** La décision de suppression de la rente d'invalidité a été rendue sur la base des informations suivantes:

**5.2.1** Dans le formulaire de révision de la rente d'invalidité complété le 26 mai 2011, la recourante a indiqué une modification de son état de santé au cours des six derniers mois. Elle a précisé que son état psychologique s'était aggravé, qu'elle avait pris du poids de façon excessive et éprouvait

des difficultés à marcher. Elle a encore indiqué être en traitement auprès de son généraliste (retraité depuis peu), ainsi que de son psychiatre traitant.

**5.2.2** Dans un rapport du 2 août 2012 (fourni après plusieurs rappels), le psychiatre traitant a mentionné, à la rubrique concernant les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail, un trouble dépressif récidivant sans symptômes psychotiques (ICD-10 F33.2), persistant depuis de nombreuses années. Il a attesté une incapacité de travail de 100% depuis le 19 avril 2010 et voit la recourante en consultation depuis 2003, la dernière entrevue ayant eu lieu le 9 juillet 2012. Il a précisé que la recourante avait subi une rechute depuis 2010. Quant aux atteintes subjectives indiquées par sa patiente, le psychiatre traitant a mentionné des difficultés de concentration, des troubles du sommeil, une agitation intérieure, de la fatigue, une perte d'envie et d'intérêt. Il a indiqué que la prise en charge ambulatoire se poursuivait. A la question de savoir s'il estimait indiquées d'autres investigations médicales, le clinicien a répondu par l'affirmative.

**5.2.3** Suivant ce faisant l'avis du médecin du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'intimé a mandaté un neurologue (le Dr B.\_\_\_\_\_) et un psychiatre (le Dr C.\_\_\_\_\_) pour la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire.

Dans leur rapport du 10 septembre 2012, au chapitre des affections ayant des répercussions sur la capacité de travail, l'expert neurologue a diagnostiqué un syndrome lombovertébral léger à moyen. Il a en outre constaté un syndrome du tunnel carpien léger à gauche, des douleurs dans tout le corps sans état de corrélation organique, ainsi qu'une adiposité per magna. Sur le plan psychiatrique, l'expert a indiqué une dépression récidivante, actuellement en rémission, grave selon anamnèse (2001; ICD-10 F33.4), une légère anxiété généralisée (ICD-10 F41.1), ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux persistant avec facteurs somatiques et psychiques (ICD-10 F45.4). De façon interdisciplinaire, les deux experts s'accordent à évaluer la capacité de travail résiduelle de la recourante à 40% dans une activité sollicitant l'axe corporel de façon supérieure à la moyenne. Dans une activité adaptée (c'est-à-dire alternance de positions

assise/debout et une sollicitation légère à moyenne au plus de l'axe corporel), la capacité de travail totale subit une baisse de rendement de 10%. Les deux experts ont précisé que le moment auquel l'amélioration de l'état de santé de la recourante est survenue ne peut pas être défini au regard des informations du dossier et de l'anamnèse. Ils en concluent qu'il convient donc de retenir la date de l'expertise.

**5.2.4** Dans un rapport d'enquête économique sur le ménage du 17 septembre 2013 réalisé par la Division des enquêtes de l'intimé, la collaboratrice en charge du dossier a indiqué, sur la base des indications fournies par la recourante elle-même, que cette dernière, si elle n'était pas invalide, exercerait une activité lucrative à 100% comme ouvrière. Compte tenu de cette information et du profil d'exigibilité fixé par les experts médicaux, la collaboratrice a ensuite abouti, en comparant un revenu sans invalidité de Fr. 53'367.- avec le revenu de Fr. 43'227.- que la recourante pourrait encore raisonnablement atteindre avec son handicap, à un manque à gagner de Fr. 10'140.- correspondant à un degré d'invalidité de 19%.

## **6.**

La recourante critique tout d'abord le rapport de l'enquête économique sur le ménage. Le seul grief qu'elle invoque à l'encontre de cette enquête porte sur la durée de l'entretien consacré par la collaboratrice de la Division des enquêtes à la réalisation de l'enquête. La recourante n'avance aucun argument sur le contenu de cet entretien, respectivement du rapport d'enquête. Or, il est mentionné en tête du document que la collaboratrice s'est entretenue avec la recourante (et sa fille) à son domicile. Elle avait donc connaissance de la situation locale et spatiale. Le détail avec lequel a été rédigé le rapport démontre une bonne connaissance du dossier sur le plan médical, mais également sur les plans professionnel et social. L'avis et les indications fournies par la recourante au cours de l'entretien ont également été consignés de façon détaillée. Par conséquent, le rapport rédigé par la collaboratrice, au demeurant qualifiée pour cette tâche et plus proche que le Tribunal des circonstances concrètes du cas d'espèce,

répond aux exigences définies par la jurisprudence s'agissant de la valeur probante d'un tel écrit (ATF 130 V 61 c. 6.2; SVR 2012 IV n° 54 c. 3.2). La durée de l'entretien, de deux heures selon la recourante, n'est en soi pas déterminante et dès lors pas critiquable (TF 8C\_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2). Ce d'autant plus qu'il s'est agi principalement en l'espèce de définir le statut, à savoir que la recourante, si elle n'était pas invalide, continuerait à exercer une activité lucrative à 100%. Les autres informations étaient déjà établies, notamment par les médecins, et connues de la collaboratrice au préalable. Seul restait donc à chiffrer le degré d'invalidité de la recourante une fois le statut clarifié. Au vu de la valeur probante du rapport de l'enquête économique sur le ménage, le grief de la recourante tombe à faux.

## 7.

**7.1** La recourante conteste ensuite la valeur probante reconnue par l'intimé à l'expertise bi-disciplinaire. Elle estime qu'en aucun cas les experts ne sont en mesure de juger son état de santé en ayant passé seulement deux heures à lui parler et sans avoir aucun historique de ses problèmes de santé, étant donné que ses médecins traitants, et plus particulièrement son généraliste, n'ont pas été consultés au cours de la procédure administrative.

**7.1.1** La valeur probante d'une expertise médicale ne dépend en principe pas de la durée de l'examen; il est avant tout déterminant que l'expertise soit complète au niveau du contenu et que son résultat soit concluant. Le temps consacré aux questions et à l'évaluation de la psychopathologie nécessaires à toute expertise psychiatrique doit toutefois être adéquat (TF 8C\_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2). De plus, la réalisation d'une expertise médicale ne se limite pas aux investigations cliniques pratiquées sur l'assuré, mais doit comporter également une étude préalable et approfondie de tout le dossier, afin de permettre à l'expert de préparer l'entretien et les examens éventuels à réaliser dans le cas particulier. L'ensemble du temps consacré par l'expert doit par conséquent être pris en considération, la durée de l'examen de l'assuré ne permet pas à elle seule

de remettre en question la valeur probante d'une expertise, lorsque celle-ci satisfait aux critères définis par la jurisprudence en la matière (ATF 132 V 93 c. 4, 125 V 256 c. 4). Il s'agit donc bien plutôt d'examiner si l'expertise bi-disciplinaire a valeur probante.

**7.1.2** Suite à l'introduction de la procédure de révision en date du 11 mai 2011, l'intimé a contacté plusieurs fois le psychiatre traitant, y compris en sollicitant l'appui de la recourante, en le priant de bien vouloir lui faire parvenir un rapport médical. Le rapport de ce thérapeute, daté du 2 août 2012, est parvenu le 12 septembre 2012 à l'intimé qui, suivant l'avis du médecin du SMR, avait entre-temps mandaté les experts neurologue et psychiatre en vue de la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire. Ces derniers n'avaient donc pas connaissance de l'appréciation du psychiatre traitant pendant la réalisation de l'expertise. Il s'agit du seul rapport médical sollicité par l'intimé auprès des médecins traitants de la recourante. L'intimé n'a jugé ni utile ni nécessaire de se procurer également l'avis du généraliste traitant, voir d'autres spécialistes. Certes, la recourante a changé de généraliste en cours de procédure, celui dont elle avait indiqué le nom sur la formule de révision ayant pris sa retraite (le dernier rapport en date de ce médecin figurant au dossier remonte au 30 avril 2007). Elle a pourtant signalé aux experts le nom du nouveau généraliste qui la suivait. En outre, elle a, déjà dans ses observations du 7 novembre 2013, conclu à ce que l'intimé recueille l'avis de ce médecin. L'intimé a soumis les observations à la Division des enquêtes qui, dans sa prise de position du 18 décembre 2013, a expliqué qu'en égard à l'expertise, à laquelle valeur probante doit être reconnue, il n'y avait pas lieu de demander un avis médical supplémentaire. Bien que la recourante ait réitéré sa conclusion dans son mémoire de recours, l'intimé n'a pas abordé ce point dans son mémoire de réponse, se référant simplement à l'expertise bi-disciplinaire pour fonder sa décision.

**7.1.3** Lors de la réalisation de l'expertise bi-disciplinaire, sur le plan somatique, l'expert neurologue a actualisé les données médicales en se procurant, notamment, des avis récents de rhumatologues traitants. En prenant cette initiative, l'expert neurologue était en mesure de se prononcer en toute connaissance de cause sur l'état de santé de la recourante. Il

manquait toutefois une appréciation actuelle du nouveau médecin traitant. De surcroît, les écrits requis par l'expert, qu'il mentionne, n'ont pas été joints à l'expertise, de sorte qu'il est impossible de juger de la discussion qui en est faite en référence aux conclusions de ces spécialistes, ainsi que de comparer les différents avis et de juger de leur pertinence.

Sur le plan psychique, l'expert psychiatre a quant lui relevé en plusieurs endroits de son rapport que la recourante consultait un psychiatre depuis environ une quinzaine d'années, tout en constatant qu'aucun compte rendu de sa part ne figurait parmi les pièces au dossier. A l'évidence, le bref rapport du psychiatre traitant, laborieusement obtenu par l'intimé, n'a pas été communiqué à l'expert. De son côté, ce dernier n'a pas jugé utile, à l'inverse de son confrère expert avec certains autres médecins traitants, de prendre langue avec le psychiatre traitant. Certes, le rapport du psychiatre traitant qui figure au dossier n'est pas, en soi, de nature à remettre en cause les conclusions de l'expert psychiatre du simple fait qu'il mentionne l'indication d'investigations médicales complémentaires. Les informations fournies par le psychiatre traitant auraient cependant permis à l'expert psychiatre de se prononcer sur l'évolution de la situation de santé de la recourante, ainsi que d'expliquer d'éventuelles contradictions dans les observations médicales, voire d'expliquer la différence de l'appréciation. On relèvera en particulier les divergences relatives à l'incapacité de travail de 100% depuis le 19 avril 2010, ainsi que le fait que la situation de la recourante aille en se péjorant aux dires du psychiatre traitant, alors que, selon l'expert, la recourante va notablement mieux. Rappelons que les deux rapports (psychiatre traitant et expertise bi-disciplinaire) ont été rédigés à quelques semaines d'intervalle seulement, justifiant d'autant plus une discussion de ces contradictions portant sur des points essentiels. De plus, l'expert psychiatre a également indiqué qu'il ne lui était pas possible de préciser à partir de quand l'état de santé de la recourante s'était amélioré faute de pièces l'établissant ("*dazu fehlen die Akten*"; dos. AI 49.1 p. 16).

Valeur probante ne peut donc pas être déjà reconnue à l'expertise médicale bi-disciplinaire, d'une part parce qu'elle repose sur des données médicales incomplètes et, d'autre part, du fait qu'elle ne contient pas

d'explications quant aux contradictions entre les avis de l'expert psychiatre et du psychiatre traitant.

## **7.2**

**7.2.1** La recourante critique ensuite le temps écoulé entre la réalisation de l'expertise bi-disciplinaire et de celle de l'enquête économique sur le ménage qui a précédé le préavis de décision. Elle s'étonne plus particulièrement, du fait que l'intimé n'ait pris aucun renseignement sur l'évolution de son état de santé auprès de ses médecins pendant ce temps.

**7.2.2** Il s'est écoulé plus d'une année entre les examens réalisés par les experts le 5 septembre 2012 et le préavis de décision rendu le 27 septembre 2013. Il appartenait à l'intimé d'actualiser les données médicales de la recourante avant de rendre sa décision, ce d'autant plus après la formulation de ce grief dans les observations sur le préavis. L'intimé a seulement soumis le cas à sa Division des enquêtes qui, dans une prise de position du 17 décembre 2013, a estimé que, l'expertise bi-disciplinaire étant probante, il n'y avait pas lieu d'instruire plus avant l'aspect médical. Le SMR, pourtant habilité à se prononcer sur les questions d'ordre médical, n'a pas été consulté. L'intimé ne s'est pas non plus exprimé sur cette question suite à la répétition de ce grief en procédure de recours. Pourtant, le nouveau généraliste traitant n'avait encore jamais été entendu sur la situation de santé de la recourante, qui affirmait que son état n'allait pas en s'améliorant.

Etant donné que l'intimé a rendu une décision un an après la réalisation de l'expertise, il lui incombait, au plus tard en réaction aux observations du 7 novembre 2013, d'actualiser les données médicales avant de se prononcer.

**7.3** A l'évidence, l'intimé n'a pas instruit la situation médicale de la recourante de façon exhaustive. D'une part en négligeant de prendre l'avis de son généraliste traitant, ainsi que de soumettre l'avis du psychiatre traitant aux experts et, d'autre part, en n'actualisant pas les données médicales avant de rendre la décision plus d'un an après la réalisation de l'expertise médicale. L'intimé a ainsi violé le principe d'instruction d'office auquel il est tenu. De plus, s'agissant de l'évolution d'une situation de

trouble somatoforme douloureux persistant à l'origine d'une rente à réexaminer dans le contexte d'une révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA, les exigences de la jurisprudence sont particulièrement strictes pour qu'une réelle amélioration de la capacité de travail soit étayée à suffisance (voir c. 2.5.2 ci-dessus). Ces exigences spécifiques doivent apparaître déjà dans les questions posées aux experts (TF 8C\_29/2014 du 25 juin 2014 c. 3.3), ce qui n'a pas été le cas en l'espèce (voir questionnaire adressé aux experts; dos. AI 47). Les mesures d'instruction prises par l'intimé ne suffisent pas à établir de façon complète l'état de fait déterminant. Les informations au dossier, notamment l'expertise bi-disciplinaire fondée sur des données médicales lacunaires, ne permettent pas de statuer. Etant donné que l'état de santé de la recourante n'a fait l'objet d'aucune investigation au-delà de septembre 2012, il n'appartient pas au Tribunal d'ordonner une expertise judiciaire, mais il convient bien plutôt de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il procède à une instruction en ce sens (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4). L'intimé veillera à actualiser les données médicales indispensables à l'appréciation d'un cas de révision de rente octroyée sur la base d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, en s'assurant que la documentation fournie aux experts consultés soit complète.

En possession des informations indispensables sur le plan médical, l'intimé se devra d'examiner le droit aux prestations de la recourante, y compris, cas échéant, l'éventualité d'un droit à des mesures de réadaptation professionnelle.

## **8.**

**8.1** Au vu de tout ce qui précède, le recours doit être admis et la décision rendue le 20 décembre 2013 par l'intimé, annulée. Le dossier de la cause est renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

**8.2** 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 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Bien qu'elle obtienne gain de cause dans la présente procédure, il ne se justifie pas d'allouer de dépens, ni d'indemnité de partie à la recourante, les efforts déployés dans le cadre de la présente procédure ne dépassent pas la mesure de ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires personnelles (art. 61 let. g LPGA; ATF 127 V 205 c. 4b et les références).

**8.3** Les frais de la procédure de recours fixés forfaitairement à Fr. 700.- sont mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais versée par la recourante lui est restituée.

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à la charge de l'intimé. L'avance de frais de Fr. 700.- versée par la recourante lui sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

4. Le présent jugement est notifié (R):

- à la recourante,
- à l'intimé,
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

La greffière:

**Voie de recours**

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