

200.2015.925.AI

BEP/BEJ

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

**Jugement du 19 mai 2016**

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
Ph. Berberat, 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 23 septembre 2015

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1971, divorcée et mère d'un enfant, titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de pâtissière, a vécu en Angleterre de 1990 à 2000, où elle a exercé une activité d'aide hospitalière en salle d'opération. Après son retour en Suisse, elle a travaillé de 2000 à 2005 en tant qu'animatrice dans une institution pour personnes âgées, puis a géré une pâtisserie et sandwicherie de 2005 à 2007 et un bar dès 2007, activité indépendante qu'elle a dû abandonner en avril 2008 en raison de problèmes de santé. Le 30 mars 2010, elle a déposé une demande de mesures professionnelles et de rente auprès de l'Office AI Berne en mentionnant souffrir des suites d'opérations de hernies discales avec fusion lombaire et implantation d'une prothèse de disque intervertébral, ainsi que de dépression; elle a indiqué être en incapacité de travail totale depuis avril 2008 pour une durée illimitée. Saisi de la demande, l'Office AI Berne a procédé à son instruction, recueillant notamment des rapports médicaux auprès des médecins ayant traité l'assurée. Invité à se prononcer sur le dossier médical de l'assurée, le Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR) de l'AI a préconisé, dans un rapport du 10 octobre 2011, l'examen du droit à la rente sur la base d'une incapacité de travail totale durable en raison d'une maladie de longue durée. Après avoir encore établi un rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante, rédigé le 30 mars 2012 après un entretien au domicile de l'assurée avec cette dernière et un assistant social, l'Office AI Berne, par décision du 24 octobre 2012, a alloué rétroactivement à l'assurée une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2010.

**B.**

En décembre 2012, l'Office AI Berne a ouvert une procédure de révision d'office de la rente d'invalidité. Répondant le 6 décembre 2012 au questionnaire de l'Office AI Berne, l'assurée a indiqué un état de santé inchangé. Dans un rapport du 27 janvier 2014, une généraliste du SMR a

évalué les nombreux avis médicaux des praticiens traitant l'assurée figurant au dossier et conclu à la présence, selon un degré de vraisemblance prépondérante, de troubles douloureux sans origine organique précise; elle a préconisé une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique afin de déterminer le profil d'exigibilité d'une activité lucrative de l'assurée. Les experts mandatés à cet effet ont rendu leurs rapports respectifs en date du 13 juin 2014. Après avoir encore procédé à un rapport d'enquête du 22 janvier 2015 sur la base du dossier, l'Office AI Berne, par préorientation du 6 février 2015, a informé l'assurée qu'il entendait supprimer sa rente d'invalidité, considérant que, selon l'expertise médicale entreprise, son état de santé s'était amélioré et qu'une activité adaptée légère à mi-lourde était désormais exigible de sa part à plein temps. Dans ses objections du 2 mars 2015, le mandataire de l'assurée a requis la traduction en français des deux rapports d'expertise du 13 juin 2014. L'Office AI Berne a donné suite à cette requête et produit des traductions desdits rapports le 2 avril 2015, sur quoi le mandataire de l'assurée a complété ses objections en date du 15 mai 2015. Nonobstant, l'Office AI Berne a rendu, le 23 septembre 2015, une décision formelle en tous points identique à sa préorientation du 6 février 2015, retirant en outre l'effet suspensif à un éventuel recours.

### **C.**

Par acte du 26 octobre 2015, toujours représentée par le même mandataire, l'assurée a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision du 23 septembre 2015 précitée, concluant à son annulation, sous suite des frais et dépens. Par courrier du 10 novembre 2015, le mandataire de l'assurée a renoncé à présenter la requête d'assistance judiciaire envisagée initialement dans un précédent courrier du 29 octobre 2015.

Dans son mémoire de réponse du 14 décembre 2015, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours, se référant à une prise de position de son SMR du 9 décembre 2015.

Le 4 janvier 2016, le mandataire de la recourante a produit sa note d'honoraires.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI Berne du 23 septembre 2015 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et, en retirant l'effet suspensif à un éventuel recours, supprime la rente d'invalidité du recourant à la fin du mois qui suit la date de la décision. Au vu des motifs du recours, l'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et la poursuite du versement de la rente. Est particulièrement critiqué le fait que l'intimé ait retenu une amélioration de l'état de santé de la recourante sur la base de l'expertise bidisciplinaire du 13 juin 2014, effectuée en fonction des critères de l'ancienne jurisprudence relative au caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (TSD), modifiée par le Tribunal fédéral (TF) dans un arrêt de principe du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281) et dont la recourante conteste la valeur probante. Cette dernière met également en doute les revenus avec et sans invalidité retenus par l'intimé dans la comparaison des revenus effectuée pour déterminer le degré d'invalidité.

**1.2** Interjeté en temps utile et 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 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 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). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de l'existence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante pour l'incapacité de gain, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1).

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

invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré 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 (art. 16 LPGA).

## **2.2**

**2.2.1** 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). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 141 V 281 c. 3.7.1, 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2014 IV n° 2 c. 3.1). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

Dans l'ATF 141 V 281 précité (arrêt rendu le 3 juin 2015), le TF a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'AI en cas de troubles somatoformes douloureux (TSD) et de troubles psychosomatiques comparables.

**2.2.2** Le point de départ pour l'examen d'une prétention selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que selon les art. 6 ss et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales (1<sup>ère</sup> phase de l'évaluation, de nature diagnostique). Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la

discipline concernée (ATF 141 V 281 c. 2.1, 130 V 396). Les experts doivent motiver le diagnostic de TSD persistant (ch. F45.40 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis. Il faut davantage tenir compte du degré de gravité inhérent au diagnostic du TSD: comme "plainte essentielle", il faut une "douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse" (CIM-10, chapitre V, Troubles mentaux et troubles du comportement [F], ch. F45.4).

Par ailleurs, le diagnostic du TSD persistant reposant sur la terminologie du système de classification médical ne conduit à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI que si le diagnostic résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49, qui ont trop peu été pris en considération en pratique. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégations d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ou encore en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité, même si les caractéristiques d'un TSD au sens de la classification étaient réalisées (voir l'art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 c. 2.2).

Dans la seconde phase de l'évaluation consacrée à la preuve de l'incapacité de travail, dans son ATF 141 V 281, le TF abandonne la présomption selon laquelle les troubles psychosomatiques concernés ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (c. 3.4 et 3.5). L'ancien modèle règle/exception est remplacé par une grille d'évaluation normative et structurée. Sur la base d'un catalogue d'indicateurs, une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne doit être réalisée, en tenant compte des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail, d'une part, et du potentiel de compensation (ressources), d'autre part (c. 3.6). Cela ne change toutefois rien à la jurisprudence tirée de l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (c. 3.7). En lieu et place de l'ancien catalogue des critères (applicables aux TSD et aux autres affections psychosomatiques comparables), il faut se référer aux indicateurs standards. Ceux-ci se répartissent dans les catégories "degré de gravité" (c. 4.3) et "cohérence" (c. 4.4) des limitations fonctionnelles. On renoncera désormais à la notion de profit primaire tiré de la maladie (c. 4.3.1.1) et à la prépondérance de la comorbidité psychiatrique (c. 4.3.1.3). La grille d'évaluation est de nature juridique (c. 5). Droit et médecine collaborent à la formulation des indicateurs aussi bien qu'à leur application concrète au cas d'espèce. Au fond, les considérations relatives aux questions de preuve et aux procédures à suivre (c. 4 et 5) pour l'évaluation de l'invalidité en cas de troubles psychosomatiques concrétisent les injonctions du législateur découlant de l'art. 7 al. 2 LPGA. La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards.

Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve.

**2.2.3** Une nouvelle jurisprudence doit en principe être prise en considération non seulement lors de l'examen des cas futurs, mais aussi pour les cas encore pendants au moment du changement de jurisprudence (TF 9C\_476/2009 du 7 décembre 2009 c. 3.3; VGE IV/15/130 du 15 juillet 2015 c. 2.3).

**2.3** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA; maintien de la jurisprudence développée sous l'empire de l'anc. art. 41 LAI en vigueur jusqu'à fin 2002: ATF 134 V 343 c. 3.5.2 et 3.5.4). 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. Un motif de révision est, selon les circonstances, également donné lorsqu'une autre manière d'évaluer l'invalidité trouve application ou en cas d'évolution dans les travaux habituels (ATF 130 V 343 c. 3.5, 117 V 198 c. 3b; SVR 2013 IV n° 44 c. 3.1.1).

## **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 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).

**2.4.2** 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 moyens de preuve 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).

**2.4.3** L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 138 V 218 c. 6).

### **3.**

**3.1** La recourante se plaint tout d'abord du fait que l'expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique du 13 juin 2014, qui a servi

de base à la décision contestée, a été confiée à deux médecins qui ne parlent pas le français, alors qu'elle-même ne parle pas l'allemand, de sorte qu'il a été nécessaire d'avoir recours à des traducteurs (recte: des interprètes).

**3.2** Selon l'art. 70 al. 2 phr. 1 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst., RS 101), les cantons déterminent leurs langues officielles. D'après l'art. 6 al. 1 de la Constitution du canton de Berne du 6 juin 1993 (ConstC, RSB 101.1), le français et l'allemand sont les langues nationales et officielles du canton de Berne. L'art. 34 al. 2 LPJA prévoit, quant à lui, que les autorités (autres que les autorités communales et les préfets) instruisent dans la langue de l'arrondissement administratif dont relève l'affaire et qu'au surplus, le choix de la langue de l'instruction est déterminé par la langue officielle utilisée dans l'écrit de la personne qui a introduit la procédure (voir aussi: MARKUS MÜLLER, *Bernische Verwaltungspflege*, 2<sup>e</sup> éd. 2011, p. 83). Par "écrit", il faut comprendre le premier acte accompli par l'administré, que ce soit une réponse ou une prise de position (MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, *Kommentar zum Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege*, 1997, art. 34 n. 7). Cette réglementation s'applique non seulement à l'instruction, mais également à la procédure de décision (MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, *op. cit.*, art. 34 n. 3). L'Office AI Berne, établissement autonome de droit public (art. 54 LAI) compétent pour l'ensemble du canton, est donc en principe tenu de s'adapter à la langue officielle cantonale utilisée par la personne assurée (voir aussi: UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 3<sup>e</sup> éd. 2015, art. 35 n. 7; ATF 108 V 208).

**3.3** En l'espèce, au vu du dossier, on constate que la recourante s'est toujours adressée en langue française à l'intimé, hormis dans deux courriers des 14 et 26 juillet 2011 (dossier [dos.] AI 32/1 et 36/1) signés de sa main et rédigés en allemand, mais où elle demande toutefois expressément à l'Office AI Berne que la correspondance soit menée en langue française. L'intimé s'est pour sa part conformé au souhait de la recourante et s'est adressé par la suite en français à cette dernière, dans les courriers et les décisions qui lui ont été notifiés. Néanmoins, il faut aussi relever que dans l'ensemble du dossier médical constitué par l'intimé depuis le dépôt de la demande de prestations de la recourante en date du

30 mars 2010, seules les pièces émanant de la généraliste traitant la recourante sont rédigées en français, alors que tous les nombreux autres rapports, avis médicaux et expertises, le sont en allemand, et que la recourante ne s'en est jamais plainte auparavant. Par ailleurs, elle n'a critiqué le fait que les experts appelés en janvier 2014 par l'Office AI Berne à procéder à une expertise bidisciplinaire étaient de langue allemande, que les examens personnels par les experts se sont déroulés avec l'aide d'un interprète et que leurs rapports ont été rédigés en allemand qu'à un stade avancé de la procédure, lors des objections présentées par son mandataire le 2 mars 2015 face à la préorientation du 6 février 2015, soit bien après que l'expertise ait été effectuée et rendue. Aucune pièce au dossier n'atteste qu'elle-même ou que l'assistant social chargé de son soutien auraient contesté le courrier de l'Office AI Berne du 29 janvier 2014 (dos. AI 88) les informant du nom des experts et les invitant à présenter des objections dans un délai de dix jours (comme le prescrit l'art. 44 LPGA), ni protesté contre la convocation à l'expertise qui lui a été adressée le 3 mars 2014, rédigée en allemand par le secrétariat du cabinet de l'un des deux experts (dos. AI 80). Il faut bien plus admettre que la recourante paraît s'être accommodée de ce choix, tout comme du procédé faisant appel à un interprète pour son examen personnel. Elle a par ailleurs elle-même recouru librement aux spécialistes qui l'ont traitée – notamment le chirurgien orthopédiste qui l'a opérée à trois reprises en raison de hernies discales –, qui sont également de langue allemande et ont rédigé leurs rapports en allemand. En particulier, aucun problème de communication dû à la langue entre la recourante et les praticiens traitants n'est jamais évoqué au dossier. Au surplus, il ne ressort pas des rapports des deux experts en question que des difficultés de compréhension dues à la langue de l'assurée soient survenues lors des examens personnels de la recourante, effectués avec l'aide d'un interprète; au contraire, à la lecture des deux rapports, on relève que les experts ont bien compris les plaintes exprimées par leur patiente et les ont prises en compte dans leur évaluation de son état de santé et de sa capacité de travail. Au demeurant, dans ses objections du 2 mars 2015, le mandataire de la recourante s'est limité à requérir une traduction en français des deux rapports d'expertise du 13 juin 2014, demande à laquelle l'intimé a donné une suite favorable en

versant au dossier, le 2 avril 2015, une traduction française des deux rapports des experts.

Cela étant, il faut retenir que l'intimé s'est conformé à la jurisprudence reconnaissant, sur la base de l'art. 8 al. 2 Cst. (prévoyant que nul ne doit subir de discrimination du fait notamment de sa langue) et de l'art. 18 Cst. (garantissant la liberté de la langue), le droit d'un assuré d'obtenir une traduction française d'un rapport d'expertise médicale rédigé en allemand, langue qu'il ne comprenait pas (ATF 127 V 33 c. 2), ainsi que le droit d'être assisté par un interprète lors d'une expertise médicale par un expert ne maîtrisant pas la langue de l'assuré, en particulier en cas d'expertise psychiatrique (SVR 2004 IV n° 29 = TF I 451/00 c. 2.3.2; U. KIESER, *op. cit.*, art. 35 n. 8). Pour le surplus, il paraît douteux que le droit à l'utilisation de la langue de l'administré aille aussi loin qu'il permette d'obliger l'autorité à s'adapter, sans survenance d'une modification de circonstances contraignantes, à un nouveau choix linguistique à n'importe quel stade de la procédure. A cet égard, la jurisprudence a considéré que si la personne assurée entendait faire valoir, en procédure d'instruction en matière d'AI, un droit à l'exécution d'exams médicaux dans sa langue maternelle, il lui appartenait de le faire valoir en temps voulu auprès de l'organe compétent (SVR 2005 IV n° 12 = TF I 245/00 du 30 décembre 2003 c. 4.1.1 et références citées). En tout état de cause, un éventuel grief relatif au choix des experts ou à la langue de l'expertise, invoqué pour la première fois au stade de la préorientation adressée par l'Office AI à la personne assurée, apparaît douteux si la personne assurée a donné suite sans réserve à la convocation régulière d'un expert et n'a formulé aucune remarque au sujet du déroulement de l'expertise ou de la langue du rapport immédiatement après que l'expertise ait été effectuée et avant d'en connaître le résultat (TF 9C\_287/2012 du 18 septembre 2012 c. 4.2 et références citées). Il est en outre patent, au vu de la formulation de son recours et de l'argumentation juridique avancée (la recourante n'invoque en particulier aucun exemple concret de malentendu), que le mandataire de la recourante a très bien compris le contenu de la décision et des documents figurant au dossier, les rapports d'expertise bidisciplinaire ayant au surplus été traduits en français comme il le demandait. Il serait dès lors en tous les cas contraire au principe d'économie de procédure d'annuler la décision

contestée et de renvoyer la cause à l'intimé pour nouvelle expertise pour cette seule raison formelle, dans la mesure où la force probante de l'expertise bidisciplinaire du 13 juin 2014 n'en est nullement affectée.

#### **4.**

**4.1** A l'appui de la décision contestée, l'intimé a admis que sur la base des rapports des deux experts qu'il a lui-même mandatés, l'état de santé de la recourante s'était amélioré et que désormais, une activité adaptée légère à mi-lourde était exigible à plein temps. Concernant une fracture de la jambe droite survenue postérieurement à l'expertise, l'intimé a considéré que l'évolution était favorable et que l'incapacité de travail totale consécutive n'avait été que passagère, du 7 mai au 22 juin 2015. Après comparaison entre un revenu annuel sans invalidité de Fr. 51'963.- et un revenu d'invalidité exigible de Fr. 44'375.-, estimés tous les deux sur une base statistique, l'intimé est parvenu à un degré d'invalidité ne se montant plus qu'à 15%, taux inférieur au degré minimal de 40% pour ouvrir le droit à une rente (voir ci-dessus c. 2.2).

Dans son mémoire de réponse du 14 décembre 2015, l'intimé confirme sa position en soulignant notamment que l'expertise bidisciplinaire remplissait les conditions posées par la jurisprudence pour qu'une force probante entière lui soit reconnue.

**4.2** La recourante conteste quant à elle la force probante de cette expertise bidisciplinaire. Elle invoque qu'elle a souffert de TSD et d'affections psychosomatiques assimilées, et que l'expertise ne tient nullement compte de la nouvelle jurisprudence du TF en la matière (ATF 141 V 281 précité), qui lui est postérieure. Elle fait aussi valoir une nouvelle atteinte somatique au niveau du disque intervertébral C6, qu'il y a lieu de traiter par le biais d'une intervention chirurgicale planifiée pour le 24 mars 2016 et qui, selon deux rapports des 29 septembre et 5 novembre 2015 de son chirurgien orthopédiste traitant, qu'elle produit à l'appui de son recours, a eu pour effet d'aggraver ses douleurs dans les douze derniers mois. Enfin, concernant les revenus hypothétiques sans et avec invalidité retenus par l'intimé dans la comparaison des revenus, la recourante

allègue que compte tenu de la symptomatologie dont elle souffre, il est illusoire d'admettre un revenu d'invalidé de Fr. 44'375.- et qu'aucun employeur ne prendrait le risque de l'engager avec un salaire aussi important; en outre, pour ce qui est du revenu sans invalidité, elle soulève la question de savoir quelle profession exercée par le passé doit être prise en compte, à savoir celle d'infirmière ou celle de tenancière indépendante d'un bar.

## **5.**

**5.1** En l'espèce, dans la procédure de révision (matérielle) de rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPG, il convient en premier lieu d'examiner si un changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité s'est produit entre la décision rendue le 24 octobre 2012 par l'intimé et la décision litigieuse du 23 septembre 2015, puisque l'état de fait déterminant 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 (ATF 133 V 108 c. 5.4; SVR 2013 IV n° 44 c. 3.1.2).

**5.2** La décision du 24 octobre 2012 accordait à la recourante une rente entière rétroactive à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2010 du fait d'une incapacité de travail totale depuis le 9 mars 2009. Pour ce faire, l'intimé s'était fondé sur un rapport du 10 octobre 2011 de son SMR (dos. AI 46/3), synthétisant les rapports médicaux des médecins ayant traité l'assurée jusque-là et retenant les diagnostics avec influence sur la capacité de travail de syndrome douloureux lomboradiculaire L5/S1 à gauche avec déficit de sensibilité, status après décompression L5/S1 en mars 2009, laparotomie et spondylodèse ventrale L5/S1 en janvier 2010 ainsi que laparotomie et implantation d'une prothèse de disque L4/L5 en décembre 2010. Le médecin du SMR précise que l'état de santé de l'assurée n'est pas stabilisé, que celle-ci est en incapacité de travail totale depuis mars 2009 pour une durée indéterminée en raison d'une maladie de longue durée et qu'une poursuite de son traitement et d'autres examens médicaux étaient

prévus. La praticienne préconise un nouvel examen du cas environ une année plus tard.

**5.3** Au cours de la procédure de révision d'office entamée en décembre 2012, l'Office AI Berne, sur recommandation du SMR du 27 janvier 2014 (dos. AI 87), a procédé à l'expertise bidisciplinaire (rhumatologique/psychiatrique) du 13 juin 2014 (dos. AI 94.1 et 95.1), sur laquelle il s'est fondé pour rendre la décision contestée du 23 septembre 2015.

**5.3.1** Les experts y ont diagnostiqué, en tant qu'atteinte avec des répercussions de longue durée sur la capacité de travail, un syndrome panvertébral avec irradiation spondylogène dans la tête et dans tous les membres. A cet égard, dans l'anamnèse personnelle rhumatologique, l'expert rhumatologue mentionne la même chronologie évolutive des troubles dorsaux et de leurs traitements que celle découlant du rapport du SMR du 10 octobre 2011 cité ci-dessus (c. 5.2). Sans répercussion à long terme sur la capacité de travail, outre des facteurs psychologiques ou comportementaux, un épisode dépressif moyen survenu en 2010 et une consommation d'alcool nocive, les experts ont retenu un syndrome douloureux chronique généralisé insuffisamment étayé d'un point de vue somatique, consistant dans un syndrome fibromyalgique primaire, accentué du côté droit par rapport au côté gauche du corps et comportant une hyposensibilité au toucher de toute la jambe gauche, des indications de douleurs diffuses à la pression, des polyarthralgies des articulations axiales et périphériques, ainsi que des troubles multiples tels que troubles du sommeil, fatigue et douleurs abdominales.

Dans son évaluation très détaillée se référant aux avis médicaux antérieurs figurant au dossier, l'expert rhumatologue indique en substance que l'examen clinique de l'assurée est caractérisé par une expression faciale et une gestuelle traduisant la douleur, des douleurs diffuses à la pression, des douleurs liées aux mouvements de toutes les articulations axiales et périphériques, un neurostimulateur dans la région du fessier droit et en outre, selon des constats objectivables, un habitus en grande partie normal. Il déclare ne pas être en mesure de justifier clairement cette expression faciale et cette gestuelle par un tableau clinique pathologique organique. Après un examen successif circonstancié des troubles

somatiques relevés et une analyse chronologique des rapports médicaux au dossier et de l'évolution documentée de l'état de santé, l'expert déclare que d'un point de vue purement somato-rhumatologique, la capacité de travail de l'assurée dans la profession apprise de pâtissière ou dans la profession exercée en Angleterre, correspondant vraisemblablement à celle d'infirmière de salle d'opération ou d'infirmière instrumentaliste (toutes deux s'exerçant principalement debout), est limitée à un maximum de 50% (pouvant être exercé en une fois ou réparti sur la journée à un rythme réduit), et ce depuis une date ultérieure à la décision du 24 octobre 2012 qu'il lui est impossible de déterminer plus précisément, mais au plus tard à partir de la date de l'expertise. Concernant les tâches ménagères demandant des efforts physiques légers à moyens, l'expert est d'avis qu'aucune limitation de la capacité de travail ne peut être formulée d'un point de vue purement somato-rhumatologique. De ce point de vue, il poursuit et retient que dans une activité lucrative adaptée, des restrictions de la capacité de travail limitées dans le temps peuvent être reconnues pour trois à quatre mois au maximum après chacune des opérations du dos de mars 2009, janvier 2010 et décembre 2010, ainsi que, pour deux semaines au maximum, après les interventions d'implantation et de révision du neurostimulateur du 19 janvier 2012, du 2 mai 2012 et du 2 juillet 2012. Pour le surplus, il ne peut justifier à aucun moment une restriction durable de la capacité de travail dans une activité adaptée. Quant à la nature de cette dernière, elle doit être exercée selon lui dans une pièce tempérée, se limiter à des travaux demandant un effort physique léger à moyen au maximum, permettre d'alterner les positions assise, debout et la marche, et respecter l'ergonomie dorsale. Il précise encore que du point de vue purement somato-rhumatologique, le pronostic est bon, mais que des facteurs étrangers à la maladie, tels qu'un arrêt de travail prolongé et éventuellement une motivation limitée, pourraient avoir une influence défavorable sur la réinsertion professionnelle de la recourante. Il conclut son rapport en résumant que l'assurée décrit des douleurs chroniques généralisées qui se seraient développées en 2008 en l'espace de six mois, et que les mécanismes douloureux en question indiquent des symptômes sans substrat somatique évident. D'après lui, dans ce contexte, l'évolution réfractaire aux traitements des symptômes, en particulier en ce qui concerne les opérations successives, est plausible, et c'est pourquoi il lui

est difficile de recommander de nouvelles mesures thérapeutiques. Il souligne toutefois que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré depuis la décision du 24 octobre 2012 donnant droit à une rente, et qu'il lui est difficile de motiver une limitation durable de la capacité de travail, en particulier dans une activité adaptée.

Le spécialiste en psychiatrie, quant à lui, constate dans son évaluation qu'il n'est pas possible d'expliquer suffisamment d'un point de vue somatique les douleurs décrites par l'assurée dans différentes parties du corps, et que du point de vue psychiatrique, il convient d'envisager les causes possibles suivantes pour expliquer les douleurs vécues subjectivement comme invalidantes par l'assurée, selon un diagnostic différentiel: un syndrome douloureux somatoforme, une amplification des symptômes, des douleurs liées à d'autres maladies psychiques ou une simulation de la part de l'assurée. Après une description détaillée de la situation, il estime qu'il faut retenir chez l'assurée une amplification de symptômes insuffisamment attribuables à des douleurs somatiques d'après le diagnostic, avec des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des maladies ou à des troubles classés ailleurs (ch. F54 CIM-10), existants depuis 2009, et que ce diagnostic ne correspond à aucune pathologie psychiatrique au sens propre et à aucune gestion inconsciente de conflit de la part de l'assurée, mais plutôt à un trouble du comportement appris au sens d'une gestion dysfonctionnelle des douleurs. L'expert précise aussi qu'au moment de l'apparition des douleurs, on ne constatait aucun facteur psychosocial négatif qui expliquerait les douleurs de l'assurée dans le cadre d'une gestion dysfonctionnelle inconsciente de conflit, ce qui, de son point de vue, contredit le diagnostic d'un TSD; il ajoute qu'on n'observe chez l'assurée aucun indice de simulation. Il indique que d'un point de vue purement psychiatrique, il n'a existé à aucun moment une limitation durable de la capacité de travail et de rendement, et qu'il n'existe actuellement aucune indication en faveur d'un traitement psychiatrique spécialisé. Il conclut enfin que dans l'évaluation interdisciplinaire de la capacité de travail, qui contient une composante somato-rhumatologique et une composante psychiatrique psychosomatique, on peut s'appuyer entièrement sur l'évaluation du point de vue somatique-rhumatologique

décrite plus haut, aucune restriction durable de la capacité de travail ne pouvant être reconnue en ce qui concerne une activité adaptée.

**5.3.2** L'expertise bidisciplinaire du 13 juin 2014 est convaincante, se fonde sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assurée et repose sur un exposé clair des faits. Les conclusions des experts, dont rien ne permet de douter des qualifications, sont détaillées, bien étayées, s'avèrent logiques et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise. En outre, ils ont procédé eux-mêmes à un examen personnel de la recourante et ont pris en compte les plaintes subjectives de cette dernière, ainsi que son anamnèse détaillée (personnelle, familiale, sociale, professionnelle et médicale). Au vu de l'ensemble de ce qui précède, une valeur probante entière peut dès lors être reconnue à l'expertise bidisciplinaire du 13 juin 2014.

Certes, comme la recourante le fait valoir, eu égard à l'époque où elles ont été élaborées, les conclusions proposées par les experts, sur le plan juridique, se réfèrent à l'ancienne jurisprudence relative au caractère invalidant d'un TSD ou d'atteintes assimilées, fondée sur le modèle de la présomption. Toutefois, l'expertise mise en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perd pas d'emblée toute valeur probante et, en l'occurrence, dans le cadre de l'examen global et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce ainsi que des griefs soulevés, il est conforme au droit fédéral de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants pour les appliquer aux nouvelles exigences (ATF 141 V 281 c. 8 et 137 V 210 c. 6). En effet, les rapports d'expertise du 13 juin 2014 mettent l'accent sur les limitations et les ressources de la recourante dans sa vie quotidienne, de même qu'ils décrivent aussi en détail certaines incohérences entre les plaintes et le comportement de cette dernière. Ils permettent tout à fait une appréciation concluante du cas à l'aune des nouveaux indicateurs déterminants, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner une instruction complémentaire. Au niveau du diagnostic, les experts ont certes mis en évidence suffisamment d'éléments (durée des plaintes, évolution, existence d'un substrat somatique partiel) pouvant étayer

notamment l'existence d'une dorsalgie avec irradiation d'origine vertébrale dans la tête et dans toutes les extrémités (syndrome panvertébral) et d'un syndrome douloureux chronique généralisé, malgré certains signes d'exagération soupçonnés au cours des examens médicaux. Quant à l'appréciation de l'incapacité de travail, que les experts ont toutefois limitée aux seules répercussions liées au diagnostic orthopédique, elle découle aussi logiquement de leurs observations médicales et de l'anamnèse. D'après les experts, la recourante souffre d'atteintes douloureuses qu'elle déclare ressentir pour l'ensemble des mouvements de toutes les articulations axiales et périphériques, ainsi que dans la région de la colonne vertébrale pour tous les segments de mouvements axiaux à tous les niveaux, avec une intensification dans le bas de la colonne; ils concluent néanmoins, après les examens effectués, qu'il n'existe, au moment de l'expertise, plus aucune preuve avérée actuelle d'un syndrome de déficit ou d'irradiation radiculaire, les critères de ces atteintes n'étant actuellement plus remplis par l'assurée. Par ailleurs, les indicateurs, tels l'absence d'autres atteintes déterminantes, les ressources personnelles et le contexte social, de même que le niveau d'activité dans le déroulement du quotidien relevé au cours de l'expertise et l'absence de place de travail, fournissent les indications nécessaires pour corroborer l'avis des experts, même sous l'empire de la grille d'évaluation préconisée par la nouvelle jurisprudence.

On relèvera encore que les deux rapports les plus récents des 29 septembre et 5 novembre 2015 de l'orthopédiste traitant la recourante, produits par celle-ci le 6 novembre 2015, ne mettent nullement en doute les conclusions des experts. En effet, la détérioration dans les 12 derniers mois de l'état de santé de la recourante dont fait état le praticien, dans le sens de la mise en évidence d'une grave discopathie au niveau C5/6, est postérieure à l'expertise bidisciplinaire du 13 juin 2014. Il en va de même de la fracture de la jambe droite subie par la recourante le 7 mai 2015, traitée conservativement et qui, d'après le rapport médical qui s'y consacre (dos. AI 112), n'a provoqué une incapacité de travail totale que temporairement, du 7 mai au 22 juin 2015.

D'après les conclusions des experts, il convient donc de retenir que depuis la décision d'octroi d'une rente entière, rendue le 24 octobre 2012, l'état de santé de la recourante s'est amélioré et qu'en date du 13 juin 2014, elle disposait d'une capacité de travail de 50% dans son activité apprise de pâtissière et dans celle d'infirmière en salle d'opération, telle qu'exercée en Angleterre, mais aussi d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir une activité physique légère à moyenne, s'exerçant dans une pièce tempérée, permettant d'alterner les positions assise, debout ou de marche et respectant l'ergonomie dorsale.

**5.3.3** Cela étant, au vu des rapports des 29 septembre et 5 novembre 2015 du chirurgien orthopédiste traitant la recourante, produits par celle-ci en cours de procédure et déjà cités plus haut, il n'apparaît néanmoins nullement établi, selon un degré de vraisemblance prépondérante (degré d'appréciation de l'état de fait et des preuves généralement applicable en droit des assurances sociales; voir ci-dessus c. 2.4.3), que l'amélioration de l'état de santé et la pleine capacité de travail dans une activité adaptée, constatées par les experts le 13 juin 2014, se soient avérées durables et, surtout, qu'elles aient encore perduré le 23 septembre 2015, date à laquelle la décision de suppression de rente d'invalidité contestée a été rendue et qui est déterminante en l'occurrence (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). Or, aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Dans son rapport du 29 septembre 2015, le chirurgien orthopédiste évoque notamment une cervicobrachialgie progressive à gauche et indique que les douleurs de sa patiente à ce niveau se sont accrues progressivement au cours des 12 mois antérieurs, jusqu'à devenir permanentes et nécessiter l'absorption de morphine. Dans le rapport du 5 novembre 2015, le praticien

pose, en sus des diagnostics connus jusqu'alors, les diagnostics supplémentaires de cervicocéphalgies et cervicobrachialgies à gauche avec discopathie et protrusion discale C5/6, et soupçonne aussi la présence d'une neuralgie trigéminal à gauche. Dans son anamnèse, il précise que la capacité de travail effective ne se monte vraisemblablement pas à plus de 10 à 20% en raison des douleurs permanentes, présentes jour et nuit. Il relève aussi qu'un examen par tomodensitométrie de la colonne vertébrale cervicale effectué le 30 septembre 2015 a révélé une grave discopathie C5/6 et que le disque intervertébral en question a pratiquement totalement disparu du côté gauche, des résidus subsistant du côté droit. Cette nouvelle atteinte a finalement conduit à l'opération planifiée pour le 24 mars 2016, visant à la mise en place de deux prothèses cervicales au niveau C5/6. Certes, en principe, il ne peut pas être tenu compte dans le jugement des rapports médicaux rédigés après le prononcé de la décision, à moins que ceux-ci soient de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Or, tel est précisément le cas en l'espèce, le chirurgien orthopédiste traitant faisant état, dans ses deux rapports précités, d'une évolution de l'état de santé de sa patiente antérieure à la décision contestée.

Il s'ensuit que si l'expertise bidisciplinaire du 13 juin 2014 établissait bien une amélioration, à ce moment-là, de la capacité de travail et de gain de la recourante susceptible d'influencer son droit à une rente d'invalidité, l'état de santé de la recourante pourrait s'être à nouveau détérioré dans une mesure déterminante avant que la décision litigieuse du 23 septembre 2015 soit rendue. A cet égard, la conclusion de la prise de position du SMR du 9 décembre 2015, selon laquelle il n'y aurait pas de changement important depuis les expertises et que les descriptions du chirurgien orthopédiste traitant souligneraient ce qui a été dit dans celles-ci, ne peut manifestement pas être suivie. En tous les cas, force est de reconnaître qu'une amélioration durable de l'état de santé et de la capacité de gain de la recourante perdurant encore à la date de la décision contestée n'est pas établie selon un degré de vraisemblance prépondérante.

**5.4** En conséquence, il faut conclure qu'en l'état du dossier, l'état de santé de la recourante, son évolution et ses répercussions sur sa capacité de travail et de gain en date du 23 septembre 2015, lorsque la décision litigieuse a été rendue, n'étaient pas suffisamment établis pour se prononcer en pleine connaissance de cause sur la justification d'une révision de la rente d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Il convient dès lors d'annuler la décision contestée et de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il procède à des investigations complémentaires sur l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail et de gain de la recourante postérieurement à l'expertise bidisciplinaire du 13 juin 2014 ayant servi de base à la décision du 23 septembre 2015. A cette fin, il est loisible à l'intimé de poser des questions complémentaires aux experts ayant réalisé l'expertise bidisciplinaire du 13 juin 2014 ou, le cas échéant, de procéder à une nouvelle expertise bi- ou multidisciplinaire. En tous les cas, il s'impose de procéder à un examen approfondi de toutes les atteintes vertébrales subies par la recourante à différents niveaux, de leur évolution respective dans le temps et de leurs répercussions concrètes sur les activités lucratives et habituelles de la recourante. Ce n'est qu'après avoir procédé à cette instruction supplémentaire approfondie de la cause que l'intimé sera en mesure de se prononcer sur la justification éventuelle d'une suppression ou d'une adaptation de la rente d'invalidité de la recourante et, le cas échéant, de rendre une nouvelle décision à cet égard.

**5.5** Vu l'issue de la procédure, il s'avère superflu d'examiner plus avant les griefs avancés par la recourante quant aux revenus hypothétiques sans et avec invalidité pris en compte par l'intimé dans la comparaison des revenus en vue de déterminer le degré d'invalidité.

## **6.**

**6.1** Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision rendue par l'Office AI Berne le 23 septembre 2015 annulée. Le dossier de la cause est renvoyé à l'intimé en vue de procéder à l'instruction complémentaire exposée ci-dessus et, au cas où il conclurait à une justification d'une révision de la rente de la recourante, de rendre une nouvelle décision.

**6.2** Les frais de la présente procédure de recours de droit administratif, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne, 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 de Fr. 800.- versée par la recourante lui est restituée.

**6.3** Il existe une prétention à l'indemnité de dépens selon le droit fédéral lorsque la procédure se termine par l'annulation de la décision querellée et le renvoi à l'administration en vue d'autres investigations et nouvelle décision. En effet, dans un tel cas, la situation juridique de la partie recourante s'avère plus favorable qu'à l'issue de la procédure administrative antérieure (ATF 137 V 57 c. 2.1). La recourante étant représentée en procédure par un mandataire professionnel, elle a droit au remboursement de ses dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 104 al. 1 LPJA). Après examen de la note d'honoraires du 4 janvier 2016, 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, ceux-ci sont fixés à Fr. 2'079.- (honoraires: Fr. 1'750.-; débours: Fr. 175.-; TVA: Fr. 154.-) et mis à la charge de l'intimé.

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis et la décision contestée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et, le cas échéant, nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais de Fr. 800.- versée par la recourante lui sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 2'079.- (débours et TVA compris) à 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.

Le président:

Le greffier:  
e.r.: J. Desy

**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).