

200.2015.221.AI

BOA/BEJ

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

**Jugement du 11 juillet 2016**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
A.-F. Boillat, greffière



**A.** \_\_\_\_\_  
représentée par Me B. \_\_\_\_\_

recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 28 janvier 2015

**En fait:**

**A.**

A.\_\_\_\_\_, née en octobre 1959, divorcée, mère de deux enfants majeurs, nurse de formation, a travaillé dans différents hôpitaux notamment comme infirmière instrumentiste et, en dernier lieu, comme infirmière/assistante sociale dans une entreprise, jusqu'au 30 avril 2000, date à laquelle son contrat de travail a été résilié.

Le 13 avril 1999, alors qu'elle circulait normalement au volant de sa voiture, l'assurée a été percutée par un automobiliste ayant perdu la maîtrise de son véhicule. Le cas a été pris en charge par la SUVA jusqu'au 31 janvier 2003. Indiquant souffrir depuis la survenance de cet accident de cervico-brachialgies post-traumatiques, l'assurée a sollicité, en mars 2000, une rente auprès de l'assurance-invalidité (AI). Sur la base notamment d'une première expertise pluridisciplinaire dans un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI), par décision du 10 janvier 2003, l'Office AI Berne, sur la base d'un degré d'invalidité de 62%, a alloué une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2000 (trois quarts de rente à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004 en raison de l'entrée en vigueur de la 4<sup>ème</sup> révision de l'AI) pour trouble somatoforme douloureux (TSD) persistant sous forme de cervico-brachialgies et douleurs faciales droites, aggravées par des crises migraineuses. En juillet 2005, l'Office AI a engagé une procédure de révision de rente à l'égard de l'intéressée, au terme de laquelle (décision formelle du 2 novembre 2005) il est arrivé à la conclusion que l'état de santé de l'assurée n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente.

**B.**

En novembre 2010, l'Office AI a initié une nouvelle procédure de révision de rente. Après avoir requis l'établissement d'une expertise bidisciplinaire (sur les plans rhumatologique [C.\_\_\_\_\_] et psychiatrique [D.\_\_\_\_\_]), dont le rapport commun date du 31 janvier 2012, l'Office AI

a averti l'assurée, dans un premier préavis du 24 octobre 2012, après avoir sollicité l'avis du médecin du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qu'en application des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la loi sur l'assurance-invalidité (6<sup>ème</sup> révision de l'AI, premier volet [DF LAI 6/1]; en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012), il envisageait de supprimer la rente AI avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la date de la décision et de retirer l'effet suspensif à un éventuel recours. Par courrier daté du même jour, l'Office AI a proposé à l'assurée de participer à des mesures de réadaptation. Par déclaration du 25 octobre 2012, l'assurée y a consenti.

Le 15 décembre 2012, l'assurée a annoncé une péjoration de son état de santé, invoquant de nouvelles atteintes lombaires. Après avoir sollicité l'avis du rhumatologue traitant de l'assurée, l'Office AI a requis, le 25 avril 2014, l'établissement d'une expertise pluridisciplinaire sur les plans orthopédique, psychiatrique, neurologique et de médecine interne dans un centre d'observation médicale de l'AI (en l'espèce: COMAI, E.\_\_\_\_\_, ci-après: expertise du second COMAI). Le 14 mai 2014, l'assurée a été opérée d'une hernie discale/sténose uncoforaminale C5/C6 à droite. Les experts ont rendu leur rapport d'expertise le 25 août 2014.

Sur cette base, l'Office AI a rendu une deuxième préorientation, le 8 octobre 2014 (annulant celle du 24 octobre 2012), envisageant, en raison d'un degré d'invalidité de 15%, de supprimer la rente AI de l'assurée avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la date de la décision et de retirer l'effet suspensif à un éventuel recours.

### **C.**

En dépit des objections formulées contre ce dernier préavis par l'assurée, représentée en justice, l'Office AI en a confirmé la teneur par décision formelle du 28 janvier 2015.

## **D.**

Par acte daté du 2 mars 2015, l'assurée, par sa mandataire, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Elle a requis l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice (ultérieurement retirée [le 16 mars 2015]) et conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision rendue par l'Office AI le 28 janvier 2015 et au maintien de sa rente AI, et au renvoi de la cause à l'Office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Dans son mémoire de réponse du 11 mai 2015, l'Office AI a conclu au rejet du recours. La mandataire de la recourante a envoyé sa note d'honoraires le 19 mai 2015.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI du 28 janvier 2015 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et supprime au 1<sup>er</sup> mars 2015 (1<sup>er</sup> jour du 2<sup>ème</sup> mois qui suit sa notification) les trois quarts de rente d'invalidité perçus par la recourante. L'objet du litige porte sur l'annulation (réformatoire ou cassatoire) de ladite décision et le maintien pour l'assurée de son trois quarts de rente d'invalidité, ou sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Est particulièrement critiqué par la recourante le principe même de l'existence d'un motif de révision tel que retenu par l'intimé selon les règles ordinaires de l'art. 17 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1), au lieu d'avoir procédé à un réexamen de la rente AI sur la base de la let. a DF LAI 6/1 (réexamen des rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit). D'emblée, le Tribunal relève que seule peut être ici examinée la question de savoir si c'est à raison que

l'Office AI a statué la suppression de rente AI en procédure de révision à partir du 1<sup>er</sup> mars 2015. D'éventuelles fluctuations de la capacité de travail, qui seraient intervenues antérieurement et qui pourraient avoir des répercussions sur le degré d'invalidité, ne font en tout cas pas l'objet de la contestation, donc pas non plus de l'objet du litige (sur les notions d'objets de la contestation et du litige, voir ATF 131 V 164 c. 2.1).

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

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

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

## **2.**

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

exigences identiques sur le plan du droit des assurances sociales toutes les atteintes psychosomatiques (ATF 141 V 281 c. 4.2, 139 V 346 c. 2, 137 V 64 c. 4.3, 136 V 279 c. 3.2.3). En conséquence, les principes développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont applicables par analogie aux atteintes spécifiques et accidentelles causales de la colonne cervicale sans déficit fonctionnel organique démontrable (ATF 139 V 547 c. 2.2, 137 V 64 c. 4.2, 136 V 279 c. 3.2.3).

**2.2** 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré exerçant une activité lucrative aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale de comparaison des revenus; art. 16 LPG; ATF 130 V 343 c. 3.4.2, 128 V 29 c. 1).

**2.3** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPG; maintien de la jurisprudence développée sous l'empire de l'ancien art. 41 LAI en vigueur jusqu'à fin 2002: ATF 134 V 343 c. 3.5.2 et 3.5.4). Lorsqu'une modification notable de l'état de fait est donnée, le droit à la rente doit être examiné tant sous l'angle des faits que du droit de manière complète, c'est à-dire en tenant compte du spectre entier des éléments déterminant le droit à la prestation, ainsi qu'avec un regard neuf et sans être lié à de précédentes estimations de l'invalidité (ATF 117 V 198 c. 4b; SVR 2011 IV n° 37 c. 1.1). 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).

D'après la let. a DF LAI 6/1, 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'AI 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).

**2.4.** Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4). L'expert évalue les capacités fonctionnelles de la personne concernée en fonction des indicateurs pertinents. Les organes d'application du droit vérifient ensuite librement les indications fournies, en particulier le point de savoir si les médecins ont respecté le cadre normatif déterminant, c'est-à-dire s'ils ont exclusivement tenu compte de déficits fonctionnels qui découlent d'une atteinte à la santé (art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA) et si leur appréciation de

l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA; ATF 141 V 281 c. 5.2.2).

**2.5** 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).

### **3.**

**3.1** Dans sa décision de suppression de rente d'invalidité du 28 janvier 2015, l'intimé a considéré que l'assurée était en mesure d'exercer, à plein temps, une activité lucrative adaptée (ne sollicitant le corps que légèrement). Pour motiver l'amélioration du degré d'invalidité retenu, l'Office AI s'est fondé sur le rapport d'expertise du second COMAI du 25 août 2014 et sur l'avis du 14 janvier 2015 du médecin du SMR. Concernant la perte de rendement de 20% résultant de l'estimation des experts et que ceux-ci attestaient (provisoirement) jusqu'au 31 décembre 2014 en raison d'un trouble dépressif léger, l'Office AI a considéré qu'un tel trouble ne pouvait en aucun cas être considéré comme invalidant du point de vue de l'AI.

**3.2** La recourante, quant à elle, conclut au maintien de son droit à trois quarts de rente d'invalidité. Elle conteste le principe même d'une révision de son droit à la rente sur la base de l'art. 17 LPGA, considérant que son état de santé ne s'est pas fondamentalement modifié, les diagnostics étant restés les mêmes depuis la décision initiale de rente AI, le 10 janvier 2003 (il s'agit selon elle d'une appréciation différente d'une situation restée inchangée). Alléguant que sa rente avait été octroyée en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit

organique, elle requiert l'application (en lieu et place de l'art. 17 LPGA) de la let. a des DF LAI 6/1, selon lesquelles elle aurait droit à des mesures de réadaptation (pendant lesquelles sa rente AI continue à lui être versée). Partant, elle requiert le renvoi de la cause à l'intimé afin de pouvoir participer auxdites mesures d'intégration auxquelles elle a dû renoncer en raison de l'opération de la hernie discale en 2014 et en vue de compléter l'instruction médicale (clarifier l'existence d'une [éventuelle] perte de rendement sur le plan orthopédique [non retenue par l'Office AI]). Enfin, concernant les bases de calcul sur lesquelles l'intimé s'est fondé, l'assurée s'oppose, dans la prise en compte du revenu d'invalidé, aux données statistiques retenues par l'Office AI (table TA1, femmes, niveau 3) et requiert la prise en compte d'une perte de rendement d'au moins 20% et d'un abattement.

#### **4.**

En l'espèce, s'agissant d'une procédure de révision (matérielle) de rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, il convient d'examiner si un changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité s'est produit entre la décision initiale d'octroi de la rente AI en date du 10 janvier 2003 et la décision litigieuse du 28 janvier 2015 - la procédure de révision close par la décision du 2 novembre 2005 (voir art. 74<sup>ter</sup> let. f du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]; SVR 2010 IV n° 4 c. 3.1) n'ayant pas mis en œuvre un examen complet de l'état de santé de l'intéressée.

**4.1** Jusqu'à la décision initiale d'octroi de rente AI, en janvier 2003, le dossier permet de constater les évaluations médicales suivantes:

**4.1.1** Le rapport d'examen rédigé le 10 avril 2000 par le médecin d'arrondissement de la SUVA et adressé au rhumatologue traitant de l'assurée a mis en évidence une myogélose des trapèzes et une limitation de la mobilité active du rachis cervical, sans constat de déficit moteur ou au niveau des réflexes. Une persistance (subjective) de cervicalgies irradiant est mentionnée, sans qu'il ne soit possible, sur la base des examens cliniques et de l'imagerie effectués, de relier les douleurs éprouvées à un

substrat organique (si ce n'est une atteinte dégénérative cervicale). Les médecins ayant soigné la recourante durant son séjour stationnaire, du 10 mai au 31 mai 2000, dans un établissement spécialisé dans la réadaptation et la réinsertion des personnes accidentées, ont mis en évidence, dans leur rapport du 20 juin 2000, que la recourante souffrait de cervico-brachialgies droites chroniques, d'un traumatisme crânien avec entorse cervicale et de migraines. Retenant des éléments objectivables peu importants, ils ont évalué la capacité de travail de l'assurée "dans la plus grande proportion possible", tout en précisant qu'un travail entraînant une position statique prolongée du rachis cervical ou comportant le port de charges lourdes accentue les plaintes de la recourante. Dans leur évaluation complémentaire du 8 novembre 2000, ces mêmes médecins ont précisé qu'ils estimaient que l'assurée était à même de travailler à plein temps dans une activité adaptée moyennant une perte de rendement de 10% en raison de la nécessité d'aménager des pauses régulières (dossier [dos.] AI 10/3).

**4.1.2** La décision du 10 janvier 2003 se fondait sur l'expertise du premier COMAI du 11 juillet 2002. Les experts ont relevé le diagnostic suivant avec répercussion sur la capacité de travail: un TSD persistant sous forme de cervico-brachialgies, hémicrâniées droites et douleurs faciales droites aggravées par des crises migraineuses intermittentes sans aura. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont mentionné une dépendance au tabac, une hypercholestérolémie, un status après épisode dépressif de sévérité moyenne en 1998 et un status après probable traumatisme cranio-cérébral mineur en avril 1999. L'expert en rhumatologie a précisé que les cervico-brachialgies présentées par l'assurée s'inscrivaient dans un contexte de troubles dégénératifs mineurs sans signe de non organicité, préconisant une prise en charge médicale sous forme de thérapie manuelle avec mobilisation segmentaire cervicale et étirement des différents groupes musculaires. Sous l'angle psychiatrique, l'experte a relevé que la recourante présentait plusieurs symptômes dépressifs (moral variable, sensation d'inutilité, fatigue, troubles du sommeil) tout en ayant sur le plan psychosocial une situation familiale, conjugale et financière intactes. Sous l'angle pluridisciplinaire, l'expertise du premier COMAI a conclu que l'assurée était en mesure d'exercer son (ancienne) activité d'infirmière

assistante sociale et pour autant qu'elle ne lui impose pas d'efforts physiques à hauteur de 50% et que sa capacité de travail résiduelle en tant qu'infirmière instrumentiste au bloc opératoire était inférieure à 20%.

**4.2** Entre le 10 janvier 2003 et le 28 janvier 2015, les avis médicaux et rapports suivants ont notamment été rédigés.

**4.2.1** Le rapport médical du 24 novembre 2010 du rhumatologue traitant, en mentionnant une aggravation de l'état de santé de l'assurée, a retenu le diagnostic de cervico-brachialgies chroniques post-traumatiques (en relation avec l'accident de circulation de 1999). Ce praticien a mis en exergue la présence de contractures musculaires bilatérales, de même qu'une nette aggravation des douleurs et de la limitation de la mobilité de la nuque. Il a fait état de restrictions physiques chez l'assurée (position statique prolongée ou debout pas exigibles), mais a exclu des limitations d'ordre psychique ou intellectuel. Il a considéré qu'une activité lucrative n'était pas envisageable pour l'assurée.

**4.2.2** Le rapport d'expertise bidisciplinaire (sur les plans rhumatologique et psychiatrique) requis par l'intimé et rédigé le 31 janvier 2012 a retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4 selon la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) ou celui de syndrome douloureux cervico-brachial avec symptômes associés psychosomatiques multiples et troubles de la sensibilité (M53.0/M.53/1). Les expertes consultées ont relevé que les répercussions du syndrome somatoforme douloureux sur la capacité de travail, telles qu'elles avaient été fixées en 2002, ne pouvaient plus être justifiées dans l'évolution actuelle de la perspective psychiatrique en relation avec l'évaluation de la capacité de travail. Sous l'angle psychiatrique, elles ont exclu tout signe d'affection psychiatrique (absence de dépression ou de toute autre pathologie psychique) au-delà d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. D'un point de vue rhumatologique, les expertes ont constaté des améliorations de l'amplitude des mouvements lombaires de même que de la colonne vertébrale cervicale. Des raccourcissements musculaires au niveau cervical étaient constatés mais qualifiés de réversibles par des mesures de physiothérapie active. D'un point de vue somatique, aucun

diagnostic permanent limitant les prestations n'était retenu. A la question de savoir si la recourante était limitée (dans sa capacité de travail) d'un point de vue physique, psychique ou intellectuel, les expertes ont répondu qu'il n'existait qu'une seule restriction consistant à éviter les positions de contrainte au niveau cervical, avec pour conséquence que des activités imposant de rester longuement statique avec la tête ou en position d'inclinaison ou de rotation répétitive n'étaient, selon elles, pas exigibles.

**4.2.3** Dans son rapport du 27 septembre 2012, la psychiatre du SMR, en se fondant sur le rapport d'expertise rédigé en janvier 2012 (cf. 4.2.2), a relevé que les douleurs éprouvées par la recourante n'étaient pas explicables d'un point de vue médical. Elle a nié la présence d'un TSD chez l'assurée, considérant qu'il n'y avait pas lieu de qualifier les troubles douloureux ressentis de chroniques, persistants et aigus (qualificatifs caractérisant les douleurs éprouvées par les patients atteints de TSD), car, selon les déclarations de la recourante, cette dernière connaît des épisodes (allant jusqu'à 10 jours) durant lesquels elle se sent bien. Sur la base des déclarations de l'assurée retranscrites dans l'expertise de 2012, la psychiatre du SMR relève que la recourante a déclaré pouvoir s'acquitter de tâches domestiques (ménage [repassage, aspirateur parfois], qu'elle est à même de faire ses courses, voire s'occuper de son jardin [tonte du gazon]), et qu'elle peut mener à bien des tâches administratives et soigner ses relations sociales. Elle nie aussi la présence d'une comorbidité psychiatrique, un statut psychosocial sans particularité (assurée étant qualifiée de personne ouverte, stable) ayant été retenu par les expertes en 2012. D'un point de vue somatique, la psychiatre du SMR exclut toute atteinte organique, en mentionnant (même) une amélioration de la situation lombaire chez l'assurée (notamment une meilleure mobilité des vertèbres).

**4.2.4** Le rhumatologue traitant s'est exprimé à plusieurs reprises sur l'état de santé de l'assurée. Dans un courrier daté du 18 décembre 2012, il a fait part à l'Office AI de lombosciatalgies gauches accompagnées de paresthésies du membre inférieur gauche éprouvées par l'assurée. Ce praticien considère, sur la base de l'examen clinique du 4 décembre et de l'IRM pratiquée le 11 décembre 2012, que l'assurée souffre d'une discarthrose érosive très importante L4/L5 ainsi que d'une hernie discale

qui occasionne une compression de la racine L5, qu'il envisage de traiter par une infiltration intracanaulaire (qui a été pratiquée le 4 janvier 2013, dos. AI 112/2 ch. 4), voire un geste chirurgical décompressif. Dans l'évaluation de la capacité de travail, le rhumatologue a considéré, le 16 janvier 2013, que sa patiente était dans l'incapacité totale de travailler. Le 27 mars 2013, ce même spécialiste a retenu comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail des cervico-brachialgies bilatérales chroniques post-traumatiques (existant depuis 1999 et déjà précédemment diagnostiquées, cf. 4.3.1), des lombosciatalgies gauches sur hernie discale L4/L5 et un rétrécissement foraminaux gauche (existant depuis 2012). Sans effet sur la capacité de travail, il a fait état d'une anémie et d'hypercholestérolémie existant depuis quelques années. Dans l'évaluation de la capacité de travail, ce praticien considère que l'assurée serait à même d'exercer une activité lucrative dans un emploi adapté (ne générant pas de sollicitations de la colonne vertébrale ou lombaire) à hauteur de 50% (dos. AI 114/2). Le 15 mai 2014, l'assurée a été opérée pour une hernie discale/sténose foraminale C5/C6 droite, dont les suites opératoires ont été décrites comme sans particularités avec disparition du syndrome radiculaire (dos. AI 130.2/5).

**4.2.5** L'Office AI, suite à la recommandation de la psychiatre du SMR consultée, a procédé à une expertise pluridisciplinaire sur les plans de la médecine interne, psychiatrique, orthopédique et neurologique, sur laquelle il s'est fondé pour rendre la décision contestée du 28 janvier 2015.

Dans leur rapport du 25 août 2014, les experts ont relevé, sur le plan pluridisciplinaire, les diagnostics suivants (dos. AI 130.1/28-29) avec effets sur la capacité de travail: un épisode dépressif léger à modéré (F32.1), une cervico-brachialgie chronique à droite (M53.1/Z98.8, état consécutif à une distorsion du rachis cervical suite à la survenance de l'accident de circulation routière en 1999, à une hernie discale C5/6, à une augmentation des douleurs après infiltration périradiculaire de la racine nerveuse C6 à droite, à une microdiscectomie foraminectomie et spondylodèse ventrale) et un syndrome douloureux lombovertebral chronique (M54.5) en relation avec une ostéochondrose et une hernie discale L4/5. Sans répercussions sur la capacité de travail, les experts ont retenu une utilisation nocive

d'analgésiques (F19.1), une hémicranie à droite au sens de céphalées de tensions unilatérales (G44.2), la poursuite de la consommation de nicotine (E78.2) et une dyslipidémie (E78.2). Sur le plan de la médecine interne générale, après avoir examiné l'assurée le 2 juin 2014, l'expert a relevé un état général sans particularités. L'experte psychiatre a considéré que le tableau clinique de la recourante s'était modifié, avec la présence, selon elle, d'un syndrome douloureux (plus aigu), alimenté par une névralgie du trijumeau et des problèmes organiques pathologiques cervicaux et lombaires, lesquels ont favorisé un développement dépressif (sentiment de tristesse, manque d'appétit, perte de motivation et énergie) à partir de février 2014. Elle a relevé des limitations légères à modérées de l'affectivité et de la concentration et a recommandé la mise en place de mesures thérapeutiques additionnelles en sus de la poursuite de la prise de l'antidépresseur. Au niveau psychiatrique, en présence d'un épisode dépressif léger à modéré avec une limitation psychopathologique objectivable, l'experte a évalué l'incapacité de travail de la recourante à hauteur de 20% dès le 1<sup>er</sup> février 2014, tout en envisageant une pleine capacité de travail à moyen terme, après rémission de la dépression. Elle a encore précisé que, selon elle, la situation douloureuse de l'assurée se rapportait essentiellement à des altérations pathologiques organiques (le syndrome somatoforme n'étant plus au premier plan, dos. AI 130.1/17). L'expert en orthopédie, qui a examiné l'assurée le 4 juin 2014, a relevé que l'examen clinique de l'assurée, peu importe la posture choisie, se déroulait sans souffrances importantes. Il notait qu'il était possible que l'assurée éprouve des douleurs en raison d'altérations dégénératives et d'une discopathie L4/5, mais relevait toutefois que l'intensité des troubles ressentis par la recourante ne pouvait en aucun cas être motivée par des constatations cliniques et radiologiques. Il émettait aussi certains doutes sur les déclarations de l'assurée dans la mesure où les examens sanguins ne contenaient pas de traces d'antalgiques. Excepté la période allant de mai à octobre 2014 (où, en raison de la spondylodèse pratiquée [14 mai 2014], l'expert a considéré que l'assurée était dans l'incapacité totale de travailler), l'expert en rhumatologie a estimé que sur le plan rhumatologique, l'assurée disposait d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité profilée pour ses empêchements physiques, dans la mesure où, d'un point de vue somatique, il n'y avait pas, selon lui, de diagnostic limitant

de façon durable les performances (dos. AI 130/24). Le neurologue consulté le 16 juillet 2014 a qualifié l'examen pratiqué de sans particularités et a considéré que les douleurs dorsales éprouvées par l'assurée avec des irradiations dans la jambe gauche ne pouvaient être reliées à un substrat organique. En ce sens, il émettait aussi des doutes sur le bien-fondé de l'intervention pratiquée en mai 2014. Selon le neurologue, seules des limitations en raison de l'opération du rachis cervical imposaient des limitations (des mouvements au-dessus de la tête devant être prohibés), la capacité de travail étant pour le surplus pleine et entière.

Sous l'angle pluridisciplinaire, l'expertise du COMAI a conclu que l'assurée était dans l'incapacité totale de travailler depuis la microdiscectomie pratiquée (le 14 mai 2014) jusqu'à octobre 2014. Excepté cette période postopératoire, les experts ont considéré que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité bien profilée (activité ne sollicitant le corps que légèrement, telle qu'infirmière en entreprise), moyennant une perte de rendement (momentanée) de 20% dès janvier 2014 - en raison de l'épisode dépressif léger à modéré dont souffrait la recourante - et qui devrait s'estomper vers la fin de l'année 2014. Pour des activités légères à occasionnellement moyennement lourdes, impliquant des efforts variables, les experts ont évalué la capacité de travail de l'assurée à hauteur de 50%, alors que pour des activités lourdes, moyennement lourdes durables et des activités non adaptées, la recourante était dans l'incapacité totale de travailler.

**4.2.6** Dans son avis médical du 14 janvier 2015, le médecin du SMR, tout en confirmant les diagnostics arrêtés par les experts du second COMAI, a considéré qu'il n'existait pas de limitations fonctionnelles objectivées secondaires aux problématiques lombaire et cervicale, et qui n'auraient pas été retenues par les experts.

**4.3** D'un point de vue strictement formel tout d'abord, l'expertise rédigée le 25 août 2014 est complète, convaincante et satisfait aux exigences jurisprudentielles (cf. c. 2.5). Elle fournit les renseignements et évaluations devant permettre à l'administration et au juge d'estimer le caractère invalidant des atteintes à la santé de la recourante. Elaborée sur la base d'examens personnels de l'assurée en médecine interne, en

psychiatrie, en rhumatologie et en neurologie, elle comporte une anamnèse précise sur les plans personnel, social et professionnel. Les avis médicaux antérieurs figurant au dossier ont été énumérés et pris en considération par les experts, démontrant une étude approfondie et consciencieuse du dossier. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions des experts motivées. Au regard des conditions définies en la matière par la jurisprudence, pleine et entière valeur probante peut dès lors être reconnue à cette évaluation spécialisée. Quant aux atteintes à la santé, elles sont définies de manière claire, tout comme les limitations fonctionnelles qui en résultent et sont documentées à suffisance. Les profils d'exigibilité retenus intègrent de manière adéquate les limitations fonctionnelles documentées. Par conséquent, il est superflu d'organiser des mesures probatoires supplémentaires, comme le requiert la recourante. Le TA précise aussi que l'expertise du second COMAI se rapporte de manière suffisante à l'objet de la preuve. Elle se prononce sur la survenance effective d'une modification de l'état de santé de l'assurée. Elle met en effet en relief de manière suffisamment étayée (cf. notamment à ses ch. 4.1.8, 4.2.8 et 4.3.4) les aspects concrets de l'évolution de la maladie et de l'incapacité de travail qui ont mené à une nouvelle évaluation diagnostique et estimation de la gravité des atteintes (SVR 2013 IV n° 44 c. 6.1.3).

**4.4** S'il est vrai que le simple écoulement du temps (en l'espèce 12 ans) ne constitue pas à lui seul un motif de révision, il n'en demeure pas moins que le tableau clinique de la recourante, au moment de la décision querellée (28 janvier 2015), diffère de celui qui avait été dressé lors de la décision du 10 janvier 2003, octroyant à l'origine une demi-rente AI à l'assurée (trois quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004).

Lors de la décision initiale de rente AI, en janvier 2003, (seul) le diagnostic invalidant de TSD persistant (arrêté selon l'ancienne jurisprudence) avait été retenu, alors qu'il ne figure plus, au moment de la décision contestée, au titre des pathologies ayant des répercussions déterminantes sur la capacité de travail de l'assurée. Une modification des pathologies a d'ailleurs déjà pu être observée en 2012 sur la base d'une évaluation pluridisciplinaire (cf. c. 4.2.2), les expertes consultées s'étant interrogées sur l'existence d'un TSD *ou* [en allemand: *beziehungsweise*] d'un syndrome

douloureux cervico-céphalique/cervico-brachial (dos. AI 88.1/2). Au moment de la décision ici contestée, d'un point de vue orthopédique, la cervico-brachialgie droite (M.53.1/Z98.8) retenue est mise (nouvellement) en relation avec une recrudescence des douleurs (qu'il convient, en tout état de cause, de relativiser, celles-ci ayant diminué après la microdiscectomie pratiquée: cf. ci-après) suite à une infiltration péri-radriculaire de la racine nerveuse C6 en mars 2014, dont l'absence d'effets bienfaisants chez l'assurée a suscité une microdiscectomie pratiquée le 14 mai 2014 (intervention par ailleurs qualifiée d'injustifiable médicalement selon les experts du second COMAI, dos. AI 30.1/24). Sous l'angle lombaire, le diagnostic de syndrome douloureux lombo-vertébral chronique (M54.5) avec la présence d'ostéochondrose et d'une hernie discale L4/5 à large base est mentionné par les experts du second COMAI, alors que cette pathologie n'était certes pas retenue en 2002, mais qu'il était déjà question alors d'une discopathie minime L5 (dos. AI 40/14). D'un point de vue psychique, alors qu'un TSD invalidant a été retenu en 2002, sans autre pathologie psychiatrique indépendante, bien que plusieurs symptômes dépressifs (moral variable, troubles de la mémoire, fatigue) aient été relevés, il n'est question au moment de la décision contestée que d'un épisode dépressif léger à modéré (F32.1), de surcroît à caractère provisoire (jusqu'à la fin de l'année 2014). Quant aux douleurs éprouvées par l'assurée, l'expert en orthopédie a précisé, lors de l'examen clinique de la recourante, le 4 juin 2014 (et suite au constat d'une démarche sans particularités dans toutes les variantes testées, d'une absence de tension accrue de la musculature, d'une mobilité libre dans les membres supérieurs et inférieurs jusqu'à l'épaule droite et d'un examen approfondi dans toutes les positions sans souffrance importante, dos. AI 130.1/23), qu'en l'espèce, l'intensité des troubles dont se plaignait la recourante (douleurs de plus en plus fortes dans la nuque, toutes les autres douleurs étant toujours présentes, dos. AI 130.1/10) ne pouvait en aucun cas être motivée par des constatations cliniques et radiologiques. Il admettait toutefois, certes, une certaine souffrance en présence d'altérations dégénératives et d'une discopathie L4/5 (déjà présente en 2002). Toujours au niveau des troubles ressentis, le TA retient encore, qu'au vu des déclarations de l'assurée, les douleurs cervicales supplémentaires, qualifiées de plus intenses avant l'intervention de microdiscectomie (14 mai 2014), ne sont, au moment de la

décision contestée, plus présentes (dos. AI 130.1/10). L'assurée s'accorde même à dire qu'elle va beaucoup mieux (dos. AI 130.1/18). Quant à l'absence de traces d'antalgiques (relevée par l'expert) dans les examens sanguins de l'assurée, elle fait naître des doutes sur le réel besoin d'antidouleurs et, partant, pourrait amener à relativiser d'autant plus les plaintes formulées. Enfin, la recourante ne fait plus non plus mention des vertiges et nausées qui l'indisposaient en 2002 (dos. AI 40/7). De toutes ces modifications intervenues dans l'état de santé de l'assurée, le TA, sur la base des avis médicaux unanimes, considère qu'un changement important propre à influencer le degré d'invalidité de la recourante est intervenu, lequel, au vu de l'évaluation des experts, influence directement et positivement la capacité de travail de la recourante. En effet, excepté la période allant de mai à octobre 2014 où la recourante était dans l'incapacité totale de travailler en raison de la microdiscectomie pratiquée en mai 2014, tous les experts consultés (en janvier 2012 déjà [certes la microdiscectomie n'avait pas encore été pratiquée mais depuis lors, la recourante éprouve moins de douleurs, cf. ci-avant] et en août 2014) et le médecin du SMR (dos. AI 146/7) s'accordent à dire que la capacité de travail de la recourante est désormais intacte dans une activité bien profilée ne sollicitant le corps que légèrement (les activités mettant l'organisme à contribution de manière intensive étant quant à elles proscrites), une diminution momentanée de 20% du rendement devant toutefois être retenue jusqu'à la fin de l'année 2014 en raison de l'épisode dépressif léger à modéré. En revanche, la capacité de travail (n'était (que) de 50% en 2002 dans un emploi physique léger (en raison de l'atteinte douloureuse chronifiée) dans le même type d'activité profilée. Le TA mentionne encore que même les évaluations du rhumatologue traitant de l'assurée (certes divergentes et plus généreuses pour la recourante en matière d'incapacité de travail) permettent de conclure que l'état de santé de cette dernière s'est améliorée. En effet, alors que ce dernier estimait, dans un avis médical du 1<sup>er</sup> septembre 2001 (ayant précédé la décision initiale de rente AI, dos. AI 24), que la recourante était dans l'incapacité totale de travailler, il a évalué, le 27 mars 2013 (dos. AI 114/3), la capacité de travail de sa patiente à hauteur de 50% dans un emploi adapté.

Il ressort de ce qui précède que l'on ne se trouve pas en présence de deux appréciations divergentes d'un état resté identique durant 12 ans. Il ne s'agit manifestement pas de simples modifications nominales de diagnostics (TF 8C\_441/2012 du 25 juillet 2013 [=SVR 2013 IV n°44] c. 6.1.2 et 6.1.3), laissant la capacité de travail de l'assurée sensiblement inchangée. En l'espèce, il est question d'une amélioration substantielle de cette dernière (capacité de travail pleine et entière au moment de la décision contestée dans un emploi bien profilé alors qu'elle n'était que de 50% en 2002 dans le même type d'emploi profilé). Dès lors, un changement sensible et favorable de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité s'est produit entre la décision initiale d'octroi de la rente AI en 2003 et la décision litigieuse. Dans ces conditions, contrairement aux allégations de la recourante, un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA est donné et il n'y a donc pas lieu de se fonder sur la let. a DF LAI 6/1 pour supprimer le droit à la rente de l'assurée.

## 5.

**5.1** Le rôle principal de l'AI consiste à éliminer ou atténuer les effets préjudiciables d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée. Depuis la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI, l'objectif de la priorité de la réinsertion dans la vie professionnelle active sur le versement de prestations en espèces est expressément ancré dans la loi (cf. art. 1a LAI; Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5<sup>ème</sup> révision de l'AI] du 22 juin 2005, FF 2005 4215, ch. 1.1.1.2 p. 4223). Une jurisprudence constante part de la règle générale qui veut qu'une amélioration de l'état de santé attestée médicalement est en principe exploitable par le biais d'une réadaptation personnelle; en pratique, il en découle qu'une amélioration de la capacité de travail attestée médicalement induit directement une amélioration de la capacité de gain et qu'il peut ainsi être procédé à une comparaison de revenu approprié, ceci également à la suite de l'allocation d'une rente pendant une longue période. Cette jurisprudence correspond au principe de "réadaptation au lieu d'une rente". Selon ce principe, aucune rente d'invalidité ne peut être allouée ou continuée à être versée aussi longtemps et dès qu'une

réadaptation laisse espérer un résultat positif susceptible de diminuer le droit à la rente. Dans des cas très exceptionnels, la jurisprudence a admis la poursuite du versement d'une rente qui avait été allouée pendant de très longues années, en dépit d'une capacité de travailler (à nouveau) attestée médicalement, jusqu'à ce que cette faculté potentielle théorique puisse à nouveau être utilisée grâce à une aide notamment sous forme de mesures de réadaptation. Pour ce faire, il faut que la faculté de travailler, a priori attestée, dépende, selon l'appréciation médicale, de la condition expresse de la réalisation des mesures en question. Dans des cas particuliers, le TF a toutefois précisé (ATF 141 V 5 c. 4.1) que l'administration devait se prononcer sur la nécessité de mesures professionnelles de réadaptation (préalables) malgré une capacité de travail retrouvée, de façon exceptionnelle, lorsque, par une révision ou une reconsidération, la rente d'une personne âgée de 55 ans révolus ou d'une personne percevant une rente depuis plus de 15 ans avait été réduite ou supprimée (cf. aussi SVR 2011 IV n° 73 c. 3.3). Notre Haute Cour a ajouté que le point de savoir si les critères de la durée de 15 années d'allocation de la rente ou de l'accomplissement de la 55<sup>ème</sup> année sont réalisés doit être examiné par rapport au moment du prononcé de la décision de suppression de la rente ou à celui à partir duquel cette prestation a été supprimée (ATF précité, c. 4.2.1). Le TF a encore mentionné que les limites posées de l'âge de 55 ans ou des 15 ans de versement de la rente n'étaient pas absolues et devaient être appréciées de cas en cas (ATF précité, c. 4.2.2).

**5.2** En l'espèce, il est avéré que la recourante âgée de 55 ans révolus au moment du prononcé de la décision de suppression de son trois quarts de rente (28 janvier 2015) se trouvait déjà dans un des deux cas de figure prévus par la jurisprudence imposant à l'Office AI de se prononcer, préalablement à une décision de suppression de rente, sur la nécessité d'organiser des mesures professionnelles de réadaptation, dès lors que la capacité de travail de l'assurée attestée médicalement s'était améliorée. En outre, au moment de la suppression de la rente, la recourante bénéficiait d'une rente (demi, puis trois quarts) depuis 14 ans et 10 mois. Le deuxième critère posé par la jurisprudence est donc aussi pratiquement réalisé. Pourtant, l'intimé ne s'est pas du tout prononcé sur la nécessité d'envisager une réadaptation préalable à la suppression de la rente. Le TA note

d'autant plus la nécessité d'examiner ce point que l'assurée est absente depuis plus de 15 ans du marché du travail (incapacité de travail totale attestée depuis le 3 janvier 2000; TF 8C\_597/2014 du 6 octobre 2015 c. 3.3 a contrario), qu'elle ne s'est pas perfectionnée dans sa formation (initiale) de nurse (laquelle n'existe plus aujourd'hui sous cette forme), qu'elle ne possède pas de formation certifiée dans la profession d'infirmière instrumentiste qu'elle a acquise "sur le tas" (et qui du reste n'est plus exigible en raison des restrictions physiques [solicitations trop importantes du dos]) et que la dernière activité qu'elle a exercée en tant qu'infirmière/assistante sociale d'usine (qui serait en adéquation avec son profil d'exigibilité, puisqu'elle serait à même de l'exercer à temps plein) n'existe plus sur le marché du travail, à tout le moins sans formation spécifique très spécialisée et ayant suivi l'évolution des deux domaines concernés. A cet égard, il paraît du reste douteux de retenir l'application d'un revenu de niveau 3 pour le calcul de revenu d'invalidé dès lors que la formation certifiée de nurse de l'assurée ne permet certainement pas de trouver un emploi qualifié en tenant compte des handicaps, même en procédant à un abattement. Au vu de ces circonstances, il apparaît que la recourante n'est plus à même d'utiliser ses capacités potentielles et d'atteindre par ses seuls efforts le but de réinsertion visé prioritairement par l'AI (TF 9C\_497/2013 du 30 novembre 2013 c. 3.3, ATF 113 V 22 c. 4a), raison pour laquelle il convient de retourner le dossier au dit office afin que ce dernier donne suite, après la convalescence nécessitée par l'opération qui les avait interrompues, aux mesures de réadaptation qu'il avait initiées le 24 octobre 2012. Il convient de relever à cet effet que la recourante y avait d'ailleurs consenti, le 25 octobre 2012 (dos. AI 104). Après la mise en œuvre des mesures de réadaptation qu'il estimera indiquées et la prise en considération du marché du travail équilibré (art. 7 LPG), l'Office AI statuera à nouveau sur le bien-fondé ou la suppression de la rente AI de l'assurée. Contrairement à la situation de l'assuré faisant l'objet de l'arrêt TF 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 (qui, par ailleurs était âgé de 44-45 ans et avait perçu une rente pendant 14 ans et 3 mois), même si l'expert en orthopédie a décrit la recourante comme apparemment peu motivée à entreprendre une réintégration dans le marché du travail (dos. AI 130.1/23), cette remarque ne permet pas encore de conclure que la fixation sur les maux est telle que toute mesure de réadaptation doive d'emblée être

qualifiée de vouée à un échec certain. En effet, il convient de relativiser l'approche pluridisciplinaire des experts selon lesquels aucune proposition de mesure professionnelle ne peut être faite, car leur conclusion résulte de l'appréciation (subjective) de la recourante qui se considérait elle-même, à la date des examens des experts (juin-juillet 2014, soit un à deux mois après l'opération de la hernie cervicale) dans l'incapacité de travailler (*Solange sich die Explorandin vollständig arbeitsfähig hält [dos. AI 130.1/31]*, à cet égard la traduction française est moins nuancée: *tant que l'assurée est totalement incapable de travailler [dos. AI 139/34]*). En outre, l'expert en orthopédie, sur la base de son constat de motivation défailante, préconise lui-même la mise en œuvre, urgente, d'une réintégration dans le marché du travail, même si, personnellement, il ne parvient pas à formuler de proposition. La recourante avait d'ailleurs accepté le principe d'une réintégration avant une péjoration ayant conduit à l'opération de mai 2014.

**5.3** Vu l'issue de la procédure, il s'avère superflu d'examiner plus avant les griefs avancés par la recourante quant au revenu hypothétique avec invalidité pris en compte par l'intimé dans la comparaison des revenus en vue de déterminer le degré d'invalidité, ou quant à l'existence d'un abattement.

## **6.**

**6.1** Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision de suppression de rente datée du 28 janvier 2015 est annulée. Le droit de la recourante à trois quarts de rente de l'AI doit lui être (à nouveau) reconnu à partir du 1<sup>er</sup> mars 2015 (date à laquelle la diminution de la prestation statuée dans la décision litigieuse est effective [premier jour du 2<sup>ème</sup> mois qui suit la notification de la présente décision, art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI]). Il appartiendra à l'Office AI de statuer sur la nécessité d'aménager des mesures de réadaptation professionnelle, sur la base desquelles la capacité de travail de l'assurée sera à nouveau évaluée et, le cas échéant, une nouvelle décision en matière de rente sera rendue.

**6.2** Les frais de la présente procédure, fixés à un émolument forfaitaire de Fr. 700.-, sont, au vu de l'issue de la procédure, 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).

**6.3** La recourante obtenant gain de cause dans la présente procédure et étant représentée par une avocate, elle a droit au remboursement de ses dépens dans la mesure fixée par le tribunal (art. 61 let. g LPGA et art. 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 19 mai 2015, qui ne prête pas à discussion, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA en cas de représentation par un organisme de conseils juridiques reconnu d'utilité publique (tarif horaire de Fr. 130.-; voir notamment la circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales en cas de telle représentation, circulaire accessible à partir du site internet du TA, rubrique "Téléchargements & publications"), sont fixés à un montant de Fr. 1'354.65 (honoraires: Fr. 1'196.-; débours: Fr. 58.30; TVA: Fr. 100.35).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La rente allouée à la recourante depuis le 1<sup>er</sup> mars 2000 (trois quarts depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004) doit continuer à être octroyée au-delà du 28 février 2015. La cause est renvoyée à l'intimé afin qu'il procède au sens des considérants et rende une 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 versera à la recourante la somme de Fr. 1'354.65 (débours et TVA compris) à titre de dépens pour la procédure judiciaire.

4. Le présent jugement est notifié (R):

- à la mandataire de 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).