

200.2014.26.AI

CHA/BEJ

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

Jugement du 6 janvier 2015

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
D. Baldin et M. Moeckli, juges
A. de Chambrier, greffier



A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 20 novembre 2013

En fait:

A.

A. _____, née en 1979, mariée, mère d'un enfant mineur, titulaire d'un CFC de vendeuse, a travaillé, en dernier lieu, en qualité de contrôleuse qualité, à 80%, dans une entreprise horlogère. L'assurée a présenté une incapacité de travail attestée médicalement de 100% dès le 12 avril 2011.

B.

Le 8 septembre 2011, l'intéressée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), en invoquant une polyarthrite rhumatoïdale aiguë sur tout le corps depuis mars 2011. L'Office AI Berne a procédé à diverses mesures d'instruction, notamment auprès des médecins traitants et de l'assureur-maladie perte de gain de l'employeur de l'assurée. Après avoir consulté le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) et le rhumatologue traitant, l'Office AI Berne a invité l'assurée à participer à un stage d'observation de quatre à cinq semaines, à un taux d'occupation de 50%, afin d'établir un bilan des potentiels professionnel et médical (BPM). Cette mesure, commencée le 14 janvier 2013, a été interrompue le 30 janvier 2013 pour des raisons de santé. Après nouvelle consultation du SMR et après avoir soumis à l'intéressée les noms des experts, ainsi que les questions qui leur étaient destinées, l'Office AI Berne a requis une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique des Drs C. _____ et D. _____, établie les 4 et 12 juin 2013, avec une synthèse pluridisciplinaire du 17 juin 2013. Par courrier non daté, reçu le 27 juin 2013 par l'Office AI Berne, l'assurée, avis de son rhumatologue traitant à l'appui, a émis des critiques à l'encontre du volet rhumatologique de l'expertise précitée, notamment concernant le déroulement de celle-ci. Après avoir obtenu une prise de position de l'expert en rhumatologie impliqué dans l'expertise bidisciplinaire, l'Office AI Berne a informé l'assurée, par préorientation du 30 août 2013, qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations, faute d'atteinte à la santé invalidante, en joignant à son courrier la prise de

position susmentionnée. En dépit des objections formulées par l'intéressée, dans un deuxième temps, par l'intermédiaire d'une mandataire, et après consultation du SMR, l'Office AI Berne a confirmé le contenu de sa préorientation par décision du 20 novembre 2013.

C.

Le 8 janvier 2014, l'assurée, toujours représentée par la même avocate, a interjeté recours contre la décision précitée de l'Office AI Berne du 20 novembre 2013 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant, sous suite des frais et dépens, à son annulation et, principalement, au renvoi de la cause à l'intimé en ordonnant l'établissement d'une expertise basée sur une observation continue de sa situation dans une institution francophone et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé en ordonnant l'établissement d'investigations radiologiques supplémentaires.

Le 14 février 2014, l'Office AI Berne a renoncé à son droit de répondre, renvoyé à la décision attaquée et conclu au rejet du recours. Le 19 mars 2014, la mandataire de la recourante a fait parvenir sa note d'honoraires au TA.

En droit:

1.

1.1 La décision du 20 novembre 2013 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et rejette la demande de prestations AI présentée par l'assurée. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir, représentée par une mandataire dûment légitimée, 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] 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 Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

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

2.2 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). 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 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2007 IV n° 47 c. 2.4). 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). Compte tenu de la difficulté inévitable d'établir la preuve de douleurs, la pratique part du principe que les plaintes subjectives de la personne assurée ne suffisent pas en soi à fonder une incapacité de travail (partielle); il faut bien plus exiger, dans l'examen des prestations découlant du droit des assurances sociales, que les plaintes se rapportant aux douleurs soient suffisamment explicables par des diagnostics médicaux spécialisés idoines et concluants (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

2.3 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 c. 4, 125 V 256 c. 4). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (cf. art. 16 LPGA).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les

plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.

Concernant l'état de santé et la capacité de travail de la recourante, il ressort du dossier, en particulier, les éléments suivants.

3.1 Le 6 mai 2011, le spécialiste en rhumatologie traitant de l'assurée (qui a également une spécialisation en médecine interne) a retenu le diagnostic d'une polyarthrite rhumatoïde probable. Il mentionnait que les douleurs aux mains, aux pieds et aux genoux étaient survenues d'un jour à l'autre, s'accompagnant très rapidement d'une tuméfaction importante des doigts, du dos des mains, des avants-pieds et des genoux. Les douleurs qu'il décrivait étaient pratiquement constantes, de jour et de nuit et s'accompagnaient d'une raideur matinale de près d'une heure. Il précisait en outre que le bilan biologique ne montrait pas de syndrome inflammatoire, les facteurs anti-nucléaires et anticorps anti-CCP étant négatifs. Au status ostéo-articulaire, il notait une synovite évidente des articulations métacarpo-phalangiennes (MCP) et proximales (IPP), une limitation de la mobilité des doigts et une très nette diminution de la force de préhension. Il relevait des douleurs à la palpation de la base des orteils, sans tuméfaction objective et constatait que les genoux étaient actuellement calmes, comme les autres articulations, qui étaient calmes et bien mobiles. Il ajoutait que la radiographie de la main gauche ne montrait pas d'altération osseuse, pas d'érosion, ni de calcification des tissus mous. Il précisait encore que la négativité des sérologies et de la radiologie n'excluait pas le diagnostic d'une polyarthrite rhumatoïde, ceci d'autant plus que ces examens avaient été faits au début des symptômes. Selon lui, la réponse spectaculaire à la cortisone parlait également en faveur d'un tel diagnostic. Il relevait aussi que depuis l'arrêt de ce traitement, les douleurs

étaient revenues pratiquement comme au début. Le 20 juillet 2011, il a confirmé le diagnostic posé. Dans son rapport du 11 novembre 2011, il a retenu comme diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, une polyarthrite rhumatoïde séronégative et une pneumopathie allergique liée au méthotrexate. Il indiquait que les douleurs articulaires aux mains et aux poignets étaient toujours très importantes et qu'il avait constaté l'existence de synovites des poignets, des mains et des pieds. Le 24 janvier 2012, après l'échec de la précédente thérapie (voir notamment dossier de l'Office AI Berne [dos. AI] document [doc.] 19 p. 12 et 13), le rhumatologue traitant a constaté une certaine amélioration de la situation avec diminution des douleurs depuis la prescription d'injections de Simponi. Le 20 mars 2012, il a mentionné que l'évolution était actuellement tout à fait satisfaisante: sur le plan articulaire, les douleurs avaient nettement régressé avec le traitement précité, le fond douloureux était nettement moins important et les crises aiguës ne survenaient qu'une à deux fois par mois. Le 13 septembre 2012, il a mentionné que les douleurs articulaires liées à la polyarthrite s'étaient à nouveau aggravées. Il précisait que l'ancienne activité lucrative de la recourante n'était pas compatible avec son état de santé et que la tentative de reprise du travail, à raison de trois heures par semaine, entreprise en août 2012, avait dû être interrompue pour des raisons médicales. Le 21 juin 2013, en réaction à ce que sa patiente lui avait rapporté de l'avis exprimé par l'expert en rhumatologie, le rhumatologue traitant a confirmé le diagnostic d'une polyarthrite rhumatoïde séronégative, en précisant que celui-ci avait été établi au printemps 2011 sur la base des critères alors en cours. Il a ajouté que le traitement à l'Orencia (médicament biologique), qu'il prescrivait à l'époque à l'assurée semblait efficace, cette dernière étant nettement soulagée. Le 28 octobre 2013, répondant à des questions de la mandataire de l'assurée, le rhumatologue traitant a précisé que les critères de la polyarthrite rhumatoïde étaient bien définis par les sociétés américaines et européennes en rhumatologie et que les déformations ne figuraient pas dans ces critères. Il a ajouté que le but des traitements actuels était précisément d'éviter les déformations des mains et des doigts, qui étaient dues aux destructions articulaires, et que l'absence de déformation ne remettait donc pas en cause le diagnostic posé. Selon lui, les douleurs et la fatigue que l'assurée avait ressenties durant le BPM pouvaient s'expliquer par la maladie rhumatismale, la fatigue faisant partie

des symptômes de cette maladie. Il relevait que le BPM avait nécessité des déplacements journaliers qui n'avaient pas amélioré pas la situation. Un séjour continu pourrait, de son avis, s'avérer utile pour évaluer les possibilités fonctionnelles et la capacité de travail de l'assurée. Le 10 décembre 2013, dans un courrier adressé à la mandataire de l'assurée, le rhumatologue traitant a précisé qu'il se rendait très souvent aux congrès de rhumatologie européens et qu'il n'avait jamais entendu parler des critères établis par la clinique universitaire de Bochum (voir c. 3.8 ci-dessous). A sa connaissance, actuellement, les rhumatologues hospitaliers et libéraux se basaient sur des critères diagnostiques établis par l'American College of Rheumatology (ACR) et l'European League Against Rheumatism (EULAR) en 2009. Le rhumatologue expliquait que dans ces critères figuraient essentiellement l'atteinte articulaire, mais qu'on ne parlait pas spécifiquement de tuméfaction objective car il était actuellement bien établi que la synovite pouvait être présente et visible dans les investigations radiologiques, en particulier dans l'IRM ou l'ultrasonographie et ne se voyait pas forcément cliniquement. En outre, il a ajouté qu'avec les médicaments actuellement sur le marché et, plus spécifiquement, les biologiques, le but était d'éviter les synovites et, par conséquent, les destructions articulaires.

3.2 Dans son rapport du 24 mai 2011, le spécialiste en médecine interne traitant de l'assurée a également retenu le diagnostic d'une polyarthrite rhumatoïde probable, justifiant une incapacité totale de travailler dès le 13 avril 2011, y compris dans une activité adaptée. Il précisait que si la maladie n'était pour l'heure pas stabilisée, le pronostic à moyen terme était bon. Le 24 septembre 2011, il a constaté que la polyarthrite précitée, ainsi qu'une pneumopathie au méthotrexate et un état dépressif avaient un effet sur la capacité de travail de l'assurée. Sans incidence sur la capacité de travail, il retenait une tachycardie supraventriculaire récidivante, une endométriose et une gonalgie droite sur instabilité. Il soulignait que les problèmes pulmonaires compliquaient la prise en charge des troubles rhumatologiques et que l'assurée était désormais traitée pour son trouble anxio-dépressif. Il décrivait notamment une tuméfaction du visage et une prise de poids engendrées par la cortisone, des tuméfactions douloureuses aux mains et aux chevilles, ainsi

qu'une thymie dépressive. Il précisait que la situation rhumatismale était loin d'être stabilisée et se trouvait toujours dans une phase aiguë. Selon lui, l'incapacité totale de travailler résidait essentiellement dans l'impossibilité d'utiliser les mains en raison de la persistance de douleurs inflammatoires importantes avec tuméfaction et limitation de la mobilité. Dans son rapport du 12 avril 2012, il a noté que la pneumopathie et l'état dépressif ne jouaient plus qu'un rôle mineur. Il relevait une lente amélioration de l'état de santé de la recourante depuis le mois de février 2012, tout en maintenant une incapacité totale de travailler. Sur le plan rhumatismal, il expliquait que l'évolution était enfin favorable, les douleurs et les épisodes d'arthrite étaient en diminution et les doses de cortisone, longtemps très élevées, avaient pu être réduites. Il a rappelé que la recourante souffrait depuis avril 2011 d'un rhumatisme inflammatoire, compatible, selon le rhumatologue traitant, avec une probable polyarthrite rhumatoïde séronégative. Le 30 juillet 2012, il a confirmé une amélioration de l'état de santé de la recourante et indiqué que le rhumatisme inflammatoire était en voie de stabilisation et de maîtrise. Il ajoutait qu'en accord avec le rhumatologue traitant, la recourante et l'employeur de cette dernière, il avait été décidé de reprendre une activité professionnelle, à raison de 3 heures hebdomadaire (travail thérapeutique).

3.3 L'assurée a été hospitalisée en raison d'une dyspnée du 29 juin au 7 juillet 2011. Le rapport de sortie du 12 juillet 2011 indiquait comme diagnostics une pneumopathie au méthotrexate (alvéolite allergique au méthotrexate), une polyarthrite rhumatoïde séronégative, une tachycardie supraventriculaire récidivante, une anémie normocytaire normochrome limite, avec un diagnostic différentiel de "inflammatorisch bedingt" et une endométriose. Ce rapport mentionnait en outre qu'il n'y avait pas eu d'indication de douleurs articulaires, les articulations métacarpo-phalangiennes n'étaient pas enflées et une nouvelle détermination des facteurs anti-nucléaires, anticorps anti-CCP et rhumatoïdes s'étaient révélés négatifs. Le 15 septembre 2011, le pneumologue traitant a rapporté qu'il existait des signes cliniques et anamnestiques d'une résurgence de l'arthrite rhumatoïde. Le 31 octobre 2011, il relevait une aggravation de la dyspnée, mais, le 19 décembre 2011, constatait une amélioration de l'état de santé de la recourante sur le plan pulmonaire. Dans son rapport du

9 janvier 2012, le pneumologue traitant mentionnait, au titre des diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, une polyarthrite rhumatoïde séronégative. Il a également mentionné cette pathologie sous la rubrique "constat objectif" et précisé que, sur le plan pulmonaire, il existait une dyspnée d'effort propre à influencer la capacité de travail dans une activité physique.

3.4 Dans son rapport du 9 octobre 2012, le spécialiste en médecine interne du SMR a indiqué, comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail, une polyarthrite rhumatoïde séronégative, constaté que l'état de santé n'était pas stabilisé et qu'il n'était pour l'heure pas possible d'établir un profil d'exigibilité définitif. Il constatait, que selon lui, le début et l'évolution de l'incapacité de travail étaient plausibles sur le plan médical et recommandait d'attendre et d'examiner l'évolution de la situation.

3.5 Dans le rapport médical établi pour le BPM du 4 février 2013, la spécialiste en médecine générale du SMR, sans remettre en question les diagnostics posés, a insisté sur le manque de signes objectifs concernant la polyarthrite. Elle relevait que la description faite par l'assurée à l'entretien de douleurs "qui lui tirent dans le dos" n'était pas non plus un signe typique d'un rhumatisme des articulations. Selon elle, les constats objectifs ne justifiaient pas une incapacité totale de travailler et elle se demandait si les médecins traitants ne donnaient pas trop de poids aux douleurs subjectives de l'assurée. Elle estimait que, même avec une inflammation floride des articulations des mains, le comportement, rapporté par l'assurée, concernant l'interruption de la reprise informelle du travail, en août 2012, en raison des douleurs ressenties, était très spécial et correspondait au comportement d'une personne atteinte de troubles somatoformes ou d'autres douleurs non organiques.

3.6

3.6.1 Dans le volet psychiatrique du 4 juin 2013 et dans la synthèse du 17 juin 2013 de l'expertise bidisciplinaire, l'expert psychiatre a diagnostiqué des troubles de l'adaptation, avec une réaction dépressive d'automne 2011 à mai 2012 (F43.21, selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10], de l'Organisation

mondiale de la santé [OMS]) et un soupçon de syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F45.4). Il relevait que la recourante souffrait de douleurs chroniques, en ne présentant toutefois que peu d'indices d'une composante psychosomatique. Elle n'était guère fixée sur ses douleurs qui ne représentaient pas l'élément principal de ses préoccupations, mais présentait une légère appréhension hypocondriaque. Par ailleurs, il mentionnait que les douleurs des parties molles diagnostiquées par le rhumatologue étaient probablement d'ordre psychosomatique, mais qu'un trouble somatoforme douloureux persistant ne pouvait pour l'heure pas (encore) être établi de façon définitive. Il ajoutait que le mal-être avait pu être traité par un suivi psychologique ambulatoire, sans prise de médicament. De son avis, l'état dépressif réactionnel n'avait jamais été important et n'avait pas limité la capacité de travail. Il n'existait, selon lui, pas d'autres troubles psychiques. Il constatait que, depuis mai 2012, l'état de santé psychique de l'assurée était satisfaisant et que l'organisation régulière du quotidien, l'accomplissement de hobbies et des contacts sociaux pouvaient être maintenus. Sur le plan psychique et psychiatrique, il estimait qu'il n'existait pas de limitation de la capacité de travail, ni de rendement. Selon lui, l'assurée était en mesure d'exercer sa précédente activité.

3.6.2 Dans le volet rhumatologique du 12 juin 2013 de l'expertise bidisciplinaire, ainsi que dans la synthèse du 17 juin 2013, l'expert en rhumatologie a mentionné comme premier diagnostic une arthrite rhumatoïde anamnesticque, en précisant notamment que les anti-nucléaires, anticorps anti-CCP et les facteurs rhumatoïdes étaient négatifs, qu'il n'y avait pas de signe d'inflammation humorale et que l'examen actuel ne révélait pas de signe clinique d'indice d'une maladie rhumatismale et inflammatoire en présence de douleurs importantes persistantes. Comme autres diagnostics, il retenait des douleurs étendues et massives des parties molles avec inclusion du dos sans substrat somatique perceptible, de type panalgie, fibromyalgie et troubles somatoformes douloureux, un genou droit instable, une alvéolite allergique au méthotrexate guérie, une endométriose et un état après divers problèmes gynécologiques de 2003 à 2010 (fausses couches, césarienne et hystérectomie), ainsi qu'une tachycardie supraventriculaire récidivante. L'expert relevait que lors de son

entretien avec l'assurée, celle-ci s'était plainte de douleurs importantes, notamment dans les articulations interphalangiennes distales et que de fortes douleurs dans le dos étaient évoquées. Lors de son examen clinique, il n'avait cependant constaté aucun signe d'une actuelle maladie rhumatismale inflammatoire. Vu que les résultats au dossier, pris en compte pour poser ce diagnostic en 2011, remplissaient de justesse les conditions permettant de retenir une arthrite rhumatoïde, il estimait qu'il ne pouvait pas exclure une telle maladie; ses propres constatations, ainsi que certaines incohérences ne lui permettaient, toutefois, pas non plus de confirmer un tel diagnostic. Il déduisait clairement de son examen clinique, au premier plan, une douleur étendue, parfois importante de la surface corporelle n'épargnant que la région du fessier. Selon ses observations, les douleurs étaient en partie déjà déclenchées par un faible stimulus tactile superficiel et étaient loin de se limiter aux articulations. Il qualifiait aussi l'hypothèse d'une fibromyalgie secondaire d'in vraisemblable, notamment en raison des réactions de l'assurée aux points de contrôle. Selon lui, des limitations physiques ne pouvaient être objectivées ni pour une arthrite rhumatoïde, ni pour une panalgie. Hormis l'instabilité du genou droit, qui était sans incidence sur l'activité précédemment exercée par l'assurée, il estimait que toutes les fonctions de cette dernière étaient intactes et l'exigibilité ne devrait être déterminée que par des facteurs extra-somatiques. L'expert ajoutait enfin que la situation de l'assurée devrait être réexaminée à relativement court terme et que la réalisation d'une scintigraphie osseuse pourrait être utile. Sur le plan rhumatologique, l'expert ne pouvait justifier aucune limitation, ni de la capacité de travail, ni du rendement.

3.7 Dans son rapport du 22 octobre 2013, le spécialiste en rhumatologie, auquel le rhumatologue traitant a adressé l'assurée pour un deuxième avis, a confirmé le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative. A l'examen de l'assurée, il a noté la présence de douleurs à la palpation des IPP III à V du côté gauche et II à V du côté droit, ainsi que des MCP II à V des deux côtés, des deux poignets, de la partie externe des coudes, de la région sous-malléolaire externe et interne des deux côtés. Il a également relevé que l'étreinte des MTP était aussi douloureuse, mais qu'il n'y avait pas de synovite. Ses constatations confirmaient, selon lui, le

diagnostic de polyarthrite susmentionné. Il relevait l'exacerbation des plaintes lorsque la recourante avait dû stopper son traitement biologique en juillet 2013, en raison de problèmes neurologiques et indiquait que cela parlait en faveur d'une activité persistante de la polyarthrite, même si celle-ci était alors moins marquée depuis la reprise du traitement d'Orencia. Constatant l'absence de synovite sur le plan clinique, de syndrome inflammatoire mis en évidence par le bilan biologique et les marqueurs rhumatologiques négatifs, il faisait valoir qu'une IRM des mains et des poignets permettrait d'obtenir des éléments plus objectifs et de mettre à jour des synovites infracliniques.

3.8 Dans sa prise de position du 12 novembre 2013, la spécialiste en médecine générale du SMR a souligné que l'on ne trouvait pas de signes objectifs d'une arthrite et pas de signe d'inflammation. A ses yeux, le diagnostic posé par les médecins traitants n'expliquait pas suffisamment les symptômes. Elle avançait que les critères établis par la clinique universitaire de Bochum pour pouvoir retenir un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde n'étaient pas remplis. Elle ajoutait que l'AI, pour octroyer des prestations, ne devait pas se baser sur des pathologies si faibles, qu'elles n'étaient pas décelables cliniquement et qu'il faille, pour les mettre à jour, procéder à la recherche d'éventuels signes par le biais d'investigations spéciales. Elle reprochait aux médecins traitants de ne pas avoir donné, contrairement au rhumatologue impliqué dans l'expertise bidisciplinaire, de description du statut corporel et des articulations et de s'être chaque fois référés aux données de l'anamnèse et au plan thérapeutique. Selon elle, l'expertise bidisciplinaire avait une valeur probante entière.

4.

4.1 L'Office AI Berne a retenu une absence d'atteinte à la santé invalidante en se fondant essentiellement sur l'expertise bidisciplinaire de juin 2013 et l'avis du SMR. La recourante conteste la valeur probante de cette dernière, en remettant notamment en question l'indépendance des experts choisis, la compétence de l'expert en rhumatologie, ainsi que le

contenu de son expertise. En outre, elle relève que l'examen personnel réalisé par ce dernier, le 12 juin 2013, était humiliant et inacceptable.

4.2 L'expertise bidisciplinaire de juin 2013 se fonde sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assurée et repose sur un exposé clair des faits. Les experts ont procédé eux-mêmes à un examen personnel de la recourante et ont pris en compte les plaintes subjectives de cette dernière, son anamnèse et les autres documents au dossier de la cause. Concernant ce dernier point, contrairement à ce que soutient la recourante, l'expert en rhumatologie n'a pas repris des rapports au dossier que les éléments en sa défaveur (recours art. 9 p. 10). Il a notamment mentionné les importantes tuméfactions des articulations et les raideurs matinales relevées dans le rapport du rhumatologue traitant du 6 mai 2011, ainsi que la présence de synovites des poignets, des mains et des pieds dans le rapport du 11 novembre 2011 (dos. AI doc. 63.1 p. 2). En outre, le seul fait que les experts aient été désignés par le SMR ne porte pas atteinte à la valeur probante de l'expertise, l'élément déterminant étant la qualité intrinsèque de celle-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/bb; SVR 2009 IV n° 50 c. 4.3). De plus, les reproches avancés par la recourante ne permettent pas de mettre en doute la qualification de l'expert en rhumatologie. En effet, l'annonce d'un départ d'un canton concernant l'autorisation d'exercer à titre indépendant ne correspond pas encore à une interdiction de pratiquer et ne permet pas, sans autres arguments, de conclure à un manque de connaissance ou de formation de l'expert concerné. A ce titre, il est permis de relever que, contrairement à ce qu'allègue la recourante, l'expertise rhumatologique ne mentionne pas les critères de la clinique universitaire de Bochum. Les autres critiques émises par la recourante ne remettent pas non plus en cause la fiabilité de l'expertise rhumatologique. Si l'expert en rhumatologie a confondu le nom de l'employeur de l'assurée avec une autre entreprise horlogère au chiffre 2.4 de l'expertise (dos. AI doc. 63.1 p. 7 et recours art. 9 p. 11), il a indiqué le bon employeur à la page précédente (dos. AI doc. 63.1 p. 7 ch. 1.3, auquel le ch. 2.4 précité renvoie). Une telle imprécision ne saurait en aucun cas révéler, comme l'allègue la recourante, que l'expert ne l'a pas écoutée d'une oreille attentive. Par ailleurs, si on ne peut nier à la lecture du courrier de la recourante, reçu par l'intimé le 27 juin 2013, que celle-ci a mal vécu

l'expertise rhumatologique du 12 juin 2013, les éléments rapportés, insuffisamment étayés, ne justifient pas la remise en question de ladite expertise (dos. AI doc. 64 p. 1). Dans son recours, l'assurée n'insiste d'ailleurs pas sur le caractère inapproprié du déroulement de l'examen du 12 juin 2013. De même, elle n'insiste plus à l'appui de son recours sur les problèmes de compréhension liés à la langue de l'expert (invoqués dans le courrier précité, reçu par l'intimé le 27 juin 2013). A ce titre, il est permis de relever qu'une expertise rédigée dans une autre langue nationale que celle de l'assurée n'en perd pas pour autant sa valeur probante (TF 9C_7/2014 du 27 mars 2014 c. 4.1). En outre, l'expert concerné a été en mesure de comprendre l'assurée et de rapporter avec précision les descriptions et les plaintes de cette dernière, qui ne parle pas l'allemand. Le fait que la recourante aurait rapporté à son rhumatologue traitant que l'expert avait nié l'existence d'une polyarthrite rhumatoïde, en s'appuyant, entre autres, sur la réaction allergique au méthotrexate (dos. AI doc. 64) – alors que ni l'expertise, ni son auteur dans la prise de position du 10 juillet 2013 ne contiennent de tels propos (dos. AI doc. 69) – révèle certes que la recourante a, peut-être, eu certaines difficultés à comprendre l'expert, mais ne permet en aucun cas d'établir la réciproque, à savoir que ce dernier aurait eu des problèmes semblables ou aurait été incapable d'examiner une patiente francophone dans les règles de l'art. Au surplus, s'il existe des divergences entre les experts et les médecins traitants quant à la capacité de travail de la recourante, on ne constate pas de contradictions, ni même d'oppositions importantes entre leurs rapports pour ce qui concerne les diagnostics posés (voir c. 4.3 ci-dessous). L'expert n'a pas affirmé, comme le prétend la recourante, qu'il n'y avait jamais eu de signes objectifs d'une polyarthrite rhumatoïde, mais a uniquement relevé que les éléments constatés à l'époque ne permettaient de poser un tel diagnostic que de façon limite. Contrairement à ce que prétend la recourante, il n'a pas non plus allégué que l'absence de déformations empêchait un tel diagnostic. Au vu de ce qui précède et au regard de leurs observations cliniques, il faut admettre que les conclusions des experts sont 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. L'expertise bidisciplinaire du 17 juin 2013

satisfait aux exigences jurisprudentielles (voir c. 2.3 ci-dessus) et est probante.

4.3 Si tous les médecins ont constaté l'existence d'un état douloureux, l'origine de ce dernier est discutée. Les médecins traitants estiment qu'il résulte d'une polyarthrite rhumatoïde séronégative (le médecin interniste traitant mentionne également un rhumatisme inflammatoire dans son rapport du 12 avril 2012). L'expert en rhumatologie ne peut ni confirmer, ni démentir ce diagnostic et fait également valoir des causes extra-somatiques (de type panalgie, fibromyalgie et troubles somatoformes douloureux). La généraliste du SMR, dans sa dernière prise de position du 12 novembre 2013, nie l'existence d'une polyarthrite rhumatoïde, en constatant qu'il n'existe pas de signes objectifs d'une arthrite, ni d'inflammation et que les critères établis par la clinique universitaire de Bochum ne sont pas donnés. Tous les médecins consultés indiquent que les examens sérologiques sont négatifs et ne révèlent quasiment pas de signes d'inflammation. Le rhumatologue traitant ne conteste pas les constatations cliniques de l'expert en rhumatologie, mais explique que la synovite ne se voit pas forcément cliniquement. Il ajoute que le but des traitements actuels, en particulier biologiques, est d'éviter les synovites, mais que celles-ci peuvent être décelées par le biais d'investigations radiologiques, en particulier dans l'IRM ou l'ultrasonographie (voir c. 3.1 ci-dessus). Le rhumatologue consulté pour un deuxième avis par l'assurée en octobre 2013 confirme le diagnostic d'une polyarthrite rhumatoïde séronégative et relève, qu'en l'absence de synovite sur le plan clinique et faute de syndrome inflammatoire mis en évidence par le bilan biologique et de marqueurs rhumatologiques positifs, il conviendrait de réaliser une IRM des mains et des poignets pour rechercher des synovites infracliniques. L'expert rhumatologue recommande quant à lui la réalisation d'une scintigraphie osseuse. Ainsi, les spécialistes en rhumatologie sont d'avis que la recourante souffre d'une polyarthrite rhumatoïde séronégative ou, à tout le moins, qu'un tel diagnostic ne peut être exclu, et que des examens complémentaires, par imagerie médicale, permettraient de s'assurer de la justesse de ce diagnostic.

4.4 Certes, à l'instar de la généraliste du SMR, on peut s'étonner, au vu des faibles éléments objectifs d'une telle maladie, que la recourante présente une incapacité totale de travailler, ce d'autant plus qu'elle semble toujours être en mesure d'accomplir des tâches ménagères, des hobbies et entretenir une vie sociale. En outre, l'intéressée ne convainc pas lorsqu'elle allègue, à l'appui de son recours, qu'elle n'avait pas été autorisée à prendre ses médicaments lors du BPM, car les observateurs voulaient se rendre compte par eux-mêmes de ses douleurs. En effet, ses dires ne sont aucunement étayés et surprennent, dans la mesure où la prise d'un traitement peut être ordonnée, lorsque celui-ci est exigible et susceptible d'améliorer notablement la capacité de travail (art. 21 al. 4 LPGA et art. 7 et 7a LAI). De plus, il ressort du dossier que le BPM a été établi à un taux de travail de 50%, l'après-midi, du fait que la recourante devait notamment amener sa fille à la crèche et s'injecter ses médicaments le matin (dos. AI doc. 34). Par ailleurs, l'assurée a également dû interrompre la reprise informelle de son travail de contrôleuse de qualité en août 2012, alors qu'à l'époque, rien n'indique qu'elle ne suivait pas les traitements et la médication prescrits. Toutefois, même si ces derniers éléments, ainsi que l'ampleur des douleurs suscitent l'étonnement, on ne peut pas, au vu de l'avis des spécialistes, écarter l'existence de troubles organiques expliquant les douleurs ou, du moins, une partie d'entre-elles, sans procéder à des examens complémentaires. A ce titre, l'avis de la généraliste du SMR ne peut être suivi lorsqu'elle nie l'existence d'une polyarthrite. En effet, cette dernière, qui n'est pas spécialisée en rhumatologie, fait appel à des critères (ceux de la clinique universitaire de Bochum), en se limitant à ces derniers, alors que rien ne permet de penser qu'ils devraient l'emporter sur d'autres critères, en particulier ceux établis par l'ACR et l'EULAR auxquels le rhumatologue traitant se réfère. De plus, la généraliste du SMR se prononce sur la capacité de travail de l'assurée sans prendre en compte l'activité professionnelle minutieuse de cette dernière, qui est chargée d'effectuer des contrôles de mouvement d'horlogerie avec des brucelles et une loupe binoculaire (dos. AI doc. 7 p. 1). Enfin, son raisonnement voulant qu'en l'absence de signe clinique, il ne convient pas de rechercher d'éventuels signes d'une pathologie par le biais d'investigations spéciales étonne et ne peut aucunement être suivi. A ce titre, une rapide recherche internet met en évidence l'importance de l'IRM ou d'une scintigraphie pour

diagnostiquer une polyarthrite rhumatoïde (voir pour exemple: JL DRAPÉ, IRM de la polyarthrite rhumatoïde: une double urgence, dans Journal de radiologie, vol. 89 n° 5, 2008, consultable sur le site <http://www.em-consulte.com/en/article/168240>, ainsi que l'article publié par le Berufsverband Deutscher Rheumatologen, Autoimmunbedingte, entzündlich-rheumatische Krankheiten, consultable sur le site <http://www.bdrh.de/informationen-fuer-patienten/wissenswertes-ueber-rheuma/rheumatoide-arthritis.html>). Au vu de ce qui précède, l'existence de troubles organiques, à l'origine des douleurs invoquées par la recourante, ne peut être exclue et des mesures d'instruction complémentaires sur ce point sont donc nécessaires.

4.5 Les constats des experts relatifs aux autres diagnostics qu'ils posent ne sont pas expressément remis en cause par la recourante. Il ressort ainsi du dossier que les troubles pulmonaires n'ont plus d'incidence sur la capacité de travail depuis, à tout le moins, août 2012 et que l'instabilité du genou n'entraîne pas d'incapacité en lien avec l'activité de contrôleuse de qualité dans l'horlogerie (voir c. 3.2, 3.3 et 3.6 ci-dessus). Il y a également lieu d'admettre, qu'à tout le moins jusqu'à la date de la décision, le syndrome douloureux évoqué par l'expert rhumatologue et la généraliste du SMR (voir ci-dessus c. 3.6.2 et 3.8) n'avait pas de caractère de maladie invalidante au vu de l'évaluation convaincante résultant du rapport de l'expert psychiatre (pas contestée en soi). Ce dernier en effet, bien qu'il soupçonne un syndrome douloureux somatoforme persistant, ne diagnostique pas de comorbidité psychiatrique importante et précise que l'intéressée, en dépit de tendances hypocondriaques et d'extension des maux, ne présente que peu d'indices d'une composante psychosomatique, ne fixant pas ses intérêts sur ses douleurs (quand bien même ce dernier constat est contredit par le rapport de l'institution chargée du BPM; dos. AI doc. 50 p. 4 et 5). Même si on pouvait admettre une affection corporelle chronique (si l'existence de la polyarthrite est confirmée), on ne pourrait parler d'échec de traitement (le traitement biologique dernièrement prescrit apportant des améliorations) et de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Les critères jurisprudentiels pour reconnaître un caractère invalidant au syndrome douloureux ne seraient en tout cas pas réalisés avec suffisamment d'intensité. On ne pourrait admettre qu'il

est inexigible de la recourante qu'elle surmonte l'éventuel syndrome douloureux dont elle souffre (ATF 137 V 64 c. 4.1, 136 V 279 c. 3.2.1, 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.3). Toutefois, la problématique d'éventuels troubles non organiques devra être prise en compte, de façon coordonnée, dans la nouvelle appréciation du cas par l'intimé, de même que la problématique du genou, si la capacité de travail pour l'activité dans l'horlogerie devait être remise en question.

5.

Au vu de ce qui précède, l'intimé ne pouvait pas statuer sur le droit à des prestations sans investiguer plus avant la question de l'existence d'une polyarthrite rhumatoïde. Ces investigations sont d'autant plus justifiées que la décision attaquée nie toute atteinte invalidante et refuse à la recourante toute prestation de l'AI (pas seulement les prestations nécessitant d'atteindre un certain seuil d'invalidité). La décision du 20 novembre 2013 doit ainsi être annulée et le dossier de la cause renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire. Il lui appartiendra de compléter les données médicales, en particulier, en ordonnant une expertise rhumatologique, prenant en compte de nouvelles investigations par imageries médicales (IRM, ultrasonographie et/ou scintigraphie osseuse) et en veillant à actualiser et à coordonner les nouveaux résultats, notamment sur le plan psychiatrique. Au vu des éventuels nouveaux éléments, il incombera à l'intimé de faire préciser la capacité de travail médico-théorique de l'assurée. A l'issue de ces nouvelles mesures d'instruction, l'intimé rendra une nouvelle décision, en se prononçant sur un éventuel droit de la recourante à des prestations, pour toute la durée couverte par l'objet de la contestation.

Les lacunes constatées (notamment l'absence d'imagerie médicale suffisante) et les conclusions même de la recourante justifient dans le cas présent le renvoi de l'affaire à l'administration (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4), un tel renvoi se justifiant également du fait que des mesures de preuve qui seraient prises par le TA seraient limitées à la période courant jusqu'à la date de la décision contestée (limites de l'objet de la contestation), tandis

qu'après annulation et renvoi (cassatoire), l'AI devra statuer en prenant en compte l'évolution jusqu'à la date de la nouvelle décision à rendre.

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre le recours et d'annuler la décision du 20 novembre 2013, ainsi que de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il opère une instruction complémentaire au sens des considérants, puis rende une nouvelle décision.

6.2 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). La recourante, représentée en procédure par une mandataire professionnelle, a droit au remboursement de ses dépens (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 8 janvier 2014 portant sur un total de Fr. 5'121.68, sont fixés à Fr. 4'000.- (débours et TVA compris). En effet, seules les démarches objectivement nécessaires à la défense des intérêts de la recourante dans la présente procédure de recours contre la décision du 20 novembre 2013 peuvent être prises en compte, en fonction de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; ATF 114 V 83 c. 4b; SVR 2006 BVG n° 26 c. 11.3.1).

6.3 Les frais de la procédure de recours fixés forfaitairement à Fr. 700.- sont mis à la charge de l'Office AI Berne qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais de Fr. 700.- versée par la recourante lui est restituée.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais de Fr. 700.-, versée par la recourante, sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 4'000.- (débours et TVA compris), au titre de remboursement de ses dépens pour la procédure judiciaire.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la recourante, par sa mandataire,
 - 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).