

200.2014.325.AI

CHA/BEJ

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

Jugement du 27 mars 2015

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
D. Baldin et M. Moeckli, juges
A. de Chambrier, greffier



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 27 février 2014

En fait:

A.

A. _____, née en 1970, mariée, mère de deux enfants mineurs, sans formation professionnelle certifiée, a travaillé en dernier lieu comme opératrice auprès d'une entreprise horlogère. L'assurée a présenté une incapacité de travail attestée médicalement de 100% dès le mois d'octobre 2003. Son employeur a résilié son contrat de travail pour le 31 mai 2005. Le 10 février 2005, l'intéressée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), en invoquant des douleurs musculaires donnant des migraines et une fibromyalgie. Le 12 octobre 2005, après diverses mesures d'instruction, l'Office AI Berne a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2004. Au mois d'août 2008, celui-ci a entrepris une procédure de révision d'office de la rente, au terme de laquelle il a, en l'absence de modification des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, confirmé le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité (communication du 10 novembre 2008).

B.

Au cours d'une nouvelle procédure de révision d'office, en novembre 2011, l'assurée a indiqué que sa dépression s'était aggravée. Après avoir appris de l'intéressée qu'elle n'était plus suivie par un psychologue depuis la fin du mois d'octobre 2010, l'Office AI Berne, à l'instigation du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), a requis une expertise psychiatrique auprès du Dr C. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, après avoir soumis à l'intéressée le nom de l'expert, ainsi que les questions qui lui étaient destinées. Ce dernier a rendu son rapport d'expertise le 22 décembre 2012. Par préorientation du 15 mai 2013, l'Office AI Berne a informé l'intéressée qu'il envisageait de supprimer son droit à une rente, en raison d'une amélioration de son état de santé. Suite aux objections formulées par cette dernière, par l'intermédiaire d'un avocat, l'Office AI Berne, sur recommandation du SMR, a requis de l'expert psychiatre qu'il complète son expertise, ce qu'il a fait le 20 août 2013.

Après consultation du SMR, l'Office AI Berne a confirmé le contenu de sa préorientation par décision du 27 février 2014 et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

C.

Le 2 avril 2014, l'assurée, représentée par le même avocat, a interjeté recours contre la décision précitée de l'Office AI Berne du 27 février 2014 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant, sous suite des frais et dépens, à son annulation, à la restitution de l'effet suspensif au recours et à l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite totale pour la procédure devant le TA. Dans sa prise de position du 23 avril 2014, l'Office AI Berne a conclu au rejet aussi bien du recours, que de la demande de restitution de l'effet suspensif. Par ordonnance et décision incidente du 6 mai 2014, le Juge instructeur a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif et admis la requête d'assistance judiciaire, en désignant l'avocat précité comme mandataire d'office. La recourante a répliqué le 14 juillet 2014 et l'intimé a renoncé à formellement dupliquer le 11 août 2014. Le mandataire de la recourante a présenté sa note d'honoraires le 26 août 2014.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 27 février 2014 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et supprime la rente entière d'invalidité perçue par la recourante. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision. Outre des griefs d'ordre formel, la recourante conteste en particulier la valeur probante de l'expertise psychiatrique du 22 décembre 2012.

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

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

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

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 28 al. 2 LAI).

2.2 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).

2.3 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).

2.4

2.4.1 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 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 (ATF 130 V 343 c. 3.5, 117 V 198 c. 3b; SVR 2013 IV n° 44 c. 3.1.1).

2.4.2 Il faut prendre en compte comme bases temporelles déterminantes pour la comparaison, d'une part, l'état de fait au moment de la décision d'octroi de rente initiale et, d'autre part, celui au moment de la décision de révision litigieuse (ATF 130 V 343 c. 3.5.2, 125 V 368 c. 2; SVR 2010 IV n° 53 c. 3.1). Lorsque la rente a déjà été révisée ou confirmée antérieurement, il s'agit de prendre comme base temporelle de comparaison, la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits (médicaux) pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (la comparaison des revenus n'ayant toutefois dû être pratiquée que s'il existait des indices d'une modification des conséquences exercées par l'état de santé sur la capacité de gain; ATF 133 V 108 c. 5.4; SVR 2013 IV n° 44 c. 3.1.2).

2.4.3 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 2013 IV n° 44 c. 6.1.2).

2.4.4 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 (SVR 2013 IV n° 44 c. 6.1.3).

2.4.5 Pour les assurés qui ne se sont ni fait attribuer irrégulièrement la prestation ni n'ont manqué à leur obligation de renseigner, la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88^{bis} al. 2 let. a et b du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

3.

3.1 La recourante invoque tout d'abord une violation de son droit d'être entendue, au motif que l'Office AI Berne ne lui a pas communiqué la prise de position du SMR du 5 juillet 2013, ni celle de l'expert psychiatre du 20 août 2013, avant de prononcer la décision attaquée, et ne lui a pas donné l'occasion de se déterminer sur leurs contenus, alors même que ledit office s'est fondé sur ces dernières pour rendre la décision précitée le 27 février 2014. A ce titre, elle fait également valoir que le rapport du SMR joint à la décision attaquée n'était pas rédigé en français, mais en allemand, langue qu'elle ne comprend pas. En outre, elle invoque une violation du droit à un procès équitable, en raison du problème de langue précité et du fait que l'Office AI Berne a eu sept mois pour examiner lesdites prises de position, alors qu'elle a eu moins de trente jours à disposition pour les évaluer, les soumettre à des tiers et se déterminer.

3.2

3.2.1 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; TF 8C_834/2013 du 18 juillet 2014 c. 5.1). Le droit d'être entendu enjoint l'autorité à informer les parties quant aux nouveaux moyens de preuve versés au dossier qui sont déterminants, avant toute prise de décision. Dans certaines circonstances, le fait que les pièces du dossier soient mises à la disposition des parties peut être suffisant (ATF 128 V 272 c. 5b/bb; SVR 2008 UV n° 1 c. 3.2).

3.2.2 Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. En d'autres termes, les parties ont le pouvoir de l'exercer sans qu'il

soit nécessaire d'examiner s'il aura une incidence sur le sort matériel du litige, c'est-à-dire que l'autorité sera incitée à modifier sa décision ou non (ATF 127 V 431 c. 3d/aa; SVR 2013 IV n° 26 c. 4.2).

3.2.3 Selon la jurisprudence, une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque la personne concernée se voit donner la possibilité de se prononcer sur sa cause devant une autorité de recours jouissant d'un pouvoir d'examen étendu tant à l'égard des faits que du droit. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 137 I 195 c. 2.3.2, 126 V 130 c. 2b; SVR 2013 IV n° 26 c. 4.2).

3.3

3.3.1 En l'occurrence, l'Office AI Berne, suite aux objections de la recourante du 14 juin 2013, a requis de l'expert psychiatre, le 13 août 2013, qu'il prenne position sur ces dernières, en répondant à certaines questions. Il n'a pas impliqué la recourante dans ce processus, en lui soumettant ses questions et lui donnant la possibilité d'en poser des complémentaires. En outre, il n'a pas offert à cette dernière l'occasion de se prononcer sur les réponses de l'expert avant de rendre sa décision du 27 février 2014. Au surplus, rien n'indique que le rapport du SMR du 5 juillet 2013 a été joint à la décision attaquée ou communiqué à la recourante antérieurement. En agissant de la sorte, l'Office AI Berne a violé le droit d'être entendue de l'intéressée (ATF 136 V 113 c. 5.4; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_254/2010 du 15 septembre 2010 c. 4.2 et 4.3; arrêt du Tribunal administratif fédéral [TAF] C-7963/2008 du 16 mars 2011 c. 4.3 et références; voir c. 3.2.1 ci-dessus). Par ailleurs, en ne communiquant pas à la recourante, à tout le moins dans un premier temps, des exemplaires des rapports du SMR des 5 juillet et 28 août 2013 traduits en français, l'intimé n'a pas respecté la langue de la procédure qui devait, en l'occurrence, se dérouler dans cette langue (JTA 200.2012.1091 du 15 novembre 2013 c. 3.2 et références).

3.3.2 Concernant les conséquences de ces violations, la question d'une éventuelle réparation de ces dernières devant le TA (voir c. 3.2.3 ci-dessus) peut, vu l'issue du présent litige, être laissée ouverte. Pour la

même raison, les autres griefs de nature formelle soulevés par la recourante n'ont pas à être examinés plus avant.

4.

4.1 Sur le fond, 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 communication initiale d'octroi de la rente entière d'invalidité, rendue le 12 octobre 2005 (dossier [dos.] AI doc. 19) et la décision litigieuse du 27 février 2014. L'état de fait à la date de la décision contestée doit être comparé avec celui ayant prévalu lors de la dernière fixation de la rente fondée sur un examen complet de l'état de santé de la recourante (voir ci-dessus c. 2.4.2). En l'espèce, il s'agit donc de comparer l'état de santé et la capacité de gain de l'assurée en date du 27 février 2014, avec ceux qui étaient les siens le 12 octobre 2005, à la date du premier octroi entré en force d'une rente AI – la procédure de révision entreprise en août 2008 (voir art. 74^{ter} let. f RAI; 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.

4.2 Pour reconnaître au recourant un droit à une rente entière d'invalidité, l'Office AI Berne s'était essentiellement basé sur une expertise psychiatrique du 27 juin 2005 réalisée par le Dr D. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (dos. AI doc. 13). Comme diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail, cet expert relevait un épisode dépressif moyen à sévère avec une très forte composante anxieuse (F32.2 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10], de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), présent depuis octobre 2003, accompagnant un syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F45.4) chez une personnalité immature (CIM-10 F60.8). Relevant d'importants troubles de la concentration, incompatibles avec un bon rendement professionnel comme ouvrière, il indiquait que l'état psychique de l'assurée, notamment l'importance de son état dépressif, accompagné du syndrome douloureux

précité, occasionnait une incapacité totale de travailler dans tous les types d'activité.

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

4.3.1 Le rapport de l'Hôpital E. _____ du 10 août 2007 indiquait que la recourante a été hospitalisée du 7 au 9 août 2007 pour des crises d'angoisse. Les diagnostics d'état dépressif moyen avec syndrome somatique, accompagné d'une anxiété généralisée, de fibromyalgie et de migraines récurrentes ont été retenus, suite à une consultation psychiatrique tenue le 9 août 2007.

4.3.2 Dans le formulaire de révision de la rente d'invalidité du 30 novembre 2011, la recourante a indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis le mois de septembre 2010 et faisait état d'une aggravation de son état dépressif, avec des problèmes de sommeil et des douleurs en augmentation.

4.3.3 Le rapport médical intermédiaire du 30 janvier 2012 du Dr F. _____, médecin généraliste traitant de la recourante, mentionnait que l'état psychique de cette dernière s'était péjoré depuis le début de l'année 2010 et retenait le diagnostic d'une dépression grave avec signes psychotiques. Il relevait une incapacité totale de travailler, précisant que la recourante ne travaillait plus depuis longtemps et que celle-ci souffrait d'une fatigue chronique, de douleurs, d'une instabilité émotionnelle et de difficultés de gestion du stress et à gérer la vie au quotidien. Il a précisé voir la recourante presque toutes les semaines.

4.3.4 Dans son rapport du 22 décembre 2012, l'expert psychiatre, mandaté par l'Office AI Berne, n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Sans influence sur cette dernière, il mentionnait une dysthymie (CIM-10 F34.1), présente depuis 2005, et une fibromyalgie (CIM-10 M79.0) depuis 2002. Il a estimé que la recourante ne souffrait pas d'un trouble de la personnalité selon les classifications psychiatriques officielles. Il relevait chez cette dernière une labilité émotionnelle, quoique réduite, mais pas d'humeur constamment franchement déprimée, de tristesse permanente, de perte d'élan vital,

d'abattement, d'anhédonie ou d'aboulie. Selon lui, le seuil diagnostique pour la présence d'un épisode dépressif même de degré léger n'était pas atteint. Sur le plan psychique, il a considéré que la capacité de travail de la recourante était entière, de même que la capacité de rendement de cette dernière, puisque l'on ne pouvait objectiver de troubles de la concentration, de l'attention, de la mémoire ou de ralentissement idéomoteur. Il a relevé que l'anxiété manifestée par l'intéressée n'était pas incapacitante et qu'aucun symptôme psychotique n'avait pu être mis en évidence. Il a également mentionné que les limitations dans le quotidien de l'assurée étaient essentiellement dues aux douleurs qu'elle ressentait et que les conditions permettant de retenir une fibromyalgie invalidante n'étaient pas remplies.

4.3.5 Le 3 juin 2013, le médecin généraliste traitant a affirmé que la recourante souffrait d'une dépression sévère avec troubles psychotiques (P.J. n° 5 du recours).

4.3.6 Dans son rapport du 5 juillet 2013, le Dr G._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a pris position pour le SMR sur les objections formulées par la recourante contre l'expertise du 22 décembre 2012. Il a reconnu que cette dernière ne se prononçait pas d'un point de vue médical sur l'expertise de juin 2005 et estimé que l'expert devrait encore s'exprimer sur ce point. Pour le surplus, il a écarté les critiques de l'assurée, en précisant notamment que l'on ne pouvait retenir l'existence d'une dépression sévère en se basant sur la médication de l'intéressée.

4.3.7 L'auteur de l'expertise psychiatrique du 22 décembre 2012 a précisé, dans son complément du 20 août 2013, que ni l'expertise du 27 juin 2005, ni le rapport de sortie de l'Hôpital E._____ du 10 août 2007 ne remettaient en question son appréciation. Il relevait que dans l'expertise précitée de juin 2005, le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère n'était pas argumenté selon les critères de la CIM-10, que ce dernier reposait presque exclusivement sur les indications de l'assurée et que le syndrome douloureux somatoforme persistant n'avait pas été évalué à la lumière des critères jurisprudentiels. Il ajoutait que le diagnostic d'un trouble de la personnalité était une affirmation non étayée et ne faisait pas l'objet d'une discussion. Les limitations fonctionnelles n'étaient, selon lui,

pas listées et il n'existait pas d'arguments de certitude pour une incapacité de travail passée, durable ou non. L'expert a toutefois indiqué qu'un épisode dépressif moyen à sévère a pu exister à l'époque de l'expertise de juin 2005, de même qu'un épisode dépressif moyen lors de l'hospitalisation d'août 2007, mais sans qu'il n'y ait de certitude à cet égard.

4.3.8 Dans sa prise de position du 28 août 2013, le médecin du SMR a estimé que l'expertise du 22 décembre 2012, complétée le 20 août 2013, était convaincante.

5.

5.1 Pour rendre la décision litigieuse du 27 février 2014, l'Office AI Berne s'est essentiellement fondé sur l'expertise psychiatrique précitée du 22 décembre 2012 et son complément du 20 août 2013. La recourante conteste la valeur probante de cette dernière en faisant valoir que l'expert ne s'est pas basé sur l'ensemble des documents médicaux, que la prise de position du 20 août 2013 ne saurait remédier à ce vice et que cette expertise n'est pas exempte de contradictions.

5.2 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 213 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

5.3 L'expertise du 22 décembre 2012 se fonde sur un examen personnel de l'intéressée, prend en considération les plaintes subjectives de cette dernière et les conclusions auxquelles parvient l'expert sont motivées. Toutefois, comme le relève à juste titre la recourante, ce dernier n'a pas pris en compte l'ensemble des éléments au dossier, en particulier, il n'a pas examiné l'expertise psychiatrique du 27 juin 2005 qui se trouvait pourtant au dossier de l'Office AI Berne et qui, même sans être mentionnée comme telle dans la table des matières, pouvait difficilement échapper à une lecture attentive dudit dossier. L'expert qui mentionne l'existence de ce rapport dans son expertise de décembre 2012, en indiquant que le diagnostic d'une fibromyalgie et d'épisode dépressif moyen à sévère aurait été posé dans une expertise psychiatrique du Dr D. _____ "possiblement en 2003" (dos. AI doc. 48.1 p. 1, 6 et 10), n'a pas cherché à s'en procurer un exemplaire, alors qu'un tel document était essentiel à la compréhension du passé médical de l'assurée. De telles lacunes dans la genèse de l'expertise du 22 décembre 2012 ébranlent fortement sa crédibilité. La prise de position ultérieure de l'expert du 20 août 2013 ne saurait lever tout doute à cet égard. En effet, dans un tel contexte, il est à craindre que l'expert cherche à éviter de se désavouer et examine le nouveau document qui lui est soumis de façon dirigée, dans le but de confirmer son appréciation. Par ailleurs, lors de l'entretien du 22 décembre 2012, la recourante avait informé l'expert qu'elle avait été hospitalisée en août 2007 et qu'à cette occasion, elle avait fait l'objet d'une consultation psychiatrique auprès du Dr H. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (dos. AI doc. 48.1 p. 6). L'expert n'a toutefois pas jugé bon de demander l'édition de ce rapport qui ne se trouvait pas non plus au dossier. Dans sa prise de position d'août 2013, il a remis en question la valeur probante du rapport relatif à cette hospitalisation, en faisant valoir que le rapport de consultation psychiatrique n'y était pas joint. Ici également, on aurait attendu de l'expert qu'il cherche à en obtenir un exemplaire. On peut aussi déplorer qu'il n'ait pas pris contact avec le Dr H. _____, que la recourante indique avoir consulté en février 2012. Enfin, il ressort du dossier que la recourante a été suivie par une

psychologue (ou psychiatre selon les sources; dos. AI doc. 48.1 p. 6 et doc. 57 p. 7), selon les dires de l'intéressée, d'août 2007 à octobre 2010. Ni l'expert, ni d'ailleurs l'intimé, n'ont pris langue avec cette thérapeute. Certes, l'avis des médecins et thérapeutes précités n'est pas forcément de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise du 22 décembre 2012, mais les informations fournies auraient permis à l'expert psychiatre de se prononcer de façon plus éclairée sur l'évolution de l'état 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 octobre 2003 et le fait que la situation de la recourante aille en se péjorant, selon les dires de cette dernière et ceux de son médecin généraliste traitant, alors que, selon l'expert, celle-ci va notablement mieux.

5.4 Au vu de ce qui précède, l'expertise psychiatrique du 22 décembre 2012 repose sur des données médicales incomplètes et les vices constatés ne pouvaient pas être corrigés par le biais d'une simple prise de position ultérieure de l'expert. Cette expertise ne respectant pas pleinement les exigences jurisprudentielles, une force probante entière ne peut lui être reconnue (voir c. 5.2 ci-dessus).

5.5

5.5.1 La recourante critique également le temps écoulé entre la dernière expertise psychiatrique réalisée et le prononcé de la décision attaquée.

5.5.2 Il s'est écoulé plus d'un an entre les examens réalisés par l'expert psychiatre le 22 décembre 2012 (avec examen personnel de l'assurée) et la décision rendue le 27 février 2014. Vu le caractère non probant de l'expertise du 22 décembre 2012, dont les lacunes étaient connues de l'intimé dès les objections de la recourante et la prise de position du SMR du 5 juillet 2013, et le diagnostic posé par le médecin généraliste traitant (allant dans le sens des diagnostics posés par des spécialistes en psychiatrie en juin 2005 et en août 2007), ainsi que l'aggravation de l'état de santé invoqué par ce dernier et les traitements médicamenteux prescrits à la recourante, il appartenait à l'intimé d'actualiser les données médicales de l'intéressée avant de prendre sa décision.

6.

6.1 La décision du 27 février 2014 doit donc être annulée et le dossier de la cause renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire. Il lui appartiendra de compléter les données médicales. Il ordonnera de préférence une nouvelle expertise psychiatrique permettant d'établir si l'état de santé de la recourante s'est amélioré et, dans l'affirmative, depuis quand et avec quelles incidences sur la capacité de travail de cette dernière. A ce titre, il est rappelé qu'en présence de trouble somatoforme douloureux persistant à l'origine d'une rente, les exigences de la jurisprudence sont particulièrement strictes pour qu'une réelle amélioration de la capacité de travail soit étayée à suffisance (voir c. 2.4.3 et 2.4.4 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). Par ailleurs, le dossier ne contient pas d'expertise sur le plan somatique qui soit relative aux douleurs invoquées par la recourante. Il conviendra dès lors également d'actualiser les données médicales sur ce point.

6.2 L'état de santé de la recourante n'ayant pas fait l'objet d'investigation somatique concernant les douleurs, ni d'investigation psychiatrique au-delà de décembre 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 des instructions 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 (let. a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI; 6^e révision de l'AI, premier volet [disp. finales LAI 6/1]; en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012).

6.3 Lorsque l'effet suspensif est retiré à un recours dirigé contre une décision de révision diminuant le droit à la rente ou à l'indemnité pour

impotence, ce retrait dure, en cas de renvoi à l'administration pour instruction complémentaire, généralement – sous réserve de l'éventuelle provocation abusive par l'administration d'une révision aussi proche que possible – pendant toute cette procédure d'instruction et jusqu'à la notification de la nouvelle décision (ATF 129 V 370 c. 3.1; SVR 2013 IV n° 37 c. 3.1). En l'occurrence, le maintien du retrait de l'effet suspensif se justifie d'autant plus, qu'au vu de l'expertise du 22 décembre 2012, une amélioration de l'état de santé psychique de la recourante ne peut pas être exclue.

7.

7.1 Au vu de tout ce qui précède, le recours doit être admis et la décision rendue le 27 février 2014 par l'intimé, annulée. Le dossier de la cause est renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

7.2 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant des prestations de l'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). La recourante étant représentée en procédure par un mandataire professionnel, elle a droit au remboursement de ses dépens (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 26 août 2014, qui ne prête pas à discussion compte tenu de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, sont fixés à Fr. 3'814.- (honoraires de Fr. 3'487.50, débours de Fr. 44.- et TVA de Fr. 282.50).

7.3 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^{bis} LAI et 108 al. 1 et 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

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'Office AI Berne.
3. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 3'814.- (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué:
 - à [...].

Le président:

Le greffier:

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).