

200.2014.834.AI

APA/BEJ

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

**Jugement du 22 janvier 2016**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
A. Aprile, greffière



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

**recourante**

contre

Office AI Berne  
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne

**intimé**

relatif à une décision de ce dernier du 25 juillet 2014

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1962, mariée, mère de trois enfants adultes, au bénéfice d'une formation en hôtellerie effectuée dans son pays d'origine, a travaillé en Suisse de 1992 à 1994 à plein temps, puis, de 1994 à 1998 (à un taux d'environ 70% avec en parallèle des indemnités de l'assurance-chômage), en tant qu'aide de cuisine auprès de deux restaurants. Elle a été engagée de 1998 à 2001 comme ouvrière dans une entreprise active dans la fabrication de composants électroniques et mécaniques pour machines à tailler. A partir de 2002, elle a exercé la profession de cuisinière dans un restaurant repris par son mari et ce, jusqu'en juin 2007, date de remise dudit restaurant. Du 1<sup>er</sup> juillet 2007 au 26 juin 2008, elle a touché des indemnités de chômage. Son mari et elle-même ont eu recours à l'aide sociale de février à décembre de l'année 2010. Après quoi, son mari a retrouvé un emploi (dossier [dos.] AI, document [doc.] 1, 8, 11, 22, 46.1/5, 47.1/5, 51/2-3).

Alléguant un syndrome d'Arnold-Chiari type I (malformation du cervelet pouvant entraîner une syringomyélie, soit la formation d'une cavité dans la moelle épinière) accompagné de douleurs depuis 2007 et ayant conduit à une opération le 7 juin 2010, l'assurée a déposé le 29 juin 2011 à l'Office AI Berne une demande de rente et de mesures professionnelles datée du 28 juillet 2011.

**B.**

Saisi de cette demande, l'Office AI a procédé à diverses mesures d'instruction, notamment auprès des médecins traitants de l'assurée. Le Service médical régional (SMR) a également été consulté. S'appuyant sur l'avis de sa division spécialisée du 8 mars 2012, l'Office AI a communiqué le 12 mars 2012 à l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation n'était actuellement envisageable en raison de la complexité de sa situation médicale. Il a encore recueilli le rapport de la clinique de médecine

générale de l'hôpital universitaire dans lequel la recourante a séjourné en mai-juin 2012. Sur la base d'un rapport du SMR daté du 6 février 2013, l'Office AI a sollicité l'établissement d'une expertise bidisciplinaire (neurologique et psychiatrique; rapport rédigé le 21 mai 2013), puis d'une enquête économique sur le ménage effectuée le 15 janvier 2014 (rapport du 21 janvier 2014).

L'Office AI a averti l'intéressée, par préavis du 1<sup>er</sup> avril 2014, qu'il entendait lui refuser toute rente d'invalidité en raison d'un degré d'invalidité insuffisant dans la mesure où il s'élevait à 30%. Suite aux objections formulées par l'assurée le 7 mai 2014, dorénavant représentée en procédure par une avocate, l'Office AI, après avoir encore consulté son SMR (rapport du 3 juin 2014) et son service des enquêtes (rapport du 11 juillet 2014) a, par décision du 25 juillet 2014, confirmé son refus d'allouer une rente AI.

### **C.**

Par acte daté du 11 septembre 2014, l'assurée, toujours représentée par la même avocate, a recouru contre cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Elle conclut principalement à l'octroi d'une rente complète d'invalidité, subsidiairement, à l'annulation de la décision du 25 juillet 2014 de l'Office AI et au renvoi du dossier en ordonnant l'établissement d'une expertise pluridisciplinaire, le tout, sous suite de frais et dépens. Par ce même acte, l'assurée requiert l'assistance judiciaire, demandant la dispense des frais de procédure ainsi que la désignation et la prise en charge des coûts de l'avocate mandatée en tant que mandataire d'office.

Le 27 octobre 2014, l'Office AI a conclu au rejet du recours et a renoncé pour le surplus à répondre. La mandataire de la recourante, après avoir complété sa requête d'assistance judiciaire par courriers du 26 septembre et du 16 octobre 2014, a fait parvenir sa note d'honoraires le 30 octobre 2014.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision du 25 juillet 2014 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de la recourante à une rente AI. A noter que la décision attaquée, ne faisant que mentionner la possibilité pour la recourante de déposer une demande d'aide au placement, ne se prononce pas sur les mesures de réadaptation, de sorte que cette question ne fait pas l'objet de la présente contestation. L'objet du litige, quant à lui, porte sur l'annulation de cette décision et l'octroi, pour l'assurée, d'une rente AI entière et, subsidiairement, la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire. Sont particulièrement critiqués par la recourante, le respect du droit d'être entendu de cette dernière, la fiabilité de l'expertise du 21 mai 2013 tant sur la forme que sur le fond, l'exigibilité d'une activité lucrative en l'état et la comparaison des revenus.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par une mandataire dûment constituée, le recours est recevable (art. 56 ss 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**

**2.1.1** Le droit à la consultation du dossier selon l'art. 47 al. 1 let. a LPGA fait partie du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst., RS 101]) et s'étend en principe à tous les documents faisant partie de la procédure, indépendamment du fait qu'ils aient une influence sur l'aboutissement de celle-ci (ATF 132 V 387 c. 3.2; RAMA 1992 p. 196 c. 3c). Sont exceptées les pièces dont le traitement confidentiel est imposé par un intérêt prépondérant de l'Etat ou de tiers (RCC 1989 p. 493 c. 2a). En outre, le droit à la consultation du dossier ne s'étend pas aux documents destinés uniquement à l'usage interne de l'administration. De tels documents ne constituent pas des moyens de preuve, mais servent exclusivement à forger une opinion interne à l'administration (ATF 125 II 473 c. 4a; SVR 2011 IV n° 47 c. 5.1.2).

**2.1.2** La recourante allègue une violation de son droit d'être entendue dans la mesure où elle retient que l'Office AI a ajouté, à sa décision du 25 juillet 2014, la prise de position du SMR du 3 juin 2014 et celle du service des enquêtes du 11 juillet 2014 sans qu'elles lui aient été soumises avant le prononcé. Les deux prises de position précitées ont été demandées par l'Office AI à la suite des observations au préavis formulées par l'assurée le 7 mai 2014. Elles ne font que réitérer des positions déjà exposées précédemment dans la procédure. La prise de position du SMR du 3 juin 2014 confirme la valeur du rapport d'expertise du 21 mai 2013 et nie la nécessité d'une expertise pluridisciplinaire ainsi que d'un bilan de capacités de l'assurée dans une institution. Celle du service des enquêtes du 11 juillet 2014, quant à elle, confirme les montants des revenus de la recourante qui ont été retenus dans le cadre de la comparaison des revenus. En l'espèce, les deux prises de position sollicitées en réponse à l'exercice du droit d'être entendue de l'assurée dans la procédure de préavis (art. 73<sup>ter</sup> du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) ne constituent en aucun cas de nouveaux moyens de preuve. Elles ne fournissent qu'une aide à la prise de décision interne suite aux observations de la recourante et revêtent à ce titre le

statut de documents à usage interne de l'Office AI permettant à ce dernier de se forger une opinion. En outre, en tant que partie intégrante de la motivation de la décision, elles ont pour but de répondre aux arguments des observations. De ce fait, point n'était donc besoin, dans cette situation de confirmation d'argumentation et de prononcé, d'entendre l'assurée avant de prendre la décision entérinant le préavis.

**2.2** La recourante invoque, en outre, le fait que la décision ne répond pas de manière suffisante à ses observations formulées le 7 mai 2014 au préavis de l'Office AI du 1<sup>er</sup> avril 2014. Si l'obligation de motiver représente une part importante du droit d'être entendu au sens de l'art. 29 al. 2 Cst. (voir aussi: art. 49 al. 3 LPGA), il n'est pas nécessaire que tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties soient expressément exposés et discutés. En l'occurrence, les points importants en vue de l'appréciation figurent dans la décision. Ainsi que le démontre la motivation topique du recours, la décision du 25 juillet 2014 permet tout à fait de se faire une idée de sa portée et elle mentionne, au moins brièvement, les réflexions qui ont guidé l'Office AI dans ses choix (ATF 136 I 229 c. 5.2, 124 V 180 c. 1a). Le grief de violation du droit d'être entendue de la recourante doit être rejeté sous cet aspect.

### **3.**

**3.1** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'incapacité de gain consiste dans 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). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, 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).

**3.2** 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGGA) 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.

### **3.3**

**3.3.1** Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 LPGGA en relation avec l'art. 7 LPGGA). 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 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2014 IV n° 2 c. 3.1).

**3.3.2** Selon un arrêt de principe rendu par le Tribunal fédéral (TF) le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGGA, et en particulier l'art. 7 al. 2 LPGGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales (1<sup>ère</sup> étape de la preuve de l'atteinte à la santé). 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).

Les experts doivent motiver le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant (ch. F45.40 selon la Classification internationale des

maladies [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. Par ailleurs, le diagnostic du trouble somatoforme douloureux 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. 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 trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (cf. 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 (ATF 127 V 294 c. 5a), les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 c. 2.1.1 et 2.2).

Pour la preuve de l'incapacité de travail (2<sup>ème</sup> étape), dans l'ATF 141 V 281, le TF a renoncé à la présomption du caractère surmontable, en faisant preuve d'un effort de volonté raisonnablement exigible, d'un trouble somatoforme douloureux ou d'un syndrome comparable sans étiologie claire (c. 3.5). De façon inchangée, il conviendra de tenir compte également à l'avenir de la volonté claire du législateur selon l'art. 7 al. 2 LPGa, qui dispose, dans le but d'une perspective objective, de partir du principe qu'une personne est valide (c. 3.7.2). La pratique fondée sur le modèle règle/exception est désormais remplacée 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 d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (c. 3.6). En règle générale, il convient désormais de prendre en considération des

indicateurs standards classés selon leurs caractéristiques communes (c. 4.1.3), qui sont répartis dans les catégories "degré de gravité fonctionnel" (c. 4.3) et "cohérence" (c. 4.4). 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 présentée est de nature juridique (c. 5). 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 (c. 6).

**3.3.3** 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/2015/130 du 15 juillet 2015 c. 2.3).

## **4.**

**4.1** Les documents médicaux recueillis dès l'introduction de la demande de prestations jusqu'à l'expertise permettent de reconstituer une situation qui peut se résumer comme suit.

Dans une lettre du 19 mai 2011 à la généraliste traitante, le neurochirurgien ayant pratiqué l'intervention a fait état d'un status après opération du 7 juin 2010 d'une syringomyélie sur la cervicale C3 avec de bons résultats selon l'IRM du 17 août 2010 (dans un contexte de malformation symptomatique d'Arnold-Chiari de type I), d'atteintes dégénératives aux cervicales, d'une hernie discale symptomatique L5/S1 en régression actuelle selon l'IRM du 18 mai 2011, d'un status après infiltration et d'un soupçon de polymyalgie rhumatismale. Par ailleurs, il a déconseillé toute nouvelle intervention chirurgicale au vu essentiellement du psychisme de la patiente.

Le rhumatologue traitant a quant à lui retenu dans son rapport du 8 juillet 2011 un status après opération d'une malformation d'Arnold-Chiari, des cervicobrachialgies bilatérales secondaires, des lombosciatalgies gauches sur discopathies L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'un état dépressif consécutif aux douleurs chroniques. Il estimait envisageable une activité adaptée à un taux maximum de 50%. Il a précisé, dans son rapport du 25 novembre 2011, que si l'ancienne activité de cuisinière ne lui paraissait pas compatible avec l'état de la patiente, une activité plus légère ne sollicitant pas trop la colonne lombaire et cervicale lui semblait possible à un taux de 50% au maximum et que des mesures professionnelles étaient indispensables. A noter que par courriers des 10 décembre 2010 et 14 juin 2011 à la généraliste traitante, le rhumatologue avait également fait état d'un syndrome fibromyalgique floride et de douleurs polyarticulaires entrant dans ce cadre probable.

La généraliste, dans son rapport du 8 août 2011, en se fondant sur des diagnostics de status post-opération de la colonne cervicale, discopathie et trouble douloureux chronique, a précisé qu'elle avait traité la recourante du mois de janvier 2001 au 25 octobre 2010. Elle a attesté une incapacité de travail de 100% depuis deux ans dans l'activité exercée précédemment, cette dernière n'étant selon elle probablement pas exigible.

Le chirurgien orthopédique, qui avait dirigé la recourante en neurologie en 2010, par lettre du 31 août 2011 adressée au rhumatologue, a mis l'accent sur la présence d'un problème douloureux chronicisé et le fait qu'une solution chirurgicale ne serait d'aucun secours. Selon lui, la capacité de travail devrait être évaluée par un psychologue/psychiatre ou un thérapeute de la douleur.

Dans son rapport du 16 novembre 2011 transmis à l'Office AI par la généraliste, le neurologue auquel le chirurgien orthopédiste a quand même encore adressé la recourante, surtout pour la rassurer sur le plan psychique (dos. AI doc. 15/2), a exclu tout signe de maladie du système nerveux central ou périphérique, la seule observation résultant de ses examens susceptible d'être relevée consistant, de façon inchangée, en une absence de réflexes au talon d'Achille. Finalement, et en raison des

douleurs musculo-squelettiques chroniques, il propose une évaluation psychosomatique stationnaire.

Le rapport du 18 juin 2012, dressé à l'issue d'une hospitalisation dans une clinique universitaire de médecine interne et générale du 16 mai au 8 juin 2012, pose les diagnostics de trouble douloureux chronique d'étiologie et de localisation multiples chroniques avec facteurs somatiques et psychiques et de dépression légère à moyenne (CIM-10 F45.41 et F32.1). Des kystes mammaires et des polypes intestinaux sont mentionnés comme diagnostics secondaires. Il ressort en outre du rapport susmentionné des difficultés de la patiente dans l'évaluation personnelle de ses besoins et des mesures actives à prendre.

La recourante a été dirigée, dès fin août 2012, chez un psychiatre et psychothérapeute (voir dos. AI doc. 33/2 et 34/2). Dans son rapport du 18 octobre 2012, ce dernier a diagnostiqué un trouble dépressif, épisode moyen (CIM-10 F33.00) ainsi que des douleurs chroniques. Il est d'avis qu'une incapacité de travail de 100% est présente depuis 3 ans et qu'une amélioration de la capacité de travail ne doit pas être attendue. Il ajoute que la patiente souffre de douleurs diffuses, troubles de l'équilibre et de symptômes anxio-dépressifs (fatigue, tristesse, angoisses) qui l'empêchent d'exercer une activité lucrative.

**4.2** En tenant compte des observations de son SMR du 6 février 2013, l'Office AI Berne a organisé une expertise bidisciplinaire (neurologique et psychiatrique).

Dans le rapport du 21 mai 2013, l'expert neurologue a diagnostiqué, avec influence sur la capacité de travail, une hernie discale L5/S1 symptomatique par intervalles, des maux de tête suite à l'opération du 7 juin 2010 ainsi qu'un léger syndrome cervical et lombaire. Il estime par contre sans répercussions sur la capacité de travail le tableau de douleurs organiques étendues. De son point de vue, un profil d'activité légère, sans charge substantielle de l'axe du corps, de préférence assis/debout est exigible à 100% avec une réduction de la capacité de travail de 25% en raison de la hernie discale et des maux de tête suite à l'opération.

L'expert spécialiste en psychiatrie et psychothérapie a posé dans ce même rapport les diagnostics de trouble dépressif récidivant léger à moyen, épisode léger actuel F33.0-1, et de troubles somatoformes douloureux persistants avec facteurs somatiques et psychiques F45.4. Cet expert justifie le diagnostic de dépression par la problématique douloureuse, la peur qu'éprouve l'expertisée face au futur et à l'incertitude et ce, également vis-à-vis d'une maladie non encore diagnostiquée, ainsi que par une tendance au catastrophisme. Il relève que la maladie s'avère durable sans rémission subjective. Il exclut cependant la présence de troubles anxieux et hypocondriaques au sens de la CIM-10, de même que des troubles amnésiques ou de la pensée. Il ajoute que l'assurée a encore des joies, des intérêts et des contacts, quand bien même réduits, pas définitivement perdus. Ce même médecin ne relève aucun retrait social, ni de symptomatique psychosociale, malgré des plaintes sur le plan affectif dont l'expertisée peut toutefois être distraite. Il précise que les douleurs décrites le sont de manière vague et légèrement démonstrative pour attirer l'attention. Selon lui, les constats somatiques n'expliquent pas l'ampleur des douleurs, mais il estime que l'expertisée ne s'imagine plus travailler. Il se prononce sur la capacité de travail et de rendement, dans le sens que l'expertisée a besoin de pauses mais présente des facultés d'adaptation, qu'elle peut planifier et structurer et qu'elle est en outre relativement flexible et à même de prendre des décisions. Toujours d'après cet expert, l'assurée ne présente pas de problèmes de contact ou de capacité à être dans un groupe. En raison de sa limitation à la résistance et à l'affirmation personnelle, la capacité de travail et de rendement devrait toutefois être réduite de 10% (depuis environ le mois de juin 2012, faute d'actes psychiatriques appropriés auparavant) et le pronostic s'avérerait sérieusement chargé (chronification, limitation personnelle, fixation sur les symptômes et espoir minime dans les traitements, manque d'introspection de la patiente qui se fixe sur ses handicaps). Selon le même expert, la médication est adéquate et des mesures professionnelles ne sont pas indiquées.

Dans leur appréciation bidisciplinaire, les experts concluent ensemble à une réduction globale de la capacité de travail et de rendement de 30% et considèrent exigible de l'expertisée qu'elle exploite ses aptitudes

résiduelles de 70% dans une activité lucrative adaptée. Ils retiennent en outre tous deux que des mesures professionnelles ne sont pas indiquées.

### **4.3**

Le certificat médical du 8 avril 2014 du rhumatologue traitant, annexé aux observations du 7 mai 2014, mentionne une péjoration considérable des cervicobrachialgies depuis quelques temps. Le spécialiste considère que la patiente n'est pas capable de travailler. Par courrier du 25 août 2014 adressé à la mandataire de la recourante et joint au recours, ce même médecin mentionne avoir constaté une intensification des douleurs et estime, de ce fait, qu'une activité professionnelle lucrative est pratiquement impossible. De son avis, une expertise pluridisciplinaire incluant le plan psychologique est absolument nécessaire. Il exclut en outre toute problématique rhumatologique inflammatoire.

## **5.**

### **5.1**

**5.1.1** 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).

**5.1.2** 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).

## **5.2**

**5.2.1** La recourante allègue que l'expertise du 21 mai 2013 comporte des vices de nature formelle. Elle soulève d'une part que la durée de l'expertise bidisciplinaire était trop courte, dans la mesure où les consultations avec les experts impliqués en date du 30 avril 2014 ont duré chacune moins d'une heure. D'autre part, elle reproche à l'intimé de ne pas avoir mis en place une expertise pluridisciplinaire, seule à même de son avis de déterminer ses réelles capacités.

**5.2.2** La valeur probante d'une expertise médicale ne dépend en principe pas de la durée de l'examen; il est avant tout déterminant que l'expertise soit complète au niveau du contenu et que son résultat soit concluant. Le temps consacré aux questions et à l'évaluation de la psychopathologie nécessaire à toute expertise psychiatrique doit toutefois être adéquat (TF 8C\_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2). En l'espèce, il sied de relever d'emblée qu'un examen médical d'une heure environ doit être qualifié de conforme à la pratique, même sur le plan psychiatrique. Il ressort de leur rapport que les deux experts ont investigué tant les atteintes somatiques que la psychopathologie de la recourante par le biais d'examens et d'une discussion ciblée et adéquate avec cette dernière, en fonction de leur étude préalable approfondie du dossier. L'expertise tant neurologique que psychiatrique du 21 mai 2013 se révèle complète dans la mesure où son contenu permet de comprendre précisément quelle est la situation de la recourante d'un point de vue médical, qu'elle reprend tous les points devant figurer dans une expertise et les développe largement avant de

parvenir à un résultat cohérent quant à son contenu. De plus, il s'agit de prendre en considération le temps nécessaire aux médecins ayant procédé à l'expertise pour l'étude de la totalité du dossier de la recourante. On ne peut donc suivre cette dernière, faute d'un quelconque indice à ce sujet et eu égard à ce qui précède, lorsqu'elle affirme que cette expertise bidisciplinaire ne constitue qu'une discussion avec chacun des médecins consultés et non une expertise en bonne et due forme.

Par souci de complétude, bien que la recourante ne soulève, à raison, pas ce grief, il faut relever que le rapport de l'expert psychiatre montre qu'il n'a pris connaissance que de l'avis psychiatrique ressortant des investigations de la clinique universitaire de médecine générale et que le rapport psychiatrique du 18 octobre 2013 du spécialiste consulté à l'issue du séjour hospitalier lui a échappé (dos. AI doc. 46.1/12). En l'espèce toutefois, cet élément n'est pas en mesure de remettre formellement en cause le caractère fiable du rapport d'expertise du 21 mai 2013 sur le plan psychiatrique. Le rapport du psychiatre traitant a été rédigé de manière très succincte sur la base d'une consultation du 9 octobre 2012, alors que le traitement n'avait commencé que le 30 août 2012. En outre, l'expert psychiatre se fonde sur le même diagnostic (CIM-10 F33.0-F33.1: trouble dépressif récurrent, épisode léger à moyen) que celui posé par le psychiatre-psychothérapeute traitant dans le rapport du 18 octobre 2012 (et celui contenu dans le rapport du 18 juin 2012 de la clinique universitaire). En effet, même si le psychiatre-psychothérapeute retient un trouble dépressif moyen, alors que l'expert psychiatre le qualifie de léger au moment de son examen, ce médecin n'exclut pas des épisodes moyens et en tient compte dans son évaluation.

**5.2.3** L'assurée, qui prétend que des examens seulement bidisciplinaires sont insuffisants, ne cite pas d'autre(s) spécialisation(s) médicale(s), outre celles d'ores et déjà évaluées, à mettre en œuvre dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire. Sa référence à l'avis d'un médecin du SMR (dos. AI doc. 24) ne consiste qu'en une estimation approximative émise par rapport aux mesures d'ordre professionnel et qui n'engageait aucunement son auteur. Le rhumatologue traitant, cité également par la recourante comme favorable à cette expertise pluridisciplinaire, se contente de

mentionner dans sa lettre du 25 août 2014 qu'une expertise pluridisciplinaire incluant le plan psychologique s'avérerait absolument nécessaire, ce qui correspond cependant justement à ce qui a été réalisé par le biais de l'expertise bidisciplinaire, comprenant un volet psychiatrique, mandatée par l'AI. Dans ce même courrier, il exclut en revanche lui-même tout problème rhumatologique inflammatoire. Dès lors, l'on ne saurait en l'espèce retenir la nécessité d'une expertise pluridisciplinaire, faute d'existence d'une quelconque autre problématique médicale qui aurait dû être investiguée par le biais d'une évaluation allant au-delà des observations médicales rapportées dans le rapport d'expertise du 21 mai 2013.

**5.2.4** En conséquence, il faut donc constater que les deux experts ont étudié le dossier de manière complète et l'ont consciencieusement résumé. Ils ont personnellement examiné la recourante le 30 avril 2013. Ils ont en outre retranscrit toutes les plaintes de cette dernière et les ont prises en considération, investiguant également l'anamnèse personnelle et décrivant clairement le contexte médical. Finalement, ils ont motivé toutes leurs conclusions médicales en analysant de façon critique les pièces au dossier et ont rendu une évaluation autonome. Dès lors, sur le plan formel, aucun indice concret ne permet de douter de la fiabilité des conclusions de ces deux spécialistes, quand bien même ils ont été mandatés par l'intimé et, de ce fait, l'expertise du 21 mai 2013 revêt une entière valeur probante (voir ci-dessus c. 5 et ATF 125 V 351 c. 3b/bb; SVR 2009 IV n° 50 c. 4.3).

### **5.3**

**5.3.1** La recourante, sur le plan matériel, en se référant à l'évolution de sa situation médicale et aux différentes appréciations des médecins qui la traitent ou l'ont traitée, reproche aux experts neurologue et psychiatre de minimiser simplement les atteintes qu'elle subit pour aboutir à un résultat négatif quant à la décision d'octroi d'une rente AI.

**5.3.2** La recourante ne peut être suivie lorsqu'elle soutient que le taux d'incapacité de 30% retenu dans l'expertise du 21 mai 2013 ne correspond pas au contenu de cette dernière. Les experts mandatés par l'AI justifient leur évaluation de la capacité de travail sur la base de leurs constatations.

Rien au dossier ne permet de retenir que ces médecins n'ont pas pris en compte l'un ou l'autre élément pour définir la capacité de travail résiduelle de l'assurée. Le fait qu'ils fassent état de limitations (travaux légers, alternance des postures debout/assise) quant à la manière d'exercer une activité professionnelle n'implique pas encore, à lui seul, une réduction de la capacité de travail. Quant à l'absence de réadaptation intervenue sans raison apparente de l'avis de la recourante, elle n'est pas due à un constat médical, mais à l'attitude démontrée par cette dernière (dos. AI doc. 5 p. 1 et 2). Dès lors, aucune contradiction intrinsèque dans l'expertise du 21 mai 2013 ne peut être retenue en l'espèce.

**5.3.3** Notamment quant à la question de l'incapacité de travail, la recourante se prévaut en outre des divergences entre l'expertise et d'autres avis médicaux établis dans le cadre de son suivi médical. Dans ce contexte, il s'agit tout d'abord de relever que la généraliste traitante, quand bien même elle fait état d'une incapacité totale de travail depuis deux ans dans la dernière activité exercée par la recourante, s'en remet, dans son rapport du 8 août 2011, à l'appréciation de l'intimé en décrivant les exigences de sa patiente dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap (voir au surplus dos. AI doc. 13 p. 4 et 6). A noter que le rhumatologue traitant a attesté, quant à lui, une capacité de travail de 50% dans ses rapports de juillet et novembre 2011 et a préconisé par ailleurs des mesures professionnelles, tout en étant tout à fait conscient du fait que la fibromyalgie diagnostiquée n'est en principe pas invalidante au regard de l'AI (dos. AI doc. 13 p. 8). Par la suite (avis des 8 avril et 25 août 2014), il n'a plus articulé de taux précis d'incapacité en précisant uniquement qu'une activité professionnelle lucrative lui paraissait impossible et en conseillant l'organisation d'une expertise pluridisciplinaire. Il apparaît donc que ces praticiens, pour évaluer sa capacité de travail, se sont surtout basés sur les dires de leur patiente et la relation de confiance qui les lie à elle (ATF 125 V 351 c. 3b/cc). Sur le plan somatique, même les médecins auxquels se réfère la recourante ne concluent dès lors pas à une incapacité de travail de façon convaincante. La clinique universitaire qui a dressé un bilan après un séjour hospitalier, quant à elle, ne se prononce pas sur la capacité de travail, alors que les spécialistes ayant opéré la recourante nient plutôt une incapacité de travail au plan somatique et renvoient à une appréciation de

psychologue/psychiatre ou d'un thérapeute de la douleur. Sur le plan psychique, le psychiatre-psychothérapeute traitant manque de précision quant à la question de la capacité de travail. S'il retient dans son rapport du 18 octobre 2012 une incapacité de travail de la recourante de 100% depuis trois ans dans la dernière activité exercée (alors qu'il est consulté depuis moins de deux mois), il se limite à exclure une amélioration potentielle de la capacité de travail en raison de douleurs diffuses et de symptômes anxio-dépressifs, sans pour autant expliciter plus précisément son raisonnement sur ce point. En outre, s'il est vrai que l'expert psychiatre mandaté par l'AI n'a pas pris connaissance de cet avis (voir c. 5.3.1 ci-dessus), il a toutefois retenu un diagnostic identique à celui-ci et n'a pas exclu une dépression de degré moyen. Il a explicité de manière détaillée pour quelle raison il évaluait pour sa part à 10% la réduction de la capacité de travail de la recourante, en éliminant les éléments influençant négativement la situation mais ne relevant pas de l'invalidité. Les autres avis médicaux des spécialistes traitants étaient connus des experts, qui ont rappelé les diagnostics déjà posés au début de leur expertise. Dès lors, il y a lieu de tableer sur l'évaluation autonome des experts, prise en toute connaissance de cause et dûment motivée, notamment quant aux raisons qui les ont poussés à s'écarter des conclusions de leurs confrères.

**5.4** Il s'agit encore d'examiner si la valeur probante de l'expertise datée du 21 mai 2013 résiste à la nouvelle jurisprudence du 3 juin 2015 citée au considérant 3.3.2 ci-dessus. Certes, les résultats de l'expertise se fondent sur les anciens critères jurisprudentiels dits de Foerster (dos. AI doc. 46.1 p. 13) et la présomption selon laquelle les syndromes peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Toutefois, il convient de relever que la même expertise justifie précisément l'admission d'un diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants au vu de la durée et de la gravité des caractéristiques typiques de ces troubles et en dépit de certains traits démonstratifs. En outre, le prétendu traumatisme relatif au fait que la recourante ne s'est longtemps pas sentie prise au sérieux par ses médecins traitants (avant que ne soit posé le diagnostic d'Arnold-Chiari) a été pris en compte par l'expert psychiatre et est couvert par le diagnostic reconnu de troubles somatoformes douloureux persistants (dos. AI

doc. 46.1 p. 8). L'expertise bidisciplinaire décrit les ressources de la recourante, mais également les indicateurs négatifs. Ces éléments précisément mentionnés dans l'expertise permettent au Tribunal de procéder à un bilan selon la nouvelle jurisprudence: il y a certes un trouble somatoforme douloureux persistant, mais les ressources eu égard à la personnalité de la recourante (ponctuelle, amicale et coopérative) et le contexte social (pas de retrait social, ni de symptomatique psychosociale grave) permettent de confirmer l'appréciation des experts, tant au niveau de la capacité de travail que sur l'exigibilité d'une activité lucrative adaptée. L'assurée présente des facultés d'adaptation, de planification et de structuration, se montrant relativement flexible et en mesure de prendre des décisions sans problèmes de contact ou de capacité à être dans un groupe. L'expertise mise en œuvre selon les anciens standards de procédure n'a donc pas perdu sa valeur probante et, en l'occurrence, dans le cadre de l'examen global, et en tenant compte des spécificités du cas 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 2010 c. 6).

**5.5** La recourante, s'appuyant sur le rapport du 8 avril 2014 et sur la lettre du 25 août 2014 émanant du rhumatologue traitant, allègue aussi une péjoration de ses symptômes postérieure à l'expertise et qui n'aurait, à tort selon elle, pas été prise en compte par la décision attaquée. Il est vrai que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 c. 2.1). D'emblée, il s'agit de relever que la lettre du 25 août 2014 rédigée postérieurement à la décision attaquée ne pose pas de nouveau diagnostic et se limite à constater que les douleurs s'intensifient et qu'une activité lucrative paraît de ce fait impossible. Or, ces éléments avaient déjà été relevés dans leur totalité par le certificat médical du 8 avril 2014 établi, lui aussi, par le rhumatologue traitant. Ce dernier avait par ailleurs déjà insisté sur une détérioration progressive des douleurs cervico-brachiales dans sa lettre à l'intimé du 8 février 2013. L'aggravation des cervico-brachialgies "ces derniers temps" citée dans le certificat médical du 8 avril 2014 ne permet donc pas au TA de retenir, avec une vraisemblance prépondérante (degré

de preuve usité en droit des assurances sociales; ATF 138 V 218 c. 6), une dégradation médicale effectivement non prise en compte par les experts et dans la décision attaquée. Ce point de vue se voit du reste conforté par le fait que dans le recours, la recourante mentionne que la détérioration de son état de santé était d'ores et déjà intervenue juste avant l'expertise (recours p. 6).

**5.6** L'expertise revêt donc un caractère probant et ce, également au regard de la nouvelle jurisprudence. Aucune autre mesure d'instruction ne doit dès lors être ordonnée en l'espèce. Les griefs relatifs à la contestation de la fiabilité de l'expertise des points de vue formel et matériel doivent être rejetés.

Il convient en conséquence de se fonder sur une capacité résiduelle de travail et de rendement globale de 70% attestée par les experts dans une activité adaptée aux handicaps (activité légère sans charge substantielle de l'axe du corps et alternant de préférence les positions assis/debout). La capacité de travail de 75% sur le plan organique évaluée par l'expert neurologue vaut dès le moment où les médecins traitants ont relevé qu'une grande part des douleurs n'étaient plus explicables objectivement et qu'un trouble de la douleur sans étiologie claire prenait le dessus, soit au plus tard dès novembre 2011 (dos. AI doc. 46.1 p. 7 qui se réfère aux doc. 15 et 21: rapport du chirurgien orthopédique du 31 août 2011 et du neurologue traitant du 16 novembre 2011). A défaut de plus de précision dans l'évaluation bidisciplinaire, en faveur de la recourante, on peut admettre que la capacité de travail de 70% (et non 75%) vaut également depuis novembre 2011, quand bien même la fixation psychique ne serait intervenue que vers juin 2012 selon l'expert psychiatre (dos. AI doc. 46.1 p. 14).

## **6.**

**6.1** 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).

**6.2** Sur la base du rapport du 21 janvier 2014 de l'enquête effectuée le 15 janvier 2014, l'intimé a procédé à une comparaison de deux revenus hypothétiques, avec et sans invalidité, fondés sur les mêmes bases statistiques. Le résultat du calcul de l'invalidité correspond par conséquent à l'incapacité de travail médicale de 30% découlant de l'évaluation des experts. La recourante n'accepte pas ce mode de faire à ses yeux simpliste. De son avis, les bases de calcul des deux revenus doivent être différentes, puisque l'activité dans le restaurant du mari qui générerait le revenu sans invalidité n'est plus exigible. Selon elle, en l'absence d'investigations sur ses capacités résiduelles de travail, l'intimé ne peut miser sur une reprise à 70%, mais doit admettre qu'elle n'est pas en mesure d'exercer une quelconque activité professionnelle, pour laquelle, du reste, elle ne serait pas formée.

**6.3** En l'espèce, c'est en vain que la recourante tente d'arguer qu'un marché du travail équilibré ne lui offrirait pas la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, telle que définie par l'expertise (ATF 110 V 273 c. 4b; RCC 1991 p. 329 c. 3b). Il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si une personne invalide peut être placée eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander si elle pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (VSI 1998 p. 293 c. 3b), ce qui doit en l'espèce être admis au vu des ressources mises en évidence par les experts.

Pour le surplus, c'est à raison que la recourante se rallie à l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus pour le calcul de son invalidité. L'enquête économique sur le ménage a en effet confirmé que la recourante travaillerait à plein temps si elle était en bonne santé.

Dans ce contexte, l'année de référence pour procéder à la comparaison des revenus est 2011, comme l'a, à juste titre, considéré l'intimé (ATF 129 V 222). En effet, un droit à une rente pourrait prendre naissance au plus tôt six mois après le dépôt de la demande de prestations AI à fin juin 2011,

soit à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2011 (art. 29 al. 1 et 3 LAI) et le délai d'attente d'un an de l'art. 28 al. 1 let. b LAI doit être considéré comme échu, pour le moins à cette époque, car les médecins traitants attestent une incapacité de travail de 40% au moins à partir approximativement de l'année 2009 (dos. AI doc. 13 et 34) et même les experts admettent en tout cas une incapacité de travail dans l'activité de cuisinière dès l'opération du 7 juin 2010.

**6.4** Pour la détermination du revenu hypothétique d'assurée valide, la thèse de l'intimé (reprenant la réponse du 10 juillet 2014 de son service des enquêtes) selon laquelle il faut se référer à des données empiriques, et non aux derniers revenus de cuisinière, est conforme à la jurisprudence développée en la matière. Le dernier emploi, dans le restaurant géré par le mari, a été perdu en juin 2007. La recourante a ensuite touché des indemnités de chômage, en fonction d'une aptitude au placement totale, jusqu'à juillet 2008 (voir comptes individuels AVS [CI], dos. AI doc. 8 p. 3 ainsi que doc. 49 et rapport de la généraliste traitante attestant une incapacité de travail totale dès environ 2009: dos. AI doc. 13 p. 2). La résiliation du dernier contrat de travail ayant eu lieu avant la survenance de l'incapacité de travail due aux atteintes à la santé ici en cause, il faut admettre avec une vraisemblance prépondérante que, sans atteinte à la santé, la recourante n'occuperait de toute façon plus son dernier emploi. A défaut d'indices concrets pour fixer le revenu réalisable sans atteinte à la santé, en suivant l'intimé, compte tenu de la situation personnelle de la recourante (depuis son arrivée en Suisse, elle a aussi exercé d'autres activités lucratives que celle de cuisinière), il convient de se rabattre sur la moyenne statistique que représente la valeur "total", femmes, activités simples et répétitives de la table TA1 2010 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), indexée à l'année de référence 2011 (ATF 139 V 28 c. 3.3.2 et références). On obtient ainsi un revenu hypothétique d'assurée valide de Fr. 53'394.- (Fr. 50.700.- [Fr. 4'225.- x 12 selon TA1 2010] x 128,7 /127,4 [indexés selon T1.93, indices des salaires nominaux, femmes 2010: 127,4 et 2011: 128,7; ATF 129 V 408], à savoir Fr. 51'217.35, à adapter selon le facteur 41,7 /40 heures par semaine eu égard à la durée normale du travail en 2011, par rapport à la valeur standardisée de 40 heures par semaine

servant de base à l'ESS [ATF 126 V 75 c. 3b/bb]; voir les tables toutes accessibles à partir du site internet de l'OFS, thème 03-travail, rémunération). L'écart minime entre ce résultat de Fr. 53'394.- et les Fr. 53'383.- calculés par l'Office AI Berne s'explique par des différences d'arrondissements et de tables d'indexation).

On peut relever qu'un calcul fondé sur le dernier salaire annuel complet réalisé par la recourante en 2006, le plus élevé selon le compte individuel (CI) des salaires soumis à cotisations sociales, ainsi qu'elle semble le demander, ne lui serait pas plus favorable. Si on indexe Fr. 42'007.- à 2011, on obtient un revenu de Fr. 45'279.- (table T1.93 précitée, 2006: 119,4 et 2011: 128,7), inférieur au revenu sans invalidité statistique de Fr. 53'394.- (dans la comparaison, plus le revenu sans invalidité est élevé, plus la perte de gain et le taux d'invalidité sont élevés). Le choix de l'intimé de se baser sur le revenu hypothétique de valide de la recourante, tel qu'il ressort de la valeur "total" de l'ESS se situe de surcroît dans un ordre de grandeur réaliste, même au regard des emplois occupés précédemment par celle-ci dans le domaine de la cuisine en tenant compte d'une formation initiale dans cette branche dans son pays d'origine (ESS, TA1, 2010, femmes, niveau 3 exigeant des connaissances professionnelles spécialisées, rubrique 55-56: hébergement et restauration: salaire mensuel de Fr. 4'044.-, annuel de Fr. 50'590.45, indexé à 2011: Fr. 51'106.70 et adapté à 42,3 heures hebdomadaires moyennes dans la restauration: Fr. 54'045.30).

**6.5** La recourante ne peut pas non plus reprocher à l'intimé d'avoir évalué son revenu avec invalidité sur la même base statistique que celle choisie pour le revenu sans invalidité. En effet, le salaire brut (valeur centrale) de la rubrique "total" de l'ESS 2010, niveau 4 (correspondant aux activités simples et répétitives; depuis l'ESS 2012, les activités physiques ou manuelles simples relèvent du niveau 1; voir lettre circulaire n° 328 publiée le 22 octobre 2014 par l'OFAS) comprend toutes les branches économiques, tant la restauration que le genre d'emplois d'ouvrière que la recourante a déjà occupés et ceux, correspondant au profil déterminé par les experts (ménagement de la colonne vertébrale et des articulations, travail avec des charges tout au plus légères, possibilité de changer de

position; voir TF 9C\_437/2015 du 30 novembre 2015 c. 2.2 et 2.4, 8C\_97/2014 du 16 juillet 2014 c. 4.2).

C'est sur cette jurisprudence notamment que l'intimé s'est fondé pour estimer que la perte de gain (et l'invalidité) de la recourante correspondait au taux d'incapacité de travail et de rendement de 30% défini par les experts. Il a donc pratiqué en réalité une comparaison en pour-cent. Dès lors que, comme dans le présent cas, la base statistique des revenus hypothétiques avec et sans invalidité est identique, la comparaison peut en effet s'effectuer ainsi. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalidité est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (ATF 114 V 310 c. 3a, 107 V 17 c. 2d, 104 V 135 c. 2b).

Par le raisonnement qui vient d'être décrit, l'intimé a exclu la prise en compte d'un abattement supplémentaire, façon de faire à laquelle la recourante s'oppose. La pratique procède certes souvent à un abattement sur le revenu statistique pris en compte. Elle veut ainsi tenir compte du fait que le travailleur invalide, lorsqu'il accomplit un travail non qualifié, reçoit en règle générale, même sur un marché du travail équilibré, un salaire inférieur à celui d'un salarié valide, car son rendement est en général inférieur en raison de son handicap (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier. Un abattement global maximal de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2011 IV n° 31 c. 4.1.1).

En l'occurrence, il faut constater que les handicaps dont souffre la recourante (syndrome cervical et lombaire ainsi que maux de tête en plus des troubles psychiques aussi partiellement incapacitants, soit une dépression légère à moyenne et un trouble somatoforme persistant) n'entraînent pas de limitations hors du commun sur un marché du travail équilibré. Son âge (51<sup>ème</sup> année lorsque les experts ont constaté la capacité de travail partielle; voir ATF 138 V 457) ne s'impose pas non plus

comme un élément à prendre en considération pour l'évaluation de l'invalidité (TF 8C\_668/2010 du 15 mars 2011 c. 7.2.2), pas plus que le fait que sa capacité résiduelle de travail implique la reprise d'un emploi seulement à temps partiel (travail à temps partiel très répandu chez les femmes et taux exigible de quand même 70%; TF 8C\_924/2014 du 2 avril 2015 c. 5.2.2; SVR 2011 IV n° 37 c. 4.2 a contrario). En outre, la recourante vit en Suisse depuis 1992, y a exercé diverses activités et a acquis une bonne maîtrise du français. De surcroît, l'appréciation de la capacité de travail et de rendement résultant de l'expertise recouvre tous les aspects de l'état de santé, y compris un besoin accru de pauses et des périodes de récupération allongées. Le Tribunal ne saurait dès lors intervenir dans le pouvoir d'appréciation de l'intimé. Ce dernier ne l'a nullement outrepassé en refusant un abattement allant au-delà de l'estimation de la capacité de travail et de rendement estimée par les experts (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2011 IV n° 31 c. 4.1.1; TF 9C\_437/215 du 30 novembre 2015 c. 2). A noter que même si l'on pratiquait un abattement de 10% supplémentaire sur les revenus avec invalidité de 70%, on aboutirait à un taux d'invalidité de 37% et le seuil de 40% donnant droit à un quart de rente ne serait pas atteint.

**6.6** Si l'octroi d'une rente peut d'emblée être nié, la décision de refus de celle-ci peut être prononcée indépendamment de la question d'éventuelles mesures de réadaptation (TF 8C\_515/2010 du 20 octobre 2010 c. 2.2). C'est donc à bon droit que l'intimé a nié le droit à une rente sans organiser de mesures de réadaptation préalables. Il incombe à la recourante de demander des mesures d'aide au placement si elle se sent en état de collaborer. Cette possibilité est réservée par ailleurs dans la décision attaquée (art. 18 al. 1 LAI).

## **7.**

**7.1** Au vu de ce qui précède, le recours dirigé contre la décision du 25 juillet 2014 doit être rejeté.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le

tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Les frais de procédure doivent être fixés à Fr. 800.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

La recourante, qui succombe, doit supporter les frais de la procédure et ne peut prétendre au remboursement de ses dépens (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 2 et 108 al. 1 et 3 LPJA).

**7.2** L'assurée a toutefois déposé une demande d'assistance judiciaire pour son recours du 11 septembre 2014, complétée les 26 septembre et 16 octobre 2014, demandant la dispense des frais de procédure ainsi que la désignation de sa mandataire en tant qu'avocate d'office.

Sur requête, l'autorité de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès. Aux mêmes conditions, une avocate ou un avocat peut en outre être désigné à une partie si les circonstances de fait et de droit le justifient (art. 61 let. f LPGA et 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

En l'espèce, au vu de la situation personnelle des époux (SVR 2011 IV n° 22 c. 5), des pièces produites, de la jurisprudence (par ex.: ATF 122 I 5 c. 4a; SVR 2009 UV n° 12 c. 4.1; RAMA 2000 p. 154 c. 2) et des directives (Circulaire n° 1 du 25 janvier 2011 de la section civile de la Cour suprême et du Tribunal administratif du canton de Berne et Circulaire n° B1 du 1<sup>er</sup> avril 2010 de l'autorité de surveillance en matière de poursuite et faillite, accessibles à partir de [www.justice.be.ch](http://www.justice.be.ch)), même en corrigeant à la baisse les charges invoquées par la recourante (charges à ne pas prendre en compte: assurance responsabilité civile/ménage comprise dans le montant mensuel de base, loyer du garage pas indispensable, impôts courants non établis; charges prises en compte: minimum vital du couple majoré [Fr. 2'210.-], loyer du couple sous déduction de la part du fils [Fr. 700.-], primes LAMal des époux sous déduction des réductions [Fr. 231.65 et Fr. 290.05], franchises et participations LAMal en 2014 [Fr. 364.40], forfait pour trajets courts en véhicule nécessaire à l'activité professionnelle de l'époux [Fr. 400.-], repas à l'extérieur [Fr. 220.-] et paiement régulier des arriérés d'impôts [Fr. 330.-]), les dépenses de

Fr. 4'746.10 dépassent le revenu mensuel du couple de Fr. 4'138.40 (revenu de l'époux, 13<sup>ème</sup> salaire compris). La condition financière est donc remplie. En outre, les chances de succès du recours ne pouvaient être d'emblée niées (ATF 129 I 129 c. 2.3.1, 122 I 267 c. 2b et les références citées). Vu la complexité de la matière juridique et médicale, on ne peut nier par ailleurs le caractère justifié d'une mandataire professionnelle devant le TA (ATF 103 V 46 c. 1b). En l'espèce, la requête peut dès lors être admise. La recourante doit être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Ainsi, les frais de la procédure sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire et l'avocate représentant l'assurée est désignée en tant que mandataire d'office.

**7.3** Par rapport à la note du 30 octobre 2014, les honoraires de l'avocate (requis à hauteur de Fr. 4'095.-) doivent être réduits et taxés à Fr. 3'307.50, en prenant en considération la seule activité objectivement justifiée devant la présente instance et non l'activité déployée par la mandataire de la recourante avant la décision litigieuse (activité non couverte par la demande d'assistance judiciaire limitée à la présente instance). A ces honoraires s'ajoutent des débours qui doivent être réduits pour la même raison à Fr. 22.10 et la TVA. Eu égard à la jurisprudence du TF (ATF 132 I 201 c. 8.7), la caisse du Tribunal versera la somme de Fr. 2'669.85 au titre du mandat d'office (honoraires: Fr. 2'450.- [soit 12 heures 25 à Fr. 200.-], débours: Fr. 22.10 et TVA: Fr. 197.75; voir aussi les art. 41 et 42 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11], l'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811] et l'ordonnance cantonale du 20 octobre 2010 sur la rémunération des avocats et avocates commis d'office [ORA, RSB 168.711]).

**7.4** La recourante doit en outre être rendue attentive à son obligation de remboursement (envers le canton et son avocate) si elle devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisants (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272]).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. L'assistance judiciaire est accordée à la recourante et Me B. \_\_\_\_\_ est désignée comme mandataire d'office.
3. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Les honoraires de Me B. \_\_\_\_\_ sont taxés à Fr. 3'307.50, auxquels s'ajoutent les débours par Fr. 22.10 et la TVA; la caisse du Tribunal lui versera la somme de Fr. 2'669.85 (Fr. 2'450.- d'honoraires, Fr. 22.10 de débours et Fr. 197.75 de TVA) au titre de son activité de mandataire d'office. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
6. Le présent jugement est notifié (R):
  - à la mandataire de la recourante,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

La greffière:

**Voie de recours**

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