

200.2015.906.AI

BOA/BEJ

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

Jugement du 14 décembre 2016

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
A.-F. Boillat, 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 17 septembre 2015

En fait:

A.

A. _____, née en 1952, divorcée, mère d'un enfant adulte, sans formation certifiée, est arrivée en Suisse en 1974. Depuis 1978, elle a travaillé à plein temps au service contrôle qualité en tant qu'employée dans une entreprise active dans le domaine des pompes et des sprays utilisés dans le secteur médical et de la parfumerie.

Le 6 octobre 2006, alors qu'elle était passagère à l'avant d'une voiture de tourisme, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation ayant entraîné une distorsion du rachis cervical. Le 20 novembre 2006, elle a repris son activité professionnelle à 50% (des phases d'incapacité totale de travail complètes et intermittentes ayant toutefois existé entre mai et août 2007). Le 7 septembre 2007, l'assurée a été victime, à son domicile, d'un nouvel accident (chute dans les escaliers avec une fracture à gauche de la tête du radius). L'assurée a repris le travail, toujours à 50%, dès le 28 novembre 2007. Les suites de l'événement accidentel du 6 octobre 2006 ont été prises en charge par la SUVA jusqu'au 30 septembre 2008 (décision [sur opposition] de cessation des prestations de la SUVA du 13 juillet 2009, confirmée dans un JTA LAA 2009/926 du 26 novembre 2010).

Indiquant souffrir depuis la survenance du premier accident de douleurs au dos, à la nuque (généralisant maux de tête et migraines) et d'une dépression, l'assurée a sollicité, en janvier 2008, des prestations de l'assurance-invalidité (AI).

Depuis janvier 2008, sur la base d'incapacités de travail attestées médicalement, l'assurée a cessé toute activité lucrative. En mai 2010, son employeur a résilié son contrat de travail pour le 31 août 2010.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI a procédé à diverses mesures d'instruction, notamment auprès du généraliste traitant de l'assurée et de son (ancien) employeur. Le 11 janvier 2010 dans le contexte de son droit reconnu à une orientation professionnelle (selon la communication du 26 février 2008), cette dernière a notamment conclu avec l'Office AI une convention d'objectifs à dessein d'examiner ses aptitudes à une réadaptation professionnelle et sa capacité de travail. Le mandat a été confié à un centre spécialisé et pour une durée de trois mois (du 8 février au 7 mai 2010). Cette mesure a toutefois dû être interrompue six semaines après sa mise en place en raison de douleurs invoquées par l'assurée.

Suivant la recommandation de son SMR, l'Office AI a requis l'établissement d'une expertise bidisciplinaire (sur les plans psychiatrique [Dr C. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie] et rhumatologique [Dr D. _____, rhumatologue FMH]), dont les conclusions interdisciplinaires ont été consignées dans un rapport du 7 juillet 2010. A la suite d'un rapport médical de la psychiatre traitante de l'assurée faisant état d'une aggravation de l'état de santé psychique de sa patiente, en septembre 2011, l'Office AI, sur proposition de son SMR, a sollicité la mise sur pied d'une (nouvelle) expertise sur le plan psychiatrique (Dr E. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie), dont les conclusions ont été rédigées le 29 mars 2012. Sur la base des documents médicaux collectés, l'Office AI, dans un préavis daté du 21 février 2013, a informé l'assurée qu'il envisageait de nier son droit à une rente AI, ce à quoi l'assurée, représentée par un avocat, s'est opposée le 26 mars 2013. Après avoir requis l'établissement d'une expertise pluridisciplinaire dans un centre d'observation médical de l'AI (en l'espèce: COMAI [...]), dont le rapport a été rédigé le 10 octobre 2014, l'Office AI a rendu un deuxième préavis, le 29 mai 2015 (annulant celui du 21 février 2013), envisageant (à nouveau) de nier le droit de l'assurée à des prestations de l'AI.

En dépit des objections formulées par l'assurée, toujours représentée, contre cette dernière préorientation, l'Office AI en a confirmé la teneur par décision formelle du 17 septembre 2015.

C.

Par acte daté du 19 octobre 2015, l'assurée, par son mandataire, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite de frais et dépens, elle a conclu principalement à l'annulation de la décision rendue par l'Office AI, le 17 septembre 2015, et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction médicale complémentaire (sollicitant la mise sur pied d'une expertise médicale pluridisciplinaire).

Dans son mémoire de réponse du 23 novembre 2015, l'Office AI a conclu au rejet du recours. La recourante a complété son argumentation dans sa réplique du 27 janvier 2016, à laquelle l'intimé, tout en maintenant ses conclusions, a renoncé à dupliquer, le 18 février 2016. Par ordonnance du 25 février 2016, la Juge instructrice a informé les parties que les dossiers officiels du TA et celui de la SUVA, en relation avec les deux accidents survenus, seraient versés au dossier de la présente procédure, ce à quoi les parties n'ont pas réagi. Le mandataire de la recourante a envoyé sa note d'honoraires le 15 avril 2016.

En droit:

1.

1.1 La décision du 17 septembre 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 du litige porte sur l'annulation de cette décision et, principalement, sur l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction médicale complémentaire (en vue de l'organisation d'une expertise médicale pluridisciplinaire) et (implicitement) nouvelle décision. Est particulièrement critiquée par la recourante la valeur probante (tant formelle

que matérielle) de l'expertise du COMAI sur laquelle se fonde l'intimé pour lui nier son droit à une rente AI.

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 2010 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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA).

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 (art. 28 al. 2 LAI).

2.2 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 141 V 281 c. 3.7.1, 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2014 IV n° 2 c. 3.1). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

2.3. 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). L'expert évalue les capacités fonctionnelles de la personne concernée en fonction des indicateurs pertinents. Les organes d'application du droit vérifient ensuite librement les indications fournies, en particulier le point de savoir si les médecins ont respecté le cadre normatif déterminant, c'est-à-dire s'ils ont exclusivement tenu compte de déficits fonctionnels qui découlent d'une atteinte à la santé (art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA) et si leur appréciation de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA; ATF 141 V 281 c. 5.2.2).

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

contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des moyens de preuve disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 213 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Se fondant sur les conclusions de l'expertise du COMAI du 10 octobre 2014, l'intimé, dans sa décision du 17 septembre 2015, a considéré que la recourante ne souffrait plus d'aucune limitation, tant sur les plans somatique que psychique, et que dès lors, elle disposait d'une pleine capacité de travail, aussi dans son activité antérieure, sans perte de rendement, excluant ainsi son droit à des prestations de l'AI. Pour arriver à cette conclusion, l'intimé a estimé, sur la base de l'ancienne jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), que le trouble somatoforme douloureux (TSD) dont souffrait l'assurée n'était pas invalidant. Dans sa prise de position du 23 novembre 2015, l'Office AI a encore précisé que la nouvelle jurisprudence du TF en matière de TSD n'était pas applicable en l'espèce, au motif que cette pathologie (au vu des anciens critères jurisprudentiels) n'avait pas d'influence sur la capacité de travail de la recourante et que, dès lors, au vu de ce constat, il n'y avait pas lieu d'examiner les circonstances d'espèce au sens des (nouveaux) indicateurs jurisprudentiels. En tout état de cause, toujours selon l'intimé, même si l'on procédait selon les nouveaux indicateurs, l'on ne parviendrait pas à la conclusion que le TSD dont la recourante est atteinte est invalidant.

3.2 La recourante, quant à elle, conteste la valeur probante de l'expertise du COMAI du 10 octobre 2014, en invoquant des vices tant formels (analyse lacunaire par les experts mandatés des pièces médicales versées au dossier qui ont été résumées par un médecin tiers ne participant pas à l'expertise) que matériels (l'expertise repose sur la jurisprudence obsolète du TF en matière de TSD). Dans l'hypothèse où les documents médicaux à disposition ne permettraient pas l'octroi d'une rente entière, afin d'apprécier la capacité de travail (résiduelle) de l'assurée et, partant, de pouvoir évaluer son degré d'invalidité, la recourante a requis l'organisation d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire.

4.

Sur le plan médical, l'état de santé de la recourante se présente comme suit.

4.1 En relation avec les deux accidents survenus (cf. let. A), le dossier fournit de nombreux rapports médicaux. Il en ressort que l'accident de voiture d'octobre 2006 a provoqué une distorsion cervicale (diagnostic arrêté suite aux premières radiographies effectuées en Italie, confirmé par la suite au retour de l'assurée en Suisse, selon les conclusions de son médecin traitant tout d'abord, puis par ses confrères). La chute dans les escaliers dont a été victime l'assurée, le 29 août 2007, a provoqué une fracture de la tête du radius à gauche, immobilisée dans un premier temps, puis, soignée par un traitement de physiothérapie intensif par la suite.

4.2 L'expertise privée (organisée par la recourante) sur le plan neurochirurgical (Dr F._____, neurochirurgien FMH), rédigée le 29 septembre 2009 et requise (principalement) pour examiner la problématique d'un éventuel lien de causalité entre l'accident survenu en octobre 2006 et les atteintes à la santé persistantes, a mis en évidence une capacité de travail de 50% moyennant une perte de rendement de 20% dans l'activité habituelle, alors que le pensum exigible était, selon l'expert, de 60% dans une activité bien profilée, sans perte de rendement. Pour motiver ses conclusions, l'expert a retenu d'un point de vue clinique et dans son analyse de l'existence (ou non) d'une origine organique aux troubles

éprouvés, les diagnostics de syndrome cervico-céphalique chronique non spécifique après une entorse cervicale atypique survenue en 2006, une discrète atteinte des fonctions cognitives (troubles attentionnels, troubles de la concentration, fatigabilité), un état dépressif réactionnel, une possible origine médicamenteuse aux céphalées éprouvées et un syndrome de stress post-traumatique, sans préciser parmi ceux-ci lesquels avaient, et dans quelle proportion, une incidence sur la capacité de travail altérée de l'assurée.

4.3 L'Office AI, suite à la recommandation du psychiatre du SMR, a requis la mise sur pied d'une expertise bidisciplinaire, sur les plans rhumatologique et psychiatrique. L'expert psychiatre, consulté le 5 juillet 2010, n'a retenu aucune pathologie ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, qu'il considère comme étant intacte. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné un épisode dépressif léger à connotation anxieuse sans syndrome somatique (F32.0 selon la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]). Le rhumatologue qui a également examiné l'assurée le 5 juillet 2010 n'a retenu aucun diagnostic rhumatologique ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Sans effet sur cette dernière, il a mentionné le développement d'un syndrome douloureux généralisé survenu après un accident de voiture en octobre 2006 avec distorsion cervicale atypique (en raison d'une collision latérale droite), un léger trouble dégénératif de la colonne cervicale, un statut après fracture de la tête du radius en mars 2007 et une obésité. En relation (uniquement) avec l'accident de voiture survenu en octobre 2006 (sans prise en compte de la fracture du coude gauche de 2007), il a considéré que la requérante était à même de travailler à plein temps dès le 7 octobre 2007 (il a retenu une incapacité totale de travailler durant six semaines après l'accident, puis de 20% jusqu'au 6 mars 2007 et de 10% jusqu'au 6 octobre 2007), sans perte de rendement dans une activité légère à moyenne permettant des changements de position et (n')imposant (qu')occasionnellement le port de charges jusqu'à 15 kilos.

Dans leur appréciation interdisciplinaire du 7 juillet 2010, les experts ne peuvent attester, tant sous l'angle psychique que rhumatologique, aucune incapacité de travail prolongée chez l'assurée.

4.4 Dans sa prise de position du 4 octobre 2010, le généraliste traitant de l'assurée a contesté les conclusions retenues sous l'angle rhumatologique par l'expertise bidisciplinaire, avançant que la capacité de travail de sa patiente était altérée.

4.5 Dans son avis médical du 12 novembre 2010, la psychiatre traitante de la recourante a mentionné l'absence de (toute) évolution positive dans la symptomatologie psychique de sa patiente depuis le début des traitements, les symptômes anxieux et dépressifs étant toujours présents. Rappelant qu'il existait, en sus de ces symptômes (en aggravation), des troubles cognitifs à prédominance mnésique et une symptomatologie douloureuse (non explicable somatiquement), cette praticienne a considéré que l'assurée présentait une incapacité totale de travailler dans l'économie libre, une (éventuelle) activité en milieu protégé pouvant (peut-être) encore être envisageable.

4.6 Le rapport médical de la clinique psychiatrique où la recourante a séjourné de manière stationnaire du 9 mars au 14 avril 2011, rédigé le 23 juin 2011, a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.1), considérant que cette pathologie avait des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Le médecin consulté a décrit une patiente fragile psychiquement en raison d'un état dépressif et en présence de douleurs et d'une fatigue invoquées par l'assurée. Considérant que la recourante était dans l'incapacité totale de travailler durant son séjour stationnaire, le médecin consulté a émis un pronostic défavorable pour l'avenir, n'envisageant pas la reprise d'une activité professionnelle ou une amélioration de la capacité de travail.

4.7 Sollicité par la recourante, le Dr G. _____, spécialiste FMH en neurologie, dans son expertise (privée) du 22 juillet 2011, a retenu un (vraisemblable) syndrome post-traumatique chronifié (aggravé par la [mauvaise] évolution de la patiente après le premier accident), des cervicalgies chroniques, des troubles cognitifs légers et des douleurs au

niveau des deux genoux qualifiées selon lui d'atypiques. Il a aussi fait état d'un syndrome anxio-dépressif marqué. Il a estimé que l'assurée était dans l'incapacité totale de travailler en raison (principalement) d'une évolution défavorable des symptômes anxieux (et non de douleurs chronifiées). Il a considéré qu'une reprise du travail à temps partiel, dans une fonction sociale ou dans un atelier protégé était fortement souhaitable.

4.8 Dans son avis médical du 13 septembre 2011, la psychiatre traitante de l'assurée a fait état d'une péjoration de l'état de santé de sa patiente depuis le début de l'année 2010, cette évolution défavorable étant encore plus marquée depuis 2011. Concernant les pathologies retenues, elle a mentionné un trouble dépressif récurrent, un léger trouble cognitif (vraisemblablement d'origine post-traumatique) et un syndrome douloureux chronique post-traumatique également. D'un point de vue psychiatrique, elle considère que la recourante est dans l'incapacité totale de travailler.

4.9 Suivant l'avis du psychiatre du SMR du 7 novembre 2011, l'Office AI a requis, le 4 janvier 2012, l'établissement d'une nouvelle expertise psychiatrique (rapport du 29 mars 2012; cf. let. B). L'expert mandaté a retenu, comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) générateur de troubles de la concentration et d'une importante fatigabilité et un état de stress post-traumatique chronique (F43.1) allant en s'atténuant mais occasionnant, selon lui, un état de tension favorisant les contractions musculaires douloureuses et des manifestations neuro-végétatives. Il a estimé aussi que l'humeur instable de l'assurée influençait négativement sa tolérance à la douleur. Ce spécialiste a évalué la capacité de travail de l'assurée, dès le 7 janvier 2008, à hauteur de 40% (activité répartie sur quatre demi-journées l'après-midi) dans une activité bien profilée (telle réceptionniste) moyennant une perte de rendement de 20%.

4.10 Tout en excluant toute aggravation de l'état de santé de la recourante, la prise de position du psychiatre du SMR du 3 octobre 2012 a fait état d'un statut après un accident de voiture en 2006 avec une distorsion cervicale (avec un syndrome douloureux persistant, sans lésions somatiques objectivables), un statut après chute dans les escaliers en 2007 (ayant exacerbé la symptomatologie douloureuse en liaison avec le

premier accident) et un épisode dépressif moyen (F32.11), ces pathologies étant considérées comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, sans toutefois en préciser la mesure.

4.11 Dans sa prise de position du 26 mars 2013, tout en mentionnant une instabilité de l'état psychique de sa patiente, la psychiatre traitante de la recourante a mentionné une légère amélioration sans rémission complète de la symptomatologie psychique de sa patiente.

4.12 Dans son avis médical du 21 mars 2014 adressé à l'intimé, le généraliste traitant de la recourante a fait état d'un état de santé stationnaire chez sa patiente, en présence d'une grave distorsion cervicale. En raison de cette pathologie, il a estimé que l'assurée était (totalement) incapable de travailler, ne nécessitant toutefois pas l'aide de tiers pour mener à bien ses tâches quotidiennes.

4.13 La prise de position rédigée le 19 mai 2014 à l'attention de l'intimé par la psychiatre traitante de la recourante a mis principalement en exergue les diagnostics de trouble dépressif récurrent (F32.11, existant depuis 2007) et un état de stress post-traumatique en raison de l'accident survenu en 2006 ayant généré une distorsion de la colonne vertébrale (F43.1), ces pathologies étant considérées par cette praticienne comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de la recourante. La psychiatre a fait état d'un risque important de suicidalité chez une patiente ralentie, nerveuse et anxieuse. Son humeur a été qualifiée de labile, empreinte d'angoisses et de désespoir, sans perspectives d'avenir, mais en présence d'un discours globalement logique et en l'absence d'hallucinations. Tout en réservant son pronostic, cette praticienne a relevé que sa patiente venait en thérapie à son cabinet à raison de toutes les deux à trois semaines.

4.14 Suivant la recommandation de son SMR, l'Office AI a requis la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire sur les plans de la médecine interne, neurologique et psychiatrique, sur laquelle il s'est fondé pour rendre la décision contestée, dont les conclusions ont été rédigées le 10 octobre 2014.

L'expert en médecine interne, consulté le 10 juillet 2014, n'a retenu aucune pathologie ayant des effets sur la capacité de travail de l'assurée. Il a fait

état de l'absence de plaintes spontanées significatives de l'assurée. Hormis quelques troubles révélés par anamnèse systématique, qu'il considère comme banals, il a fait état d'un status dans la norme. Le neurologue, qui a examiné la recourante le 9 juillet 2014, a retenu un status après une distorsion cervicale simple, sans évidence clinique de distorsion ligamentaire ni atteinte du système nerveux et locomoteur. Considérant que les atteintes sensitivomotrices de la recourante ne reposaient sur aucun substrat somatique, il a mis en exergue, sur la base de la description des troubles et constatations cliniques, l'existence d'un TSD/fibromyalgique, tant du système locomoteur que nerveux. D'un point de vue strictement neurologique et locomoteur (renvoyant pour le surplus à la jurisprudence applicable en matière de TSD), il a retenu une pleine capacité de travail depuis avril 2007 au plus tard. Sur le plan psychique, l'expert psychiatre a diagnostiqué un syndrome somatoforme persistant (F45.4) en présence de douleurs chroniques sur lesquelles la recourante est focalisée, sans toutefois présenter, aux dires de l'expert, un comportement démonstratif. Il a également mentionné un épisode dépressif léger (F32.00) sans syndrome somatique, plutôt qu'une dysthymie, compte tenu du contrôle que l'assurée doit exercer sur ses émotions. Au final, il a nié toute limitation fonctionnelle sous l'angle psychiatrique sur la base des critères déterminants pour l'évaluation d'un TSD.

Sous l'angle interdisciplinaire, les experts n'ont retenu aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, estimant que l'assurée disposait, après une période de 6 mois écoulés après le premier accident d'une pleine capacité de travail (la fracture du coude gauche n'ayant entraîné qu'une incapacité temporaire de travail), sans aucune limitation (ni en temps, ni en rendement). Comme pathologies considérées comme sans influence sur la capacité de travail, ils ont mentionné un statut après distorsion cervicale simple sans atteinte du système nerveux et locomoteur, un statut après fracture de la tête du radius gauche, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00) et une obésité de classe I.

4.15 Dans un ultime avis médical daté du 23 juin 2015 et rédigé à la demande de la recourante suite au rapport d'expertise du COMAI, joint au

recours, la psychiatre traitante a réitéré le fait que la capacité de travail de l'assurée, jusqu'au jour de la décision contestée, n'avait pu être améliorée d'aucune manière, tant par des mesures médicales (lesquelles ont évité, selon cette spécialiste, de graves décompensations psychiques, voire des hospitalisations régulières en milieu psychiatrique) que professionnelles (comme en atteste, selon ce médecin, l'échec de l'observation professionnelle dans un centre spécialisé en 2010), tout en rappelant que depuis 2010, l'assurée n'est plus (du tout) en contact avec le monde du monde du travail.

5.

5.1 La recourante invoque tout d'abord un grief d'ordre formel à l'égard de l'expertise du COMAI. Elle considère que le fait que les pièces médicales versées au dossier AI ont été analysées et résumées (dossier [dos.] AI 146.1/2) par un médecin tiers (ne participant pas aux examens cliniques) dénote de la part des experts mandatés par l'AI d'une mauvaise connaissance de la situation médicale de la recourante, ces derniers n'ayant pas pris le temps de consulter personnellement les documents médicaux la concernant.

5.2 Dans l'examen de la force probante d'une expertise médicale, est avant tout déterminant le fait que l'expertise soit complète au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (TF 8C_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2). En l'occurrence, il faut d'emblée remarquer, d'un point de vue formel, que si un médecin tiers a certes résumé le dossier médical avant l'examen clinique pratiqué par l'expert, il n'a nullement procédé à une analyse médicale de la situation, empreinte d'un jugement de valeur (tâche dévolue à l'expert), se contentant (uniquement) de relater les diagnostics retenus en amont de l'expertise par ses confrères et les estimations de la capacité de travail y relatives. Selon la méthode de travail décrite en introduction, les experts examinent séparément l'assurée après avoir lu attentivement le dossier et le résumé. Ils établissent conjointement le rapport après discussion interdisciplinaire et un médecin expert n'ayant

pas examiné l'assurée vérifie encore la cohérence d'ensemble. A la lecture attentive du rapport d'expertise, il apparaît que les experts mandatés ne se sont pas "contentés", dans leur appréhension de la situation, de l'analyse du dossier par le médecin tiers, ainsi que l'atteste, par exemple, la référence au rapport du stage d'observation lorsque la sévérité du trouble de l'humeur de la recourante a dû être appréciée dans le temps (dos. AI 146.1/16), ce qui dénote, contrairement à l'avis de la recourante (recours ad article 18 p. 8), que les experts ont personnellement (et en sus d'une analyse de dossier résumée) consulté les pièces médicales topiques. Partant, ils disposaient, de toute évidence, d'une bonne connaissance et appréhension du dossier pour évaluer le cas d'espèce. Pour le surplus et d'un point de vue formel toujours, l'expertise pluridisciplinaire rédigée le 10 octobre 2014 est complète, convaincante et satisfait aux exigences jurisprudentielles (cf. c. 2.4). Elle fournit les renseignements et évaluations devant permettre à l'administration et au juge d'estimer le caractère invalidant des atteintes à la santé de la recourante. Elaborée sur la base d'examens personnels de l'assurée, en médecine interne, en neurologie et en psychiatrie, elle comporte une anamnèse précise sur les plans personnel, social et professionnel. Les avis médicaux antérieurs figurant au dossier (quand bien même énumérés pour certains par un médecin externe) ont été pris en considération par les experts, démontrant une étude approfondie et consciencieuse du dossier. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions des experts motivées. Quant aux atteintes à la santé (suspectées), elles ont été appréhendées de manière claire et sont documentées à suffisance.

Le reproche de l'existence d'un vice formel entachant l'expertise doit par conséquent être écarté.

6.

6.1 D'un point de vue matériel et sous l'angle somatique tout d'abord, les experts n'ont retenu aucune pathologie de médecine interne ou neurologique invalidante et, partant, ont nié toute altération de la capacité de travail chez la recourante.

Pour arriver à cette conclusion, ils ont tout d'abord pris en considération les plaintes formulées par l'assurée, qui ont mis (principalement) en évidence des cervicalgies et lombalgies chroniques et des céphalées quasi quotidiennes. Suite à l'examen clinique de médecine interne soigneusement effectué, les experts n'ont pu mettre en exergue aucune limitation (il est question d'une assurée dont l'état est qualifié de sans particularités, notamment au niveau du status général, cardiovasculaire, abdominal, ostéoarticulaire). Quant à l'examen neurologique, il n'a, lui non plus, pas permis d'expliquer l'intensité du trouble douloureux éprouvé par la recourante. Les experts ont en effet décrit une assurée souriante, se déplaçant aisément, sans expression douloureuse, capable de s'allonger puis se relever de la table d'examen sans aucun problème. Prenant en considération les dorsopathies invoquées par la recourante, les experts n'ont pu observer que de discrets troubles statiques et une limitation modérée de la mobilité du rachis cervico-dorsolombaire. Les phénomènes de lâchage à l'examen des membres inférieurs et supérieurs n'ont pu être expliqués qu'en raison des douleurs éprouvées par l'assurée, aucun déficit moteur n'ayant pu être constaté. Arrivant logiquement à la conclusion que le tableau clinique observé était asymptotique, les experts se sont penchés sur les documents radiologiques versés au dossier qui n'ont, eux non plus, pas pu mettre en évidence de lésions post-traumatiques, seuls des troubles dégénératifs modérés (dans les normes pour une assurée d'une soixantaine d'années), une rectitude verticale et des discopathies pluri-étagées (sans instabilité pathologique) pouvant être mis en évidence. Par conséquent, en l'absence de documentation médicale ou observations cliniques susceptibles d'établir de quelconques substrats somatiques à même d'expliquer les douleurs ressenties, il convient donc, à l'instar des experts du COMAI, de nier l'existence d'une pathologie somatique autonome et, partant, de nier également toute altération de la capacité de travail dans ce contexte-là.

6.2

6.2.1 Pour ce qui est toujours de la fiabilité matérielle de l'expertise, mais sous l'angle psychique, sur la base des considérations qui précèdent, c'est de manière tout à fait fondée et grâce au caractère pluridisciplinaire de

l'expertise du COMAI que les experts ont appréhendé le tableau clinique présenté par la recourante sous le diagnostic général de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) qui ne saurait être remis en question en l'espèce. Le TA relève que, si, certes, la locution retenue par les experts du COMAI n'avait, jusqu'à la date de la décision contestée, pas été expressément formulée en ces termes par le corps médical, il n'en demeure pas moins que les prémisses à un tel diagnostic avaient de toute évidence déjà été évoquées, tant par les spécialistes en neurochirurgie (en 2009), ou en neurologie (en 2011), qui avaient relevé pour l'un, un syndrome cervico-céphalique chronique non spécifique et pour l'autre, des douleurs au genou de nature atypique, que par la psychiatre traitante, qui, quant à elle, avait également envisagé un syndrome douloureux chronique en 2011.

6.2.2 Toujours sous l'angle psychique, le TA estime qu'il n'y a pas lieu de s'écarter du diagnostic d'épisode dépressif léger retenu par les experts du COMAI. Il est patent que la description (soigneusement rapportée par les experts) que fait la recourante de son état (fatigue importante, tristesse, irritabilité, dévalorisation, baisse de la confiance en soi, idées noires, ces éléments caractérisant en fonction de leur intensité des épisodes dépressifs moyens ou sévères) contraste à plus d'un titre avec les observations cliniques des experts: ceux-ci ont décrit une assurée qui soigne son apparence, bien organisée, s'exprimant spontanément et au dynamisme conservé, pouvant se montrer souriante par moment, exempte de troubles cognitifs, sans fatigue ni tristesse envahissante (dos. AI 146.1/13 et 14). Dans ces conditions, le TA ne peut qu'abonder dans le sens préconisé par les experts, à savoir qu'il existe un important décalage entre les troubles formulés par l'assurée et des éléments du statut (d'épisode dépressif léger) qu'il convient (à l'instar des experts) de qualifier comme discrets. Le TA relève que les experts ont tenté d'expliquer et de remédier à cet important défaut de concordance entre les plaintes formulées et leurs observations. Ainsi, ils ont pris en considération un certain contrôle que l'assurée semble opérer sur ses émotions, "pour faire bonne figure" comme elle le déclare. Partant, ils ont écarté la présence d'une dysthymie (pathologie psychique moins incisive, et qui se serait pourtant imposée au vu des observations cliniques) au profit d'un épisode

dépressif léger, diagnostic auquel il convient de se rallier. Or, de jurisprudence constante, le TF a considéré qu'un épisode dépressif (même) moyen (le cas échéant réactionnel: TF 9C_302/2012 du 13 août 2012 c. 4.3.2 pas publié dans l'ATF 138 V 339), tout comme une dysthymie (SVR 2011 IV n° 17 c. 2.2.2), ne sont eux-mêmes pas de nature invalidante, car étant susceptibles d'être traités, ils ne présentent pas de caractère durable et ne sont pas incapacitants au sens de l'AI (voir notamment TF 8C_851/2015 du 10 février 2016 c. 4.4, 9C_892/2016 du 22 janvier 2016 c. 2). Dans la détermination de l'intensité du trouble dépressif dont souffre la recourante, le TA précise encore que l'apparente divergence de diagnostics entre l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique arrêté par l'expert psychiatre en 2012 et celui d'épisode dépressif léger retenu par les experts du COMAI en 2014 doit d'emblée être relativisée. En effet, c'est suite à l'examen de l'assurée ayant eu lieu en janvier 2012 que l'expert psychiatre mandaté a fait état d'un épisode dépressif de degré moyen. Or, cette pathologie retenue s'inscrivait dans le contexte d'une aggravation (momentanée) de l'état de santé de l'assurée (dès 2010), marquée principalement en 2011, ainsi que l'a attesté la psychiatre traitante, dans son avis médical du 13 septembre 2011. Par la suite, une légère amélioration de la symptomatologie psychique a été relevée par cette même spécialiste dès mars 2013 et confirmée par la prise de position du 21 mars 2014 du généraliste traitant (qui atteste un état de santé stationnaire chez sa patiente, en présence de restrictions d'ordre somatique exclusivement) ou encore le 19 mai 2014 où la même psychiatre traitante n'a fait état d'aucune (nouvelle) aggravation de la symptomatologie psychique chez sa patiente, se contentant de mentionner un trouble dépressif récurrent, sans en préciser l'intensité. Dans ces conditions, l'on ne saurait s'écarter des conclusions arrêtées par les experts du COMAI. Il convient de retenir, qu'en matière de troubles de l'humeur, l'assurée, au moment de la décision contestée, souffrait d'un trouble dépressif léger, qui, précisément en raison de la faiblesse de son intensité, ne saurait induire de limitation en matière de capacité de travail.

6.2.3 Enfin, dans l'examen d'une possible symptomatologie anxieuse chez l'assurée, les experts n'ont pas omis de prendre en considération d'éventuelles séquelles psychologiques en raison de l'accident survenu en

2006. Ils ont tout d'abord envisagé, chez la recourante, la présence d'une pathologie liée à un facteur de stress sévère, tel qu'un état de stress post-traumatique (F43.1) et comme l'ont retenu plusieurs intervenants du corps médical [cf. notamment c. 4.2, 4.7 et 4.13]) et en particulier l'expert psychiatre en 2012 (cf. c. 4.9). Les experts du COMAI ont argumenté avec conviction les raisons pour lesquelles ils excluaient toutefois un tel diagnostic en se fondant sur l'argumentation médicale figurant sous F43.1 CIM. Ils ont ainsi estimé qu'une telle pathologie devait être la résultante d'une situation ou un événement stressant qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus, mais amenés à disparaître à plus ou moins court terme. Considérant le temps écoulé (près de 9 ans) depuis la survenance de l'événement accidentel, en octobre 2006 (même l'avis du spécialiste en psychiatrie en 2012, pourtant divergent dans l'estimation de la capacité de travail, mentionnait à ce moment-là déjà un trouble post-traumatique s'estompant progressivement [dos. AI 101/31]), les experts ont estimé à juste titre que le trouble anxieux chez la recourante (de par sa durée) ne pouvait plus être qualifié comme un état de stress traumatique, mais devrait bien plutôt être examiné dans le contexte d'une évolution chronique. Ne négligeant aucune piste, ils ont même envisagé un stade plus sévère qu'un état de stress post-traumatique, à savoir une modification durable de la personnalité survenant après une expérience de catastrophe (F62.0), dont ils en ont, à raison, nié l'existence, le critère d'intensité du stress n'étant pas rempli (la recourante n'ayant pas vécu notamment un désastre, une captivité prolongée ou subi des actes de terrorisme).

6.3 Au vu des considérations qui précèdent, le TA retient que, sur le plan psychique, la recourante souffre d'un TSD (cf. c. 6.2.1) - aucune autre affection psychique susceptible d'être invalidante ne pouvant être retenue (cf. c. 6.2.2 et 6.2.3) -, dont il convient d'examiner l'éventuel caractère invalidant (cf. c. 6.4), l'avis des médecins sur ce point n'ayant qu'un caractère de proposition faite aux organes d'application de l'AI (cf. c. 2.3).

6.4 Durant la présente procédure judiciaire, le TF a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'AI en cas de TSD et de troubles psychosomatiques comparables (ATF 141 V 281, arrêt rendu le

3 juin 2015). La nouvelle jurisprudence doit être prise en considération pour les cas encore pendants au moment du revirement (TF 9C_476/2009 du 7 décembre 2009 c. 3.3; VGE IV/15/130 du 15 juillet 2015 c. 2.3). Il convient de préciser, à toutes fins utiles et dans la mesure où la recourante conclut à l'annulation de la décision contestée au motif qu'elle se fonde sur la jurisprudence obsolète du TF, qu'une expertise mise en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perd pas d'emblée toute valeur probante. Dans le cadre de l'examen global et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et 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, 137 V 210 c. 6). En l'espèce, comme la proposition des experts niant tout caractère incapacitant (donc invalidant) au TSD est fondée sur un raisonnement calqué sur l'ancienne jurisprudence, il y a lieu de procéder à une analyse conforme à la nouvelle méthode initiée par l'ATF 141 V 281 (voir par exemple TF 9C_154/2016 du 19 octobre 2016 c. 4.1).

Dans l'examen de la preuve d'une atteinte à la santé (1^{ère} étape de l'évaluation, de nature diagnostique, selon la nouvelle jurisprudence), le TA mentionne tout d'abord qu'il convient d'admettre, au vu de ce qui précède, que la recourante souffre d'un TSD persistant au sens strict (F45.40). Par ailleurs, comme le TF l'a précisé, le diagnostic de TSD persistant ne conduit à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI que si cette pathologie résiste aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49. Le TF a ainsi considéré qu'il n'existait aucune atteinte à la santé lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche reposait sur une exagération manifeste. Il est vrai que le tableau douloureux invoqué par la recourante (cervicalgies chroniques de type mécanique et inflammatoire et lombalgies chroniques) et les limitations en résultant (elle ne peut assurer dans le ménage que le repassage, faire quelques courses ou se rendre dans les centres commerciaux) contraste avec le tableau clinique retracé par l'expert en médecine interne qui a fait état d'une assurée se déplaçant aisément sans expression douloureuse, mobile dans ses mouvements pour se vêtir/dévoiler et capable de se relever de la table d'examen. Il n'en demeure pas moins que même s'il existe de toute évidence une restriction de la pensée sur les douleurs, l'on ne saurait parler

d'une attitude démonstratrice de l'assurée (dos. AI 46.1/12). Quant à la preuve de l'incapacité de travail (2^{ème} étape), le TF désormais abandonne la présomption selon laquelle les troubles psychosomatiques concernés ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Il n'en reste pas moins que de manière inchangée, selon la volonté claire du législateur exprimée à l'art. 9 al. 2 LPGA, dans le but d'une perspective objective, il faut partir du principe qu'une personne est valide. Il s'agit désormais d'évaluer la capacité de travail de façon normative et structurée sur la base d'un catalogue d'indicateurs (répartis en deux grandes catégories: "degré de gravité fonctionnel" et "cohérence") qui tiennent compte des facteurs de contrainte restreignant cette capacité, mais aussi du potentiel de compensation (ressources; ATF 141 V 281 c. 3.7.2, 4.3, 4.4 et 5). En l'espèce, il est admis que la pathologie psychique de la recourante trouve son origine dans des charges émotionnelles qui l'ont fragilisée depuis 2006: la survenance d'un accident de voiture alors qu'elle était assoupie, un nouvel événement accidentel (certes moins marquant) moins d'une année après, en septembre 2007, des tensions familiales après que l'assurée eut été, selon elle, spoliée dans une succession, son frère favorisé ayant réalisé de gros bénéfices en vendant des terrains hérités et la résiliation de son contrat de travail par son employeur pour août 2010. Il n'en demeure pas moins que pendant la période faisant (au plus) l'objet de la contestation (de juillet 2008, six mois après le dépôt de la demande [art. 29 al. 1 LAI] à la date de la décision du 17 septembre 2015), il apparaît que la recourante n'est pas isolée socialement: elle vit en concubinage avec son ami (de longue date). Même si elle déclare avoir une vie sociale beaucoup moins active, elle voit encore quelques amis et quitte son domicile pour aller faire ses courses. Ses journées ont des composantes structurées (lever vers 8h le matin, déjeuner, repos, repas de midi, repos l'après-midi en visionnant la télévision) et dynamiques (préparation des repas, activités domestiques au besoin [repassage, courses]). De plus, elle est aussi capable d'optimiser ses ressources, en faisant preuve d'une plus grande compliance médicamenteuse (les taux des composés psychoactif, sédatif, anxiolytique et antidépresseur étant dans le bas de la zone thérapeutique) et en intensifiant au besoin ses séances de psychothérapie, qui (n')ont actuellement lieu (que) toutes les deux à trois semaines. Elle dispose aussi

d'un potentiel d'amélioration de son hygiène de vie en diminuant sa (sur)charge pondérale. Ces éléments, à l'aide des indicateurs standards, ne permettent pas d'établir, avec une vraisemblance prépondérante, des répercussions fonctionnelles d'atteintes à la santé médicalement constatées de manière concluante et exempte de contradictions susceptibles d'attribuer un caractère invalidant au TSD (ATF 141 V 281 c. 6). Le TA parvient donc aux mêmes conclusions que celles de l'expertise bidisciplinaire, quand bien même celle-ci a-t-elle été rédigée en fonction des critères posés sous l'ancienne jurisprudence. Par conséquent, c'est à raison que les experts ont estimé que l'assurée, sur le plan psychique, ne subissait aucune limitation et qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail. Sur cette base, c'est à raison que l'Office AI a nié le droit de l'assurée à toute prestation AI et il est superflu d'organiser des mesures probatoires supplémentaires comme le requiert à titre subsidiaire le recours.

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et doit être rejeté.

7.2 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).

7.3 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. 2 et 108 al. 1 et 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 la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,
 - à [...].

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).