

200.2015.807.AI

APA/BEJ

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

Jugement du 6 mars 2017

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et C. Tissot, 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 13 août 2015

En fait:

A.

A. _____, née en 1957, mariée, mère de trois enfants adultes, sans formation professionnelle, a travaillé principalement auprès du canton de Berne en qualité de collaboratrice artisanale (concièrge). Suite à une chute à moto, l'assurée a présenté une incapacité de travail attestée médicalement à partir du 23 août 2011. Le 30 juillet 2012, elle a déposé une demande de rente AI et de mesures professionnelles datée du 23 juillet 2012, invoquant souffrir de la maladie de Bechterew (dossier [dos.] AI, document [doc.] 3, 11/2-6, 13, 20/4, 22.6/4-16, 51, 78/2-5, 92/3).

B.

Saisi de ces demandes, l'Office AI a procédé à diverses mesures d'instruction, suite auxquelles il a communiqué le 20 mars 2013 à l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation n'était actuellement envisageable. De son côté, se fondant sur une expertise du 16 juillet 2013 ordonnée par lui-même, l'assureur perte de gain en cas de maladie a, par décision du 22 août 2013, mis fin au versement des indemnités journalières au 30 novembre 2013. Contestant les conclusions de ladite expertise, l'intéressée a consulté un autre spécialiste qui a procédé à son examen le 21 février 2014 et rédigé son rapport d'expertise le 14 avril 2014. Par décision du 6 mai 2014, l'assureur perte de gain a annulé sa décision précédente et repris le versement de ses prestations dès le 1^{er} décembre 2013. Après une première enquête économique sur le ménage effectuée le 20 juin 2014 (rapport du 24 juin 2014) se fondant sur les conclusions du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR) et sur une nouvelle enquête économique sur le ménage du 20 janvier 2015 (dos. AI doc. 41, 55, 64/4, 65, 73/3-6, 74/2, 76, 88, 89, 92), l'Office AI a informé l'assurée le 28 janvier 2015 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 33%. Suite aux objections formulées par l'assurée le 2 mars 2015, représentée par une avocate, l'Office AI, après avoir consulté une fois encore son SMR (rapport

du 15 juin 2015 et avis du lendemain y renvoyant) a, par décision du 13 août 2015, confirmé son refus de rente.

C.

Par acte daté du 11 septembre 2015, l'assurée 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 13 août 2015 de l'Office AI et au renvoi du dossier en ordonnant l'établissement d'une nouvelle expertise.

Le 26 octobre 2015, l'Office AI a conclu au rejet du recours et renoncé à présenter une réponse. Faisant suite à l'ordonnance du 4 novembre 2015 l'invitant à s'exprimer sur une annexe au recours, ce même office a fait parvenir sa prise de position du 22 décembre 2015 (accompagnée de celle du SMR du 24 novembre 2015). Par réplique du 13 janvier 2016, la recourante a indiqué maintenir ses conclusions et versé de nouvelles pièces au dossier. L'intimé s'est exprimé sur celles-ci par ses observations du 8 février 2016 (accompagnées d'une prise de position du SMR du 4 février 2016). Le 26 février 2016, la recourante a, derechef, pris position sur l'écrit et l'annexe qui précèdent et produit de nouvelles pièces. En se fondant sur une nouvelle prise de position de son SMR du 18 mars 2016, l'intimé a formulé ses observations finales le 21 mars 2016. La recourante, désormais représentée en procédure devant le TA par un avocat, a fait parvenir une détermination spontanée du 8 avril 2016.

En droit:

1.

1.1 La décision du 13 août 2015 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de la

recourante à une rente AI. L'objet de la contestation, ainsi défini, fixe la limite des points qui peuvent être critiqués par le recours. Il en découle qu'il n'appartient pas au TA de se prononcer sur l'éventuel octroi d'une allocation pour impotent (selon demande déposée par la recourante le 29 juin 2012) ou de mesures de réadaptation. Sont particulièrement critiqués par la recourante, la fiabilité, tant sur la forme que sur le fond, du rapport du 3 septembre 2014 et de la prise de position du 15 juin 2015, tous deux rédigés par le SMR et à la base de la décision contestée, l'exigibilité d'une activité lucrative adaptée au-delà d'un taux d'occupation de 30% et le défaut de prise en compte de ce pourcentage dans le cadre de 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 un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]), art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

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

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 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).

2.2 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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

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 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4). 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 (ATF 125 V 351 c. 3a; SVR 2015 IV n° 28 c. 4.1). 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.

La recourante allègue que le rapport du 3 septembre 2014 et la prise de position du 15 juin 2015, tous deux rédigés par un spécialiste en médecine interne générale du SMR, comportent des vices de nature formelle. Elle soulève, d'une part, que le SMR a pris ses conclusions sans procéder à un examen personnel. D'autre part, elle reproche à l'intimé de ne pas avoir lui-même mis en place une expertise, compte tenu des avis divergents figurant dans les deux rapports d'expertise des 16 juillet 2013 et 14 avril 2014. Finalement, elle soulève le grief de partialité du spécialiste du SMR à l'origine des écrits précités.

3.1 S'agissant du grief relatif au défaut d'examen personnel de l'assurée par le SMR en vue de la rédaction de ses rapports des 3 septembre 2014 et 15 juin 2015, il convient de distinguer les rapports internes du SMR (selon art. 49 al. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]), les rapports d'examens médicaux du SMR (selon art. 49 al. 2 RAI) et les expertises médicales (au sens de l'art. 44 LPGA). Les rapports internes du SMR revêtent une autre fonction que les deux autres types de rapports. Ces rapports internes du SMR ne sont pas destinés à poser un diagnostic, mais tendent à une appréciation médicale des diagnostics figurant au dossier. Ils ne se fondent

pas sur des examens propres mais résumant les résultats des examens médicaux figurant au dossier et débouchent généralement sur une recommandation, d'un point de vue médical, en vue du traitement de la demande de prestations. Ces rapports internes représentent en quelque sorte une aide pour les membres des autorités et des tribunaux qui sont appelés à statuer sur une demande de prestations. Ils résumant l'état de fait sur le plan médical et procèdent à une appréciation (médicale) de celui-ci, ce qui suppose en particulier également, en présence d'actes médicaux contradictoires, de trancher en faveur de l'un ou l'autre des avis exprimés ou de (faire) procéder à un examen complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_692/2014 du 22 janvier 2015 c. 3.3, I 143/2007 du 14 septembre 2007 c. 3.3; U. MEYER/M. REICHMUTH, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht*, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG] 3^e éd. 2014, ad art. 59 n. 1 ss). On ne peut se fier à une prise de position du SMR que si les exigences générales en matière de preuve posées à l'égard des rapports médicaux sont respectées (TF I 694/06 du 25 décembre 2006 c. 2). Les rapports internes supposent en particulier une connaissance approfondie du dossier (anamnèse) et doivent emporter conviction dans la description de la situation médicale. Les conclusions doivent être motivées (ATF 125 V 351 c. 3a). Les médecins du SMR doivent au surplus disposer des qualifications personnelles et professionnelles nécessaires (TF I 142/07 du 20 novembre 2007 c. 3.2.3). Ces conditions formelles et matérielles peuvent être contrôlées en cas de recours (SVR 2009 IV n° 56 = TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1). Il n'est en revanche pas nécessaire que le SMR ait lui-même procédé à un examen de la personne assurée. Un tel examen n'est prévu qu'"au besoin" par l'art. 49 al. 2 RAI. Dans les autres cas, le SMR peut fonder son appréciation sur le dossier médical. Le défaut d'examen de la personne assurée ne constitue dès lors pas en soi une raison pour remettre le rapport interne du SMR en question. Cela vaut en particulier lorsqu'il s'agit pour l'essentiel d'apprécier un état de fait médicalement établi (SVR 2009 IV n° 56 = TF 9C_323/2009 précité c. 4.3.1 et ATF 127 I 54 c. 2e). En l'espèce, les écrits précités se fondent sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assurée et reposent sur un exposé clair des faits. Le SMR a pris en compte les éléments essentiels au dossier et plus particulièrement tous les avis émis par les

trois rhumatologues ayant examiné la recourante, y compris donc, contrairement à ce que prétend cette dernière, les conclusions (portant entre autres sur les diagnostics et sur les limitations fonctionnelles) auxquelles est parvenu le rhumatologue à l'origine du rapport d'expertise du 14 avril 2014 (dos. AI doc. 89/3-4, 8-9, 102/2-5). Par ailleurs, le SMR a encore fait compléter, avant d'élaborer son avis final, les données médicales, en demandant la transmission des examens de laboratoire au rhumatologue et à la généraliste traitants. Les conclusions du SMR sont bien étayées, s'avèrent logiques et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse des rapports ici contestés. S'il est vrai que le SMR n'avait pas consulté la lettre du radiologue du 9 mai 2012 adressée au rhumatologue traitant, cet élément ne saurait néanmoins remettre formellement en cause le rapport et la prise de position sur lesquels s'appuie l'intimé pour rendre la décision, dans la mesure où cette appréciation médicale est reprise, par le biais du contenu du rapport d'expertise du 16 juillet 2013, dans les écrits contestés. Il en va de même, et c'est donc à raison que la recourante ne soulève pas ce grief, du fait que le SMR n'a pas pris connaissance des avis émis par la généraliste traitante des 5 septembre 2012 et 17 avril 2013, ainsi que de la feuille annexe à son second rapport (dos. AI doc. 18, 49). D'une part, le SMR avait en sa possession trois rapports de spécialistes dans la branche médicale concernée. D'autre part et surtout, les diagnostics posés par la généraliste traitante sont également retenus par le SMR. Les conditions permettant une appréciation sur la seule base du dossier, sans avoir vu la patiente, étaient donc remplies de sorte que, comme le soutient à juste titre l'intimé, par le biais de son SMR, point n'était besoin que ce dernier procède à un examen personnel.

3.2 L'assurée prétend que l'intimé aurait dû, au vu de la divergence entre les deux rapports d'expertise des 16 juillet 2013 et 14 avril 2014, mettre en place une nouvelle expertise dans la discipline concernée (rhumatologie). A cet égard, on relèvera l'importante documentation dans le domaine rhumatologique d'ores et déjà au dossier. Ce dernier contient les avis médicaux documentés de trois spécialistes dans la branche susmentionnée. L'état de fait médical était dès lors suffisamment investigué (voir ci-dessus c. 3.1) pour que le SMR puisse tirer ses propres

conclusions, en présence d'avis médicaux contradictoires, quant aux pièces sur lesquelles se fonder (TF 8C_756/2008 du 4 juin 2009 c. 4.4, 9C_589/2010 du 8 septembre 2010 c. 2; SVR 2009 IV n° 50 p. 153). Par ailleurs, d'après la jurisprudence (à laquelle doivent également satisfaire les rapports du SMR, voir ATF 125 V 351 c. 3a; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2), l'expert dispose d'un large pouvoir d'appréciation dans le choix des méthodes d'investigation, ce qui comprend également la détermination des examens médicaux spécialisés à effectuer. Il appartient dès lors à l'expert d'apprécier si la participation d'autres spécialistes est nécessaire ou non (TF 8C_277/2014 du 30 janvier 2015 c. 5.2). En l'espèce, l'on ne saurait, au vu du volume important de données médicales au dossier dans le domaine de la rhumatologie inflammatoire, intervenir dans la liberté d'appréciation du SMR et exiger une investigation supplémentaire dans ce domaine par le biais d'une évaluation allant au-delà des observations médicales rapportées par les différents rhumatologues dans leurs rapports respectifs. Du reste, l'on peut encore relever que le rhumatologue traitant, lui-même, ne mentionne pas la nécessité d'une nouvelle expertise dans le cas de l'assurée.

3.3 Il est vrai qu'il convient selon la jurisprudence du TF (aussi applicable, rappelons-le, aux rapports du SMR; voir ATF 125 V 351 c. 3a; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2) de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert, eu égard à l'importance considérable d'un tel rapport médical en matière de droit des assurances sociales. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance. Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité (ATF 125 V 351 c. 3b/ee; SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). En l'espèce, les allégations de la recourante quant à la prétendue partialité du SMR ne se fondent sur aucun élément concret et ne sauraient de ce fait être suivies. Ce n'est qu'après une analyse complète du dossier (voir ci-dessus c. 3.1) que le SMR retient que l'expertise du 15 juillet 2013 est celle sur laquelle doit se fonder l'intimé pour rendre la décision ici contestée. Le fait que ce dernier spécialiste ait

estimé, contrairement à l'avis du rhumatologue traitant, qu'un traitement de physiothérapie pouvait être indiqué dans le cas de la recourante, ne constitue aucunement un indice de partialité de celui-ci, mais une simple divergence d'opinion. L'évaluation autonome du SMR est même plutôt confortée par le fait que l'expertise du 15 juillet 2013 ne fait pas, elle non plus, mention de cette mesure afin d'améliorer ou entretenir la mobilité de l'assurée. En outre, le SMR, contrairement à ce que tente de démontrer la recourante, procède dans son rapport du 3 septembre 2014 à deux calculs de l'indice de masse corporelle (IMC [ou BMI en anglais]) en tenant compte des valeurs différentes posées dans les deux rapports d'expertise (dos. AI doc. 55/5, 73/5, 89/9). Dès lors, faute de circonstances propres laissant apparaître un doute objectif relatif à l'impartialité du SMR, le TA ne saurait conclure, du seul fait que ce médecin ait été mandaté par l'intimé, à une remise en cause d'un point de vue formel du rapport du 3 septembre 2014 et de la prise de position du 15 juin 2015 pour ce motif.

3.4 En conséquence, il faut donc constater que le SMR a étudié le dossier de manière complète et l'a consciencieusement résumé. Il a en outre notamment retranscrit les plaintes de la recourante, l'anamnèse personnelle, les status, les limitations fonctionnelles et les diagnostics, tous rapportés lors des examens personnels effectués par les trois rhumatologues et les a pris en considération, décrivant clairement le contexte médical. Finalement, il a motivé toutes ses conclusions médicales en analysant de façon critique les pièces au dossier pour rendre une évaluation autonome. Dès lors, rien ne permet de douter de la fiabilité des conclusions du SMR, quand bien même il a été mandaté par l'intimé et, de ce fait, le rapport du 3 septembre 2014 et la prise de position du 15 juin 2015 revêtent une entière valeur probante (voir ci-dessus c. 3 et ATF 125 V 351 c. 3b/bb; SVR 2009 IV n° 50 c. 4.3).

4.

Il convient d'examiner également d'un point de vue matériel la valeur probante du rapport du 3 septembre 2014 et de la prise de position du 15 juin 2015 du SMR.

4.1 La recourante allègue que la thèse du SMR diverge de l'expertise sur laquelle il se fonde quant à la nécessité d'une physiothérapie. Certes, le rhumatologue à l'origine de l'expertise du 16 juillet 2013 ne propose pas expressément une physiothérapie active, mais une "activité physique régulière à même d'éviter les rétractations musculaires et le raidissement articulaire". Le SMR, de son côté, est d'avis qu'un traitement physiothérapeutique est indiqué et que la renonciation à celui-ci est une mauvaise économie. On relèvera toutefois, comme cela est par ailleurs spécifié dans sa prise de position du 15 juin 2015, que l'activité qu'il estime exigible est fixée en tenant compte du fait qu'un tel traitement n'a pas été instauré (dos. AI doc. 89/8, 102/6). Selon le SMR, un tel traitement pourrait toutefois étendre le spectre des activités exigibles. Quant à l'activité de téléopératrice citée dans les écrits du SMR, elle n'apparaît pas, contrairement à ce que prétend la recourante, en incohérence avec le rapport d'expertise du 15 juillet 2013. En effet, si le SMR estime qu'une telle activité peut être exercée, il n'en reste pas moins qu'il précise qu'elle doit l'être en tenant compte des limitations décrites dans l'expertise susmentionnée (dos. AI doc. 102/5). Eu égard à ce qui précède, les contenus du rapport du 3 septembre 2014 et de la prise de position du 15 juin 2015 ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes dans leur genèse.

4.2 Quant aux diagnostics et à l'incapacité de travail, la recourante se prévaut des divergences entre la position du SMR et d'autres avis médicaux établis dans le cadre de son suivi médical.

4.2.1 S'agissant des divergences alléguées par la recourante quant aux diagnostics, il faut relever avec le SMR (rapport du 9 novembre 2015) que tous les médecins impliqués ont bel et bien retenu les mêmes diagnostics, en particulier une spondylarthrite HLA-B27 et une maladie dégénératrice avec atteintes axiale et appendiculaire. La divergence entre les médecins consultés a trait à la pondération de ces diagnostics et à leur portée clinique, ainsi qu'à leurs conséquences sur la capacité de travail de la recourante. A cet égard, le SMR expose de manière détaillée les raisons de la priorité donnée à l'atteinte dégénérative, par ailleurs incontestée par

tous les médecins, sur la spondylarthrite axiale. Rien ne permet de s'écarter de ses conclusions selon lesquelles les limitations principales de la recourante proviennent de manière vraisemblable de troubles dégénératifs. Il expose ainsi de manière convaincante que, le seul élément évocateur d'une spondylarthrite est la présence du gène HLA-B27 qui, toutefois, ne permet pas à lui seul d'admettre l'existence d'une spondylarthrite active qui n'est en effet avérée que chez 5% des porteurs de ce gène. Aucun examen clinique ne démontre l'existence de phénomènes inflammatoires (du type arthrite, synovite, ténosynovite, enthésite ou ostéite), aucune valeur de laboratoire ne permet de retenir l'existence d'une inflammation systémique et aucun examen radiologique ne permet d'objectiver une atteinte typique de la spondylarthrite (en particulier pas d'atteinte inflammatoire des articulations sacro-iliaques qui, pourtant, constitue une "pierre angulaire du diagnostic de cette maladie", voir rapport du SMR du 15 mars 2016, p. 4). Enfin, l'absence de réponse à deux traitements biologiques par anti-TNF (Tumor Necrosis Factor = activateur de l'inflammation) confirme cette conclusion. Dès lors, la thèse du SMR relative aux diagnostics, prise en connaissance de cause et dûment motivée, s'avère cohérente et convainc le TA avec un degré de vraisemblance prépondérante (degré de preuve applicable en droit des assurances sociales; ATF 138 V 218 c. 6).

4.2.2 Dans le contexte de la capacité de travail, le SMR a exposé de manière détaillée pour quelles raisons il se ralliait pour sa part à l'expertise du 16 juillet 2013 (voir ci-dessus c. 3.1). Les avis du rhumatologue traitant et de celui ayant procédé à l'expertise du 21 février 2014, qui estiment la capacité de travail à 40%, respectivement 30%, en indiquant les limitations fonctionnelles, ont été pris en considération par le SMR (dos. AI doc. 89/3-4, 8-9, voir ci-dessus c. 3.1). Contrairement à ce que prétend la recourante, l'expertise du 21 février 2014 ne conclut pas à une incapacité de travail de 70% dans une activité adaptée en raison d'une polyarthrose, cet expert n'ayant pas quantifié l'éventuelle part d'incapacité de travail due à chacune des atteintes qu'il a retenues (dos. AI doc. 73/6). Quoi qu'il en soit, le SMR a tenu compte de ladite atteinte pour se déterminer sur la question de la capacité de travail. En effet, il précise expressément que les troubles dégénératifs, comprenant donc l'atteinte en question dans la colonne

cervicale et lombaire, et contrairement aux dires de la recourante, également ceux dans les hanches, dans les mains et dans les doigts, rendent l'activité de concierge inexigible et expliquent la diminution de la vitesse d'exécution (et donc de rendement) dans des activités adaptées (dos. AI doc. 55/8, 89/8-10, 102/2). C'est donc en toute connaissance de cause que le SMR s'est écarté des conclusions des deux confrères rhumatologues précités, pour retenir l'évaluation retenue dans l'expertise du 16 juillet 2013 (dos. AI doc. 89/7-8). Il s'en est d'ailleurs expliqué de manière expresse dans son complément du 21 mai 2015 (dos. AI doc. 102/3-4), en exposant que l'incapacité de travail de 70% se fondait sur une atteinte inflammatoire pour laquelle il n'existait pas de vraisemblance prépondérante et que, dès lors, l'incapacité de travail était manifestement surévaluée. On relèvera d'ailleurs que le Dr C._____, de son côté, n'a pas tenté d'expliquer les raisons pour lesquelles l'incapacité de travail à laquelle il parvenait s'écartait de celle retenue dans l'expertise du 15 juillet 2013. Il apparaît, à la lecture de son rapport, que pour fixer l'ampleur de l'incapacité de travail, il s'est en grande partie fondé sur les déclarations de la recourante. A cet égard, il faut relever que les plaintes subjectives de l'assurée, telles qu'elles ont été exposées à l'expert (dos. AI doc. 73/4) ont été qualifiées de compatibles avec le diagnostic de spondylarthropathie (qui ne peut être retenu au vu de ce qui précède) et reprises comme telles dans la définition du profil d'exigibilité. Au demeurant, certaines de ces plaintes apparaissent contradictoires par rapport à certains éléments ressortant du dossier. Ainsi, par exemple, le fait retenu par le Dr C._____ que "la marche lui pose des problèmes s'il y a des marches et lorsqu'elle doit marcher en terrain plat à l'extérieur" (dos. AI doc. 73/4) paraît peu conciliable avec le fait que la recourante allègue pratiquer la marche à raison de plus de 2 heures et effectuer toutes les promenades avec son berger allemand (prise de position de la recourante du 26 février 2016, p. 5).

Finalement, la simple opinion émise par le service de réadaptation, selon laquelle l'expertise du 21 février 2014 corrobore les constatations faites ("Protokoll per 26.10.2015", note du 7 mai 2014), ne saurait aucunement remettre en cause la thèse médicale, largement documentée et précisée, émise par le SMR.

4.2.3 S'agissant des avis médicaux rédigés par la suite, l'on doit considérer, d'une part, qu'ils ne se prononcent pas sur la capacité de travail et ne font pas état de limitations fonctionnelles. D'autre part, quant aux éléments nouvellement apportés aux diagnostics dans ces mêmes pièces médicales, il convient tout d'abord de rappeler qu'une éventuelle détérioration de l'état de santé de la recourante postérieure à la décision contestée ne peut être prise en compte dans la présente procédure. Quoiqu'il en soit, la spondylarthrite sans traduction radiologique mentionnée par le rhumatologue traitant (avis du 4 septembre 2015), après qu'elle ait été expressément exclue par le SMR à défaut d'éléments compatibles avec un tel diagnostic (inexistence d'une valeur de laboratoire qui démontrerait une inflammation systémique, une symptomatologie inflammatoire ou encore une manifestation extra-articulaire, voir p. 4-5 de la prise de position du 24 novembre 2015 annexée à celle de l'intimé du 22 décembre 2015), n'est par la suite même plus citée par ce premier spécialiste (avis du 26 février 2016). De plus, l'hypothèse de l'existence d'un diagnostic de spondylarthrite depuis dix ans, s'il devait s'avérer que celui-ci ait effectivement déjà été évoqué en 2003 par un autre spécialiste de la branche concernée, tel que le suggère le rhumatologue traitant (lettre du 4 septembre 2015), a également été traitée (voir p. 3 et 5 de la prise de position du SMR du 24 novembre 2015 en annexe à celle de l'intimé du 22 décembre 2015). Concernant la lettre du 14 janvier 2016 du chirurgien orthopédique traitant, qui pose le diagnostic secondaire de spondylarthrite basé sur une atteinte inflammatoire des pieds (plus particulièrement du pied/avant-pied droit), il ne saurait l'emporter face aux avis de trois spécialistes de la discipline concernée, qui n'ont pas relevé un tel trouble chez la recourante, pas même par le rhumatologue traitant qui a pourtant consulté cette dernière peu de temps auparavant, à savoir le 1^{er} septembre 2015 (dos. AI doc. 107/15). Tel que cela ressort des considérations qui précèdent, les documents médicaux rédigés postérieurement à la décision ici contestée n'étaient donc pas en mesure d'influencer l'appréciation au moment où ledit prononcé a été rendu (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Il convient également de relever qu'entre la date du dernier rapport d'expertise du 14 avril 2014 et le prononcé ici contesté, aucun rapport médical n'a été établi en dehors de ceux du SMR, de sorte qu'aucune éventuelle péjoration durant cette période n'est étayée médicalement (ATF 131 V 242 c. 2.1,

130 V 138 c. 2.1). Compte tenu de ce qui précède, l'allégation de la recourante, formulée du reste sans se baser sur un quelconque avis médical, selon laquelle sa situation médicale se serait dégradée "depuis un certain temps déjà", ne saurait être suivie. Au surplus, la recourante n'amène aucun élément circonstancié par rapport aux prétendues erreurs qu'elle invoque à l'encontre de la prise de position du SMR du 24 novembre 2015 qui permettrait au TA de remettre en doute la thèse de ce dernier.

4.3 Le rapport du 3 septembre 2014 et la prise de position du 15 juin 2015 revêtent donc un caractère probant. Aucune autre mesure d'instruction ne doit dès lors être ordonnée en l'espèce. Les griefs relatifs à la contestation de la fiabilité de ces rapports doivent être rejetés.

Peu importe donc le choix fait par l'assureur perte de gain de s'appuyer sur l'expertise du 14 avril 2014 (principe de l'instruction d'office auquel l'Office AI est soumis, art. 43 LPGA), l'Office AI était donc en droit de se fonder, tel qu'attesté par l'expert ayant procédé à l'expertise du 15 juillet 2013 (et conformément à l'avis du SMR), sur une capacité résiduelle de travail de 90% (compte tenu d'un rendement diminué d'environ 10% lié à la vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le rachis et la marche, comme la prise éventuelle de pauses supplémentaires) dans une activité adaptée aux handicaps (activité légère excluant les ports de charges au-delà de 10 kg de manière ponctuelle, 5 kg de manière régulière, évitant les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, ainsi que la marche prolongée et autorisant l'alternance de la position assise/debout chaque 2 heures).

5.

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). S'il convient généralement de déterminer la méthode d'évaluation applicable au cas concret, cette question peut rester indéterminée s'il apparaît

qu'elle n'influence pas le droit aux prestations. En l'espèce le choix de la méthode générale de comparaison des revenus ou de la méthode dite "mixte" de l'évaluation de l'invalidité peut rester indécis compte tenu des considérations qui suivent.

5.1 Pour déterminer le revenu de personne valide, il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser sans atteinte à la santé, selon un degré de vraisemblance prépondérante, au moment du début potentiel du droit à la rente. Il y a lieu en règle générale de prendre pour base le dernier salaire gagné par la personne assurée, en l'adaptant le cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires réels (ATF 139 V 28 c. 3.3.2, 134 V 322 c. 4.1). En l'espèce, s'il fallait admettre avec une vraisemblance prépondérante que la recourante, sans atteinte à sa santé, aurait poursuivi une activité professionnelle à un taux équivalent à 100%, tel qu'elle le faisait par ailleurs jusqu'en 1999 (dos. AI doc. 92/4), son gain hypothétique, pour une activité à 87,46% en qualité de concierge et au taux restant pour son activité dans l'imprimerie (RAMA 2003 p. 107 c. 3.2.1), s'élèverait alors à Fr. 58'886.10 par année. Ce montant est obtenu en additionnant le revenu de son activité de concierge (Fr. 50'313.90) à celui de Fr. 8'572.20 équivalant au salaire annuel moyen (au moment du début potentiel du droit à la rente, à savoir en l'occurrence en 2012 (année déterminante en l'espèce pour la comparaison des revenus; art. 28 al. 1 let. b LAI et 29 al. 1 et 3 LAI; ATF 139 V 28 c. 3.3.2, 134 V 322 c. 4.1) pour son activité accessoire. Le montant de Fr. 8'572.20 découle de la prise en considération du salaire annuel moyen effectif sur la base des années 2005 à 2009 (l'année 2010 prise en considération par l'intimé n'étant pas représentative, puisque la recourante n'a travaillé que trois mois et qu'elle invoque avoir réduit son activité pour cause de maladie, à savoir Fr. 41'607.- / 5 [dos. AI doc. 7/4-5] équivaut à Fr. 8'321.40, à indexer à 2012 [Fr. 8'321.40 x 129.9 / 126.1 selon la table T1.93 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS], publiée par l'Office fédéral de la statistique [OFS], indice des salaires nominaux, rubrique "total", femmes, 2009: 126.1 et 2012 : 129.9; ATF 129 V 408; voir les tables toutes accessibles à partir du site internet de l'OFS, thème 03-travail, rémunération]). A toutes fins utiles, l'on peut encore mentionner que pour une activité professionnelle en qualité de concierge à 100%, la

recourante aurait perçu un salaire annuel de Fr. 57'832.10 (Fr. 50'313.90 x 36.54/42, dos. AI doc. 51/3).

5.2

5.2.1 Depuis la survenance de l'atteinte à la santé, la recourante n'a plus exercé une activité exigible adaptée à son état de sorte que c'est à juste titre que l'intimé se fonde pour le revenu d'invalidé sur l'ESS (ATF 139 V 592 c. 2.3; SVR 2014 IV n° 37 c. 7.1). La recourante n'a pas de formation certifiée. La capacité de travail (et de rendement) évaluée par le rhumatologue ayant procédé à l'expertise du 15 juillet 2013 est de 90% de sorte que le revenu hypothétique d'assurée invalide (sans l'abattement supplémentaire effectué par l'intimé) s'élèverait, s'il devait se baser sur une activité lucrative à 100%, à Fr. 46'297.- (90% de 12 x Fr. 4'112.- correspondant au salaire brut [valeur centrale] de la rubrique "total" de l'ESS 2012, TA1, niveau 1 [activités physiques ou manuelles simples], à adapter selon le facteur 41,7 /40 heures par semaine eu égard à la durée normale du travail en 2012 [dans le secteur tertiaire], par rapport à la valeur standardisée de 40 heures par semaine servant de base à l'ESS [ATF 126 V 75 c. 3b/bb]).

5.2.2 En l'espèce, l'on doit considérer que l'intimé a réduit le salaire statistique d'assurée invalide en tenant compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles, mentionnées dans le rapport d'expertise du 16 juillet 2013, dans une activité adaptée réputée exigible. L'âge de cette dernière (55^{ème} année lorsque l'expert a constaté la capacité de travail au taux de 90%; voir ATF 138 V 457) ne s'impose pas 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). En outre, aucun autre élément au dossier ne permet de justifier un taux d'abattement supplémentaire plus important que celui auquel a déjà procédé l'intimé. Le besoin éventuel de pauses supplémentaires et la diminution de la vitesse d'exécution ayant par ailleurs déjà été pris en compte dans l'évaluation de la capacité de travail (et de rendement) effectuée par l'expert. Dès lors, le Tribunal ne saurait intervenir dans le pouvoir d'appréciation de l'intimé lorsqu'il fixe à 15% l'abattement, qui n'est du reste pas contesté par la recourante (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3; SVR 2015 IV n° 1 c. 2.2). Compte

tenu de cet abattement supplémentaire, qui correspond aux circonstances du cas d'espèce, l'on obtiendrait dans une activité à plein temps un revenu hypothétique d'assurée invalide de Fr. 39'352.45 (85% de Fr. 46'297.-).

5.2.3 Au vu du revenu avec invalidité qui précède (voir ci-dessus c. 5.2.2) et au cas où la recourante en bonne santé exercerait avec une vraisemblance prépondérante une activité lucrative à 100%, qui allierait celle de concierge à 87,46% et celle auprès de l'imprimerie au taux restant, le taux d'invalidité (arrondi; ATF 130 V 121 c. 3.2 et 3.3) s'élèverait ainsi à 33%. A noter que le taux précité (arrondi) serait moindre, à savoir de 32%, s'il fallait tenir compte de l'exercice, sans atteinte à la santé, d'une activité de concierge à plein-temps. Il découle de ce qui précède qu'en toute situation le seuil de 40% donnant droit à un quart de rente ne serait pas atteint en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus (voir ci-dessus c. 2.2 et 5.1).

5.3 S'il fallait appliquer, comme l'a fait l'intimé, la méthode dite "mixte" d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI; ATF 141 V 15 c. 3.2, 125 V 146 c. 2a), que l'on garde la répartition estimée par ce dernier (97% d'activité lucrative et 3% du ménage) ou que l'on aille même jusqu'à prendre en considération une répartition entre un taux de 87,46% (correspondant au taux connu de l'activité lucrative en qualité de concierge) pour l'activité lucrative et de 12,53% pour le ménage (avec, dans le cadre de ce dernier, un taux d'empêchement de 30,50%, à juste titre resté incontesté de la recourante, voir ATF 140 V 543 c. 3.2.1, 130 V 61 c. 6.2), cela ne saurait modifier le refus du droit à une rente. En effet, dans de tels cas également, l'on aboutirait à un taux d'invalidité inférieur à 35%.

5.4 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.

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, le recours dirigé contre la décision du 13 août 2015 doit être rejeté.

6.2 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, fixés à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante, qui succombe, et sont compensés par son avance de frais (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA).

6.3 La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, ne peut prétendre au remboursement de ses dépens ou d'une indemnité de partie (art. 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 2 et 108 al. 3 LPJA), pas plus que l'Office AI, qui agit dans l'accomplissement d'une tâche de droit public (art. 104 al. 3 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

4. Le présent jugement est notifié (R):

- au mandataire de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,
- et communiqué:
- à [...].

Le président:

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).