

200.2016.441.AI

BEP/BEJ

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

Jugement du 7 mars 2017

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
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 15 mars 2016

En fait:

A.

A. _____, née en 1971, employée postale depuis 1988, puis conseillère à la clientèle auprès de C. _____ depuis le 1^{er} mai 2001, a abandonné cet emploi avec effet au 31 août 2005. Elle a ensuite travaillé à temps partiel en tant que collaboratrice administrative auprès d'un grand distributeur depuis le 1^{er} mai 2007 à 50%, puis à 30% dès le 1^{er} mai 2011. Depuis le 1^{er} mai 2013, elle travaille à raison de 12 heures par semaine comme vendeuse dans une entreprise de jardinerie.

L'intéressée a subi en 1996 un premier traumatisme crânien sans perdre connaissance. Le 26 décembre 2000, elle a été victime d'une chute dans un escalier, ayant provoqué un nouveau traumatisme crânien avec distorsion cervicale. La Suva, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, a pris le cas en charge. L'évolution ultérieure de l'état de santé de l'assurée s'est révélée défavorable. Par ailleurs, le 19 juin 2006, l'assurée a subi un accident de la circulation, une collision par l'arrière ayant occasionné une nouvelle entorse cervicale et une aggravation de ses troubles de l'équilibre. Le 14 août 2007, elle a encore été victime d'une nouvelle chute, provoquant une contusion de l'hémicrâne droit, des nausées et des douleurs persistantes.

Par décision du 19 janvier 2005, la Suva a alloué rétroactivement à l'assurée une rente d'invalidité de 50% à partir du 1^{er} août 2004.

Le 18 février 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), requérant un reclassement dans une nouvelle profession, un placement ou une rente, et indiquant souffrir d'une entorse cervicale depuis le 26 décembre 2000. Saisi de la demande, l'Office AI Berne a procédé à son instruction, recueillant notamment des rapports auprès des médecins ayant traité l'assurée, ainsi que le dossier médical de la Suva. Par décisions des 18 mars et 11 avril 2005, l'Office AI Berne a alloué rétroactivement à l'assurée une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} septembre 2003. Par la suite, la demi-rente d'invalidité a été confirmée

lors de deux procédures de révision, par communications à l'assurée des 21 novembre 2007 et 18 janvier 2012.

B.

Le 23 janvier 2014, l'Office AI Berne a ouvert une nouvelle procédure de révision d'office de la rente d'invalidité. Répondant au questionnaire idoine, l'assurée a indiqué un état de santé inchangé et déclaré que l'activité professionnelle exercée actuellement à temps partiel auprès d'une jardinerie lui convenait parfaitement, comprenait un mélange de vente, de conseil et de manutention, lui donnait la possibilité de varier ses positions aussi souvent qu'elle le désire et n'exigeait pas une concentration excessive. L'Office AI Berne, après avoir recueilli des informations notamment auprès de l'employeur, de la neurologue traitant l'assurée et du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR) de l'AI, a organisé une expertise pluridisciplinaire en médecine interne, neurologie, psychiatrie et neuropsychologie auprès d'un centre lié à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) au sens de l'art. 72^{bis} du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201; en l'occurrence le Centre d'expertise médicale [...] à D._____). Les experts mandatés à cet effet ont rendu leur rapport en date du 5 mai 2015.

Sur cette base, l'Office AI Berne, par préorientation du 21 août 2015, a informé l'assurée qu'il entendait supprimer sa rente d'invalidité. Nonobstant les objections du 11 septembre 2015 de la neurologue traitante et du 8 octobre 2015 de l'avocat mandaté à l'époque par l'assurée, après avoir encore obtenu le 1^{er} mars 2016 des rapports de spécialistes en psychiatrie et en neurologie de son SMR, l'Office AI Berne a rendu, le 15 mars 2016, une décision formelle en tous points identique à sa préorientation du 21 août 2015, retirant en outre l'effet suspensif à un éventuel recours.

C.

Par acte du 2 mai 2016, complété le 13 mai 2016 par un nouveau rapport médical d'un neurologue du 3 mai 2016, l'assurée, représentée par un nouvel avocat, a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision du 15 mars 2016 précitée. Sous suite des frais et dépens, elle a conclu à l'annulation de celle-ci et, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité à dire de justice, et subsidiairement au renvoi du dossier de la cause à l'intimé en vue d'effectuer une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire. Dans son mémoire de réponse du 4 juillet 2016, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours, se référant à une prise de position de son SMR du 17 juin 2016.

Le 7 juillet 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 15 mars 2016 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 demi-rente d'invalidité de la recourante à la fin du mois qui suit la date de la décision. Au vu des conclusions et des motifs du recours, l'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et la poursuite du versement d'une rente d'invalidité d'un degré à dire de justice, subsidiairement sur le renvoi de la cause pour expertise supplémentaire et nouvelle décision. 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 pluridisciplinaire du 5 mai 2015, dont la recourante conteste la valeur probante des conclusions sur le plan neurologique.

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).

2.2 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 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 LPGGA).

2.3 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 LPGGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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).

2.4 Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGGA).

2.5

2.5.1 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).

2.5.2 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des 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).

3.

3.1 A l'appui de la décision contestée, l'intimé a admis que sur la base du rapport des experts qu'il a mandatés ainsi que des prises de position

des spécialistes en psychiatrie et en neurologie de son SMR confirmant les conclusions des experts, l'état de santé de la recourante s'était amélioré. Il a fait siennes les conclusions des experts et retenu que désormais, une activité adaptée au handicap ne nécessitant pas d'être debout longtemps, telle que celle de conseillère à la clientèle exercée antérieurement, était exigible à plein temps de la part de l'assurée, sans diminution de rendement. Après comparaison entre un revenu annuel sans invalidité de Fr. 93'073.- comme employée postale (Fr. 89'800.- en 2010, indexé à l'année 2014) et un revenu d'invalidé exigible de Fr. 72'645.- estimé sur une base statistique, l'intimé est parvenu à un degré d'invalidité ne se montant plus qu'à 22%, taux inférieur au degré minimal de 40% pour ouvrir le droit à une rente (voir ci-dessus c. 2.2).

3.2 La recourante conteste quant à elle la force probante de l'expertise pluridisciplinaire du 5 mai 2015, en particulier sur le plan neurologique. Selon elle, l'expert neurologue serait complètement passé à côté de la problématique qui la touche en niant l'existence d'un substrat somatique, alors qu'elle souffre des séquelles de plusieurs traumatismes cranio-cérébraux ayant provoqué des lésions cérébrales avérées. A titre de moyens de preuve, elle fait valoir un rapport radiologique du 30 décembre 2015 confirmant l'existence de trois lésions frontales droites et pariétales gauches découvertes en 2001 et demeurées stables sur les examens par résonance magnétique (IRM) effectués en 2002 et 2003. De ce fait, la recourante invoque que les lésions cérébrales, visibles sur les IRM, sont bien réelles et consécutives aux accidents subis et que son long parcours médical prouve à l'évidence l'influence de ces lésions sur ses capacités. En conséquence, cette erreur de l'expert neurologue priverait l'expertise pluridisciplinaire de toute valeur scientifique, rien ne permettrait de retenir une amélioration de son état de santé et, partant, un motif de révision de sa demi-rente d'invalidité.

4.

4.1 En l'espèce, dans la procédure de révision (matérielle) de rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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 les décisions rendues les 18 mars et 11 avril 2005 par l'intimé et la décision litigieuse du 15 mars 2016, 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).

4.2 Les deux décisions des 18 mars et 11 avril 2005 accordaient à la recourante une demi-rente rétroactive à partir du 1^{er} septembre 2003 du fait d'une incapacité de travail de 50% depuis le 9 septembre 2002 dans sa profession habituelle de l'époque. Pour ce faire, l'intimé s'était essentiellement fondé sur le dossier médical de la Suva, en particulier sur une expertise neurologique du 11 juin 2004, synthétisant les rapports médicaux des médecins ayant traité l'assurée jusque-là et retenant les diagnostics principaux d'hypertension artérielle, d'hyperthyroïdie, de status après un premier traumatisme crânien en 1996 sans séquelles significatives sur le plan professionnel, de status après une chute dans les escaliers le 26 décembre 2000 avec distorsion cervicale et développement d'un syndrome cervical et d'hémidyesthésies de l'hémicorps droit, et de zones hyperdenses à l'IRM cérébral. L'experte précisait par ailleurs que les troubles cognitifs constatés étaient d'origine organique et représentaient une conséquence classique des mécanismes de post-distorsion cervicale. En ce qui concerne l'hémisindrome sensitivo-moteur diagnostiqué à droite, elle indiquait qu'il n'y avait pas d'atteinte objectivable des voies pyramidales, mais relevait quand même une discrète dysmétrie aux épreuves de coordination, une hypodiadococinésie à droite et une discrète tendance à la chute qui pouvaient quand même donner un indice pour une atteinte microscopique non visible à l'IRM surtout des voies spino-cérébelleuses. Elle soulignait aussi que la plupart des troubles cités devaient être mis en relation avec la chute subie le 26 décembre 2000 et concluait à une capacité de travail de 50% à long terme dans la profession de l'assurée de conseillère à la clientèle.

4.3 Au cours de la procédure de révision d'office entamée en janvier 2014, l'Office AI Berne, sur recommandation du SMR du 12 juin 2014, a

ordonné l'expertise pluridisciplinaire (médecine interne, neurologie, neuropsychologie, rhumatologie et psychiatrie) du 5 mai 2015, sur laquelle il s'est fondé pour rendre la décision contestée du 15 mars 2016.

4.3.1 Les experts ont diagnostiqué, en tant qu'atteinte ayant une répercussion sur la capacité de travail, une tendinite et désinsertion partielle du muscle tibial postérieur gauche avec fascéite plantaire sur hyper-sollicitation mécanique et éperon calcanéen inférieur. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, les experts ont mentionné des traits de personnalité anankastique et histrionique, un syndrome douloureux somatoforme persistant (ch. T60.5, T60.4 et 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]), des troubles algiques, de l'équilibre, de la voix et sensitivomoteurs sans substrat somatique objectivable, une obésité de stade II depuis environ 1997, une hypertension artérielle depuis 1993, un glaucome bilatéral depuis 2005, une rhinite et un asthme allergiques depuis 2013, un reflux gastro-oesophagien depuis environ 2005, un status post-réduction mammaire en 2002 avec reprise de la cicatrice en 2003 et un status post-interventions sur le coude droit pour épitrochléite.

Après une analyse recensant l'ensemble des avis médicaux antérieurs figurant au dossier depuis 1999, les experts relatent très en détail l'histoire médicale actuelle de l'expertisée en mentionnant l'ensemble des plaintes qu'elle a exprimées lors des examens personnels ainsi que son anamnèse personnelle, familiale et socioprofessionnelle. Dans le cadre de la synthèse et discussion interdisciplinaire circonstanciée du cas, après un rappel de l'histoire médicale, le rapport d'expertise résume ensuite les tenants et les aboutissants constatés dans chacune des disciplines médicales expertisées.

Sur le plan de la médecine interne, il n'y a pas de plaintes significatives, l'anamnèse systématique relève quelques troubles banals, le status est dans la norme et aucune justification d'une incapacité de travail n'est retenue.

Sur le plan neurologique, les plaintes de l'assurée (collaborante mais donnant l'impression de majorer quelque peu ses plaintes) indiquées consistent en des cervico-dorso-lombalgies, des sensations vertigineuses du type de manque d'équilibre et de déplacement des objets, des troubles de la mémoire et de la concentration, un manque de force et de sensibilité de l'hémicorps droit épargnant la face, de la fatigue et de la fatigabilité, des brûlures au niveau de l'hémiface droite et des troubles de la voix surtout le matin. Sont aussi relevées des douleurs plantaires gauches que la patiente met en relation avec une rupture partielle d'un tendon plantaire et des douleurs au niveau du coude droit qu'elle attribue aux séquelles d'une épitrochléite opérée avec lésion secondaire du nerf cubital droit au coude. L'examen neurologique décrit permet de retrouver un hémisyndrome sensitivomoteur facio-brachio-crural droit atypique, ainsi que des troubles de l'équilibre également atypiques, mais une absence d'éléments permettant d'affirmer l'existence d'une atteinte structurelle du système nerveux. L'expert neurologue déclare qu'il a pris note du résultat des examens complémentaires pratiqués préalablement et que les petites lésions hyperintenses observées aux diverses IRM cérébrales sont à considérer comme banales, aspécifiques, ne correspondant très vraisemblablement pas à une origine post-traumatique et inflammatoire, compte tenu du résultat des examens pratiqués préalablement et du présent bilan. L'expert rappelle qu'un rapport d'otoneurologie du 23 janvier 2004 avait considéré que les troubles de l'équilibre étaient d'origine fonctionnelle, de même que la dysphonie spasmodique. Il souligne que les diverses IRM cervicales n'ont pas démontré de lésions post-traumatiques ou maladiques et notamment pas d'éléments permettant de conclure clairement à une contusion cervicale. Il précise qu'une commotion médullaire cervicale ne pouvait pas être écartée sur la base de la normalité des examens radiologiques, mais que l'évolution aurait dû en être tout à fait favorable, ce qui, à son avis, permet d'écarter le diagnostic de commotion médullaire à l'origine des plaintes formulées par l'assurée. En conclusion, l'expert neurologue estime que les plaintes de l'assurée et les constatations effectuées lors du présent bilan et des examens préalables ne permettent pas de retenir l'existence d'une atteinte structurelle du système nerveux central et périphérique et parlent en faveur de troubles neurologiques sans substrat somatique. Il conclut qu'en l'absence d'une pathologie clairement

documentable, il ne peut retenir d'incapacité de travail en relation avec les plaintes formulées par l'assurée. Il précise enfin que cette appréciation est valable en fait depuis l'apparition des troubles et la reconnaissance des différentes incapacités de travail tant par l'AI que par la Suva, à l'exception d'une période de quelques semaines au plus faisant suite à chacun des événements accidentels.

Sur le plan rhumatologique, l'experte considère que l'anamnèse, le status clinique et les images radiologiques objectivent une tendinopathie avec désinsertion partielle du muscle tibial postérieur associée à une fasciite plantaire et un éperon calcanéen, et qu'il s'agit d'une pathologie qui survient sur sursollicitation mécanique, mais que le traitement conservateur instauré avait permis une amélioration de la symptomatologie. Elle précise qu'en cas de péjoration, une intervention chirurgicale est envisagée. Concernant la capacité de travail, l'experte est d'avis que cette pathologie n'est invalidante que dans les professions qui impliquent des stations debout prolongées et des déplacements fréquents. Dans l'activité actuelle de vendeuse dans une jardinerie, l'experte estime qu'il s'agit d'une activité de niche, puisqu'exercée à temps partiel dans une entreprise familiale, que l'assurée peut prendre des pauses lorsqu'elle l'estime nécessaire et qu'elle est secondée dans le port de charges, mais que sur le marché libre du travail, cette activité n'est pas exigible en raison de la pathologie prédécrite, qui pourrait ainsi devenir chronique et entraîner de longues absences au travail. Dans une activité adaptée excluant les stations debout prolongées et les fréquents déplacements, l'experte rhumatologue atteste en revanche une capacité de travail complète en temps et en rendement.

Sur le plan neuropsychologique, l'expert relève en substance que l'examen objective peu de déficits chez l'assurée présentant un discret défaut d'effort dans un test validé. Les seuls déficits objectifs subsistants touchent la mémoire, de manière plus marquée en mémoire visuelle que verbale, les autres tâches d'attention et les fonctions exécutives étant globalement dans la norme. L'expert mentionne notamment qu'il n'y avait pas de diagnostic de traumatisme cranio-cérébral (TCC) caractérisé à l'anamnèse de l'assurée malgré les nombreux accidents dont elle avait été victime et que l'imagerie cérébrale n'avait mis en évidence que des microlésions

aspécifiques. Il souligne aussi que les difficultés de mémoire sont discordantes par rapport à la capacité préservée de l'expertisée de rappeler des événements de vie anciens et récents, de les dater, etc., manifestant une absence de trouble de la mémoire antérograde. En conclusion, l'expert neuropsychologue indique que les compétences cognitives (fonctions exécutives, attention) se sont en général normalisées par rapport à l'examen effectué en 2006, et que subsistent des difficultés de mémoire, mais moins importantes qu'en 2006, alors que les tests mis en jeu dans la présente évaluation sont plus exigeants que ceux utilisés alors. L'expert est d'avis que sauf facteur pathogène spécifique, tel qu'un nouvel accident avec TCC cette fois-ci, l'évolution ne peut être que stable, voire aller vers une amélioration supplémentaire pour les fonctions cognitives, qui restent encore faibles. Dans ce contexte, il conclut qu'on ne peut retenir d'atteinte neuropsychologique significative altérant la capacité de travail dans l'activité actuelle de vendeuse.

Sur le plan psychique, se basant sur l'anamnèse et l'examen clinique, l'expert pose le diagnostic de personnalité anankastique et histrionique (ch. T60.5 et T60.4 CIM-10). Il indique que l'analyse des activités quotidiennes est congruente avec les plaintes actuelles et montre que l'expertisée est autonome et adaptée. Il observe que l'examen psychiatrique objective une voix enrouée et nasillarde comme si elle était fortement enrhumée, mais que brutalement sa voix change et devient normale, ce durant tout l'entretien. Il relève également que l'expertisée est d'emblée collaborante et souriante, semble installée confortablement sur sa chaise, ne se lève qu'au terme de l'examen avec difficulté, s'incline à droite, a de la peine à s'appuyer sur son membre inférieur droit, puis marche de nouveau sans difficulté. L'expert estime que l'expertisée a tendance à décrire ses difficultés physiques avec luxe de détails et est encline à la dramatisation. Au vu de ce qui précède et des conclusions neurologiques qui retiennent des troubles neurologiques sans substrat somatique, l'expert psychiatre conclut que le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux (TSD) persistant (ch. F45.4 CIM-10) doit être retenu. Il précise que ce trouble somatoforme n'est pas associé à une autre pathologie psychiatrique sévère, qu'il n'y a pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas de perte d'intégration sociale, pas d'état psychique cristallisé

et pas d'échec des traitements ambulatoires. Il atteste enfin à l'assurée une capacité de travail complète en temps et en rendement, sans limitation.

Répondant aux questions spécifiques posées par l'Office AI Berne, les experts déclarent notamment en substance que l'assurée dispose d'une capacité de travail à 100% sans perte de rendement dans une activité adaptée, c'est-à-dire sans stations debout prolongées et sans fréquents déplacements, particulièrement sur terrain inégal et qu'il n'y a jamais eu d'incapacité de travail durable dans de telles tâches.

4.3.2 Cela étant, contrairement à ce qu'allègue la recourante, les experts n'ont nullement ignoré les lésions cérébrales révélées par les IRM antérieures, mais les ont aussi relevées à maintes reprises et considérées comme bien réelles. En effet, l'anamnèse neuropsychologique (p. 19 de l'expertise) indique expressément qu'"une IRM cérébrale pratiquée en novembre 2003 avait montré trois micro-foyers en hypersignal sur les séquences FLAIR et T2 de la substance frontale antérieure droite et pariétale gauche, aspécifique, selon ce qui est rapporté dans l'examen neuropsychologique le plus récent mené avec cette assurée...en août 2006". L'expert ajoute encore que l'examen de 2006 (dossier [dos.] AI 42) avait conclu chez une patiente réalisant au mieux les tâches proposées, fatigable et souffrant de céphalées et de nausées, à une importante fluctuation attentionnelle et à de sévères troubles mnésiques antérogrades affectant l'apprentissage, la reconnaissance et le rappel différé d'un matériel verbal ainsi qu'un discret fléchissement exécutif. Comme relevé plus haut, après examen et analyse approfondie de la situation, l'expert neuropsychologue conclut que les compétences cognitives (fonctions exécutives, attention) se sont en général normalisées par rapport à l'examen effectué en 2006 et qu'on ne peut retenir d'atteinte neuropsychologique significative altérant la capacité de travail. Par ailleurs, l'expert neurologue indique pour sa part expressément avoir pris note des examens et des IRM pratiqués antérieurement et considère notamment que les petites lésions hyperintenses observées sur les IRM ne permettent pas de retenir une incapacité de travail en relation avec les plaintes formulées par l'assurée. C'est par conséquent en vain que la recourante allègue que l'expertise du 5 mai 2015 aurait ignoré, voire nié, les

diagnostics et les constatations émanant des avis médicaux antérieurs figurant au dossier. Quant au rapport du 3 mai 2016 d'un spécialiste en neurochirurgie qu'elle produit, ses constatations médicales convergent avec celles des experts quant aux diagnostics posés. Il ne s'exprime pas au sujet de leurs conséquences sur la capacité de travail de la recourante, déclarant qu'il est beaucoup plus difficile de savoir si les lésions en question ont une influence spécifique à cet égard. Il en va de même des rapports du 30 décembre 2015 d'un institut de radiologie et des 5 mars 2001, 18 septembre 2002 et 14 novembre 2003 d'un centre d'imagerie médicale; ces rapports mettent en évidence les trois lésions frontales droites et pariétales gauches de la substance blanche périventriculaire, mais ne se prononcent aucunement quant à l'influence de ces lésions sur la capacité de travail résiduelle de la patiente. On peut au surplus noter que l'angio-IRM cérébrale du 30 décembre 2015 produite avec le recours, effectuée sans avoir à disposition les précédentes images, confirme que les hypersignaux T2 (FLAIR, non rehaussés après injection d'un produit de contraste), ne présente pas de signe de rupture de la barrière hémato-encéphalique ou d'activité de la maladie. Quant à l'argument avancé dans les observations du 9 octobre 2015, selon lequel la recourante se serait trouvée dans une particulière bonne santé au moment de l'expertise (au retour d'un séjour de cure), il ne résiste pas non plus à l'examen. Tout d'abord, il est exigible des assurés que l'évaluation de leur capacité de travail puisse être réalisée dans les meilleures conditions possibles et non dans des périodes de mauvaise compliance, crise ou fatigue particulière. Ensuite, il faut constater que l'argument de la recourante ne coïncide pas avec les circonstances de l'expertise, qui s'appuie, pour les spécialistes ayant observé les facultés de concentration et de mémoire notamment (ce qui n'est pas le cas de la rhumatologue), sur quatre jours d'examens, répartis du 8 janvier au 11 février 2015, et ayant occasionné de longs trajets en train avec parfois des heures de départ très matinales (par ex.: dos. AI 89.1/18). Des dispositions psychiques exceptionnellement favorables ne correspondent pas non plus avec les déclarations de la recourante selon lesquelles elle développe des symptômes de la lignée anxieuse, surtout en relation avec des préoccupations pour ce qui touche à la maladie (dos. AI 89.1/13) ni avec certains comportements démonstratifs remarqués par les experts.

4.3.3 Certes, l'expertise du 5 mai 2015 a été élaborée sous l'empire de l'ancienne jurisprudence relative au caractère invalidant d'un TSD ou d'atteintes assimilées, fondée sur une présomption du caractère surmontable des troubles en question. Par l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral (TF) a abandonné cette pratique fondée sur le modèle règle/exception et l'a remplacé par une grille d'évaluation normative et structurée se basant sur un catalogue d'indicateurs (au niveau de la gravité et de la cohérence notamment) qui rassemble les éléments essentiels propres aux conséquences fonctionnelles des troubles de nature psychosomatique. Cette nouvelle jurisprudence, dont il y a lieu de tenir compte déjà pour les cas pendants au moment où elle a été rendue (TF 9C_476/2009 du 7 décembre 2009 c. 3.3), ne modifie néanmoins en rien l'exigence légale voulant que l'incapacité de gain ne peut entraîner une invalidité que si elle est objectivement insurmontable (ATF 141 V 281 c. 3.7; TF 8C_255/2015 du 22 octobre 2015 c. 3.2). En l'espèce, l'expertise mise en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perd pas d'emblée toute valeur probante; 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, le rapport d'expertise du 5 mai 2015 met l'accent sur les limitations et les ressources de la recourante dans sa vie et ses activités quotidiennes, de même qu'il décrit aussi en détail certaines incohérences entre les plaintes et le comportement de cette dernière. Il permet 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 des diagnostics et de leur évaluation, les experts mettent en évidence un TSD et des traits de personnalité anankastique et histrionique. Le diagnostic de TSD (F45.4 CIM-10), posé et motivé par un spécialiste, ne peut en soi être remis en question quant à son degré de gravité et la tendance à l'exagération observée par l'expert n'est pas assez marquée pour constituer un motif d'exclusion déjà dans la première phase d'évaluation selon les c. 2.1 et 2.2 de l'ATF 141 V 281. Toutefois, l'appréciation d'absence de répercussion sur la capacité de travail du TSD et des traits de personnalité à laquelle aboutit l'expert psychiatre selon

l'ancienne jurisprudence est clairement décrite par l'évolution personnelle de la patiente depuis l'accident survenu le 26 décembre 2000. Les experts exposent de manière éloquente les raisons pour lesquelles la capacité de travail de la recourante s'est améliorée et ne se trouve plus affectée dans une activité adaptée. Ces éléments rendent possible la deuxième phase de l'évaluation selon l'ATF 141 V 281, celle consacrée à la preuve de l'incapacité de travail sur la base d'un catalogue d'indicateurs et selon une grille d'évaluation de nature juridique, objectivée, de l'exigibilité, en tenant compte, d'une part, des facteurs de contrainte et, d'autre part, du potentiel de compensation (ressources), le fardeau de la preuve matérielle incombant à la personne requérante (ATF 141 V 281 c. 3.6 et 3.7). Ainsi, les indicateurs, tels que les autres atteintes déterminantes pour la capacité de travail (tendinite et désinsertion partielle du muscle tibial postérieur gauche avec fasciite plantaire et éperon calcanéen inférieur), 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 fournissent les informations nécessaires pour corroborer l'avis des experts, même sous l'empire de la grille d'évaluation préconisée par la nouvelle jurisprudence.

Il faut donc admettre qu'en elle-même, l'expertise pluridisciplinaire du 5 mai 2015 répond aux exigences formelles posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (voir c. 2.5.1 et 2.5.2). Elle s'appuie sur le résultat des examens personnels de l'assurée, articulés autour de paramètres précis et préétablis. Cette appréciation se fonde sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assurée par le biais tant des avis médicaux antérieurs que des éléments rapportés à l'anamnèse et des plaintes subjectives exprimées, et restitue de manière très claire l'ensemble des faits qui s'en dégagent. 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. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, une valeur probante entière peut dès lors lui être reconnue.

On relèvera encore qu'aucune véritable contradiction ne peut être constatée avec le rapport laconique le plus récent du 4 mars 2014 de la neurologue traitante ainsi que la prise de position de cette dernière du 11 septembre 2015 face à la préorientation du 21 août 2015, la praticienne soulignant les limites imposées à sa patiente dans son activité actuelle dans une jardinerie en raison des douleurs qu'elle subit et des restrictions physiques sur la durée de la station debout et le port de charges, mais ne se prononçant pas sur une activité qui s'avérerait mieux adaptée au handicap de sa patiente. Or, les experts ont eux aussi considéré que la profession actuelle de jardinière-décoratrice dans une entreprise de jardinage imposait des stations debout et des déplacements fréquents, et qu'elle était en soi inexigible dans une entreprise de jardinage sur le marché libre du travail en raison de la pathologie dont souffre la recourante.

D'après les conclusions des experts, il convient donc de retenir que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail sans perte de rendement dans une activité adaptée, sans station debout prolongée et sans fréquents déplacements. Une nouvelle expertise est superflue.

4.3.4 Comme déjà relevé, la demi-rente accordée à la recourante par les décisions de l'intimé des 18 mars et 11 avril 2005 l'a été essentiellement sur la base de l'expertise neurologique du 11 juin 2004 figurant au dossier médical de la Suva. En vertu des diagnostics neurologiques posés, l'experte avait conclu à une capacité de travail résiduelle de 50% dans l'activité de conseillère à la clientèle exercée à cette époque par la recourante (voir ci-dessus c. 4.2). Or, l'expertise du 5 mai 2015 mentionne certes aussi les microlésions cérébrales déjà évoquées, révélées par IRM, et force est de reconnaître que ces atteintes demeurent pérennes. Néanmoins, les experts mentionnent expressément une amélioration de l'évolution de l'état de santé de la recourante sur le plan neuropsychologique, aspect qui avait précisément justifié l'octroi de la demi-rente en 2005, et les limitations de la capacité de travail reconnues par les experts procèdent nouvellement d'une origine somatique rhumatologique – à savoir la tendinite et la désinsertion partielle du muscle tibial postérieur gauche, la fasciite plantaire et l'éperon calcanéen déjà

décrits plus haut (c. 4.3.1) –, différente de celle, neurologique, retenue en 2005. Au surplus, si ces diagnostics somatiques provoquent certes des limitations de nature physique dans l'exercice d'une activité lucrative, ils n'ont cependant pas d'incidence sur les activités exigibles décrites dans le profil d'exigibilité établi par les experts, contrairement à ce qui était le cas des limitations d'origine neuropsychologique retenues dans l'expertise neurologique du 11 juin 2004. Il s'ensuit qu'il s'agit là d'un changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité et, donc, le droit à la rente, au sens de la jurisprudence précitée (voir ci-dessus c. 2.4) relative à l'art. 17 al. 1 LPGA. C'est donc à juste titre que l'intimé a reconnu la présence d'un motif de révision permettant un examen complet tant sous l'angle des faits que du droit sans être lié à de précédentes estimations de l'invalidité (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; SVR 2011 IV n° 37 c. 1.1).

5.

Sur cette base, il reste à évaluer le degré d'invalidité de la recourante.

5.1 Pour procéder à la comparaison des revenus selon la méthode ordinaire d'évaluation de l'invalidité (voir c. 2.1 ci-dessus), il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance ou de la modification du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être prises en compte (ATF 129 V 222). En l'occurrence, la décision contestée a été rendue le 15 mars 2016 et la diminution ou la suppression de la demi-rente concernée prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI). Il s'ensuit que l'année 2016 représente en l'occurrence l'année de référence pour la comparaison des revenus – et non pas 2014, comme l'intimé l'a retenu. Toutefois, comme l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) relative à 2016, publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), n'était pas encore disponible à la date où la décision contestée a été rendue, on ne peut reprocher à l'intimé de s'être fondé sur les données

statistiques de l'année 2014, l'essentiel étant, dans la comparaison des revenus, de prendre des revenus avec et sans invalidité relatifs à la même année.

5.2 Pour déterminer le *revenu de personne valide*, il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser sans atteinte à la santé, selon un degré de vraisemblance prépondérante (exigence de preuve applicable en droit des assurances sociales: ATF 138 V 218 c. 6) au moment du début (ou de la modification) potentiel du droit à la rente. Il y a lieu en règle générale de prendre pour base le dernier salaire gagné par la personne assurée, en l'adaptant le cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires réels (ATF 139 V 28 c. 3.3.2, 134 V 322 c. 4.1).

L'Office AI Berne a retenu comme salaire sans invalidité un revenu annuel de Fr. 93'073.-, correspondant à celui d'une employée postale de Fr. 89'800.- en 2010 indexé à l'année 2014. En l'espèce, il apparaît toutefois plus approprié de se fonder sur le dernier salaire le plus haut attesté par l'employeur de l'assurée (C. _____) en 2003, soit Fr. 82'178.- correspondant à l'emploi de conseillère à la clientèle commencé le 1^{er} mai 2001, que la recourante aurait vraisemblablement poursuivi sans atteinte à la santé (bien qu'elle ne l'ait pratiquement pas exercé au taux prévu eu égard à l'accident survenu fin 2000, peu avant l'entrée en service). Indexé à 2014, ce montant représente un revenu hypothétique de valide de Fr. 93'845.- (Indice suisse des salaires nominaux, table T1.93, femmes, secteur tertiaire: 113.4 points en 2003 et 129.5 points en 2014).

5.3 Lorsque, depuis la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'a plus exercé d'activité lucrative, ou du moins plus d'activité exigible adaptée à son état, l'évaluation du *revenu d'invalidé* peut se fonder, selon la jurisprudence, sur l'ESS (ATF 139 V 592 c. 2.3; SVR 2014 IV n° 37 c. 7.1). Au vu du profil d'exigibilité défini par l'expertise pluridisciplinaire du 5 mai 2015 (voir ci-dessus c. 4.3.1 et 4.3.3), de l'expérience professionnelle et des qualifications de la recourante, il faut reconnaître que celle-ci ne met pas pleinement à profit sa capacité de travail dans l'emploi exercé actuellement dans une jardinerie à un taux d'occupation de 30%. C'est donc à bon droit que l'Office AI Berne s'est

basé sur l'ESS pour estimer le revenu d'invalidé de l'assurée. Cependant, la prise en compte du revenu statistique correspondant aux activités informatiques et aux services d'information avec un niveau de qualification 3 (tâches pratiques complexes nécessitant un vaste ensemble de connaissance dans un domaine spécialisé), comme l'a retenu l'intimé, s'avère difficilement justifiable au vu de la longue période de dix ans s'étant écoulée depuis que la recourante s'est vue contrainte de quitter son emploi de conseillère à la clientèle. Eu égard à ces circonstances, il apparaît plus approprié de se fonder sur le revenu statistique de l'ESS 2014 pour les activités de services administratifs et de soutien avec le niveau de compétences 2 (tâches pratiques). Ce faisant, en prenant en compte un revenu statistique mensuel de Fr. 4'824.- (ESS 2014, table TA1, femmes) à adapter selon le facteur 41,7/40 heures par semaine compte tenu de la durée normale du travail en 2014, par rapport à la valeur standardisée de 40 heures par semaine servant de base à l'ESS (ATF 126 V 75 c. 3b/bb), on parvient à un revenu d'invalidé déterminant de Fr. 60'348.-.

5.4 En comparant ainsi le revenu d'invalidé obtenu de Fr. 60'348.- avec le revenu sans invalidité défini ci-dessus de Fr. 93'845.-, il en résulte une perte de gain de Fr. 33'497.- et un degré d'invalidité de 36% (après arrondissement; ATF 130 V 121), taux qui est inférieur au degré d'invalidité minimal de 40% nécessaire pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

5.5 En application de l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI, c'est dès lors à juste titre que l'Office AI Berne a procédé à la suppression de la demi-rente d'invalidité de la recourante avec effet au premier jour du deuxième mois qui a suivi la notification de la décision contestée du 15 mars 2016 (formulation légale moins ambiguë que celle figurant dans le prononcé attaqué; voir ci-dessus c. 1.1), l'effet suspensif du présent recours ayant par ailleurs été retiré.

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

6.2 La recourante n'obtenant pas gain de cause, les frais de la présente procédure, fixés à un émolument forfaitaire de Fr. 800.-, doivent être mis à sa charge (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais fournie.

6.3 Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

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