

200.2016.1216.AI

DEJ/BEJ

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

**Jugement du 13 avril 2018**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli, juge  
J. Desy, 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 7 novembre 2016

**En fait:**

**A.**

A.\_\_\_\_\_, née en 1955, mariée, formée en qualité d'employée de bureau, a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par demande datée du 24 juin 2011 (réceptionnée le 8 juillet 2011 par l'Office AI Berne), indiquant souffrir d'un traumatisme en accélération du rachis cervical intervenu le 7 mars 2006. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne l'a instruite, requérant des informations auprès des employeurs actuels ou anciens et auprès des médecins traitants, puis a requis le dossier de l'assureur-accidents et perte de gain en cas de maladie de l'employeur de l'intéressée. Après avoir encore obtenu deux nouveaux rapports médicaux spécialisés, l'Office AI Berne, par préavis du 22 février 2012, a indiqué à la recourante qu'il entendait lui nier tout droit à des prestations AI, faute d'invalidité de longue durée.

La recourante, représentée par un mandataire professionnel, a formulé des observations relatives à ce préavis, faisant en substance valoir qu'une nouvelle expertise était prévue dans le cadre de la procédure en assurance-accidents. Après avoir reçu, en janvier 2016, ladite expertise, l'Office AI Berne a, par nouveau préavis du 2 mars 2016, indiqué qu'il n'existait pas d'invalidité de longue durée et entendait nier le droit de la recourante à des prestations AI.

**B.**

Le 20 avril 2016, la recourante, toujours représentée en procédure, a formulé des observations à l'encontre du préavis susmentionné, produisant différentes pièces justificatives à l'appui de son écrit. Après avoir pris conseil auprès de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne a confirmé son préavis par décision du 7 novembre 2016.

## **C.**

Par acte de recours du 8 décembre 2016, la recourante, représentée par le même mandataire professionnel, a porté la cause devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) en concluant, sous suite des frais et dépens, à l'annulation de la décision susmentionnée et, principalement, à la condamnation de l'Office AI Berne à verser les prestations découlant de l'AI, au besoin en ordonnant les mesures d'instruction nécessaires, ou, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

Dans son mémoire de réponse du 13 janvier 2017, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours.

Le 3 mars 2017, le mandataire de la recourante a produit sa note d'honoraires.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI Berne du 7 novembre 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de la recourante aux prestations de l'AI. Au vu des conclusions et des motifs du recours, l'objet du litige porte sur l'octroi à la recourante des prestations de l'AI ou, subsidiairement, au renvoi de la cause pour instruction complémentaire. Est particulièrement critiqué le fait que l'intimé se soit satisfait de la recommandation exprimée par son SMR et n'ait pas investigué davantage l'existence d'atteintes psychiques.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment légitimé, 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** Vu l'issue du recours, son jugement en incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans une composition de deux juges (voir ci-après c. 5.2; art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 3 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). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de l'existence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante pour l'incapacité de gain, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché du travail équilibré. 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** 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 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). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, pourrait encore exercer une activité sur le marché du travail qui lui est offert 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). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4). 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, 2016 IV n° 2 c. 4.2).

Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. 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).

**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). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (voir l'art. 16 LPGA).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (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.**

**3.1** Les thèses des parties sont les suivantes.

**3.1.1** En substance, l'Office AI Berne s'est basé sur le rapport de son SMR de septembre 2016, qu'il considère comme ayant entière force probante, pour retenir qu'il n'existe pas de diminution de la capacité de travail dans l'activité exercée.

**3.1.2** Quant à la recourante, elle considère que l'appréciation de l'Office AI Berne n'est pas fondée sur des données médicales fiables. En substance, elle fait valoir que les expertises réalisées l'ont été dans le contexte de l'assurance-accidents et ne répondent pas aux questions importantes et déterminantes en terme d'AI. Par ailleurs, elle reproche au rapport sur dossier du SMR, rédigé par un médecin spécialisé en médecine interne et en rhumatologie, de ne pas tenir compte de l'incapacité de travail attestée par les médecins traitants, mais également des importants remaniements intervenus dans sa vie professionnelle (arrêt d'une occupation professionnelle, diminution d'une autre, puis tentative avortée de reprise d'une nouvelle deuxième occupation professionnelle). La recourante reproche également au médecin du SMR de ne pas avoir tenu compte de la persistance des traitements subis depuis l'accident et des troubles ressentis suite à celui-ci. Finalement, elle reproche au médecin du SMR d'avoir complètement négligé de se prononcer sur les exigences jurisprudentielles liées aux troubles somatoformes douloureux.

**3.2** Il ressort du dossier les éléments de faits suivants.

**3.2.1** La recourante bénéficie d'une formation d'employée de bureau. Elle travaille depuis 1998 à temps partiel dans un centre de formation pour adultes en tant que réceptionniste-téléphoniste (80%). En outre, elle a participé à la mise en place, en tout cas de 2005 à fin 2008, d'une carrosserie (20%; voir ci-après c. 3.2.2), alors exploitée par une société dont elle et son mari sont les administrateurs (voir le questionnaire pour l'employeur complété le 27 août 2011 et l'extrait du registre du commerce accessible en ligne). Sur le plan médical, antérieurement à l'accident de 2006, la recourante a été opérée de l'appendicite à 9 ans, puis du genou droit à l'âge de 28 ans. En 1990, elle a subi une hystérectomie totale et annexectomie unilatérale, puis, en 1995, l'ablation de l'autre ovaire en raison d'un kyste. A noter encore l'existence suspectée d'une maladie de Lyme en 2004 avec atteinte neurologique périphérique au niveau des

membres inférieurs, maladie qui a bien répondu au traitement administré (pour les éléments médicaux qui précèdent, voir notamment dossier [dos.] AI 27.4/4).

**3.2.2** Après réception de la demande de prestations AI le 8 juillet 2011, l'Office AI Berne a demandé à la recourante des informations quant à l'accident évoqué et requis des employeurs actuel et ancien de compléter un formulaire. La recourante a indiqué le 9 août 2011 que l'accident du 7 mars 2006 s'était déroulé comme suit: "en quittant la route cantonale pour prendre le chemin de mon domicile, mon véhicule a été violemment tamponné par l'arrière, suivi d'un vol plané de 15 m. env. pour terminer sa course dans la barre anti-encastrement d'un camion" (voir dos. AI 11). Le 12 août 2011, le centre de formation employant l'assurée a indiqué, notamment, que l'assureur-accidents et maladie ne versait plus de prestations depuis mi-juin, dès lors qu'il considérait que le travail pourrait être repris à 100% (d'un taux de 80%). Le 27 août 2011, la carrosserie a mentionné que le travail effectué (à raison de deux heures par jour) était trop exigeant pour l'assurée et que, d'entente, le contrat avait été suspendu à fin 2008 dans l'espoir d'un retour à meilleure santé (voir dos. AI 20).

**3.2.3** Le 21 septembre 2011, la médecin généraliste traitant de la recourante a rédigé un rapport médical à l'intention de l'Office AI Berne. Elle a retenu le diagnostic de status post accident de la voie publique avec distorsion de la colonne cervicale et syndrome lomboradiculaire à prédominance gauche, ce diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics de spondylarthrose L4/L5 et de hernie discale I5/S1 sont également posés, sans qu'ils n'aient de répercussions sur la capacité de travail. La médecin a indiqué une incapacité complète de travail entre le 31 mars et le 31 mai 2011, une incapacité de travail de 50% du 1<sup>er</sup> juin au 28 septembre 2011, puis selon évolution (voir également ci-après c. 3.2.11).

**3.2.4** Le 23 novembre 2011, un chirurgien orthopédique consulté par la recourante du 28 septembre 2010 au 1<sup>er</sup> février 2011 a indiqué à l'intimé, joignant une copie du rapport adressé le 4 février 2011 à la médecin généraliste précitée, que la recourante souffrait d'un syndrome douloureux lombo-radiculaire du côté gauche ainsi que d'une distorsion cervicale. Il a

également indiqué une capacité de travail de 50% entre septembre 2010 et le 30 novembre 2010.

**3.2.5** Le 22 décembre 2011, l'Office AI Berne a reçu le dossier de l'assureur-accidents et perte de gain en cas de maladie de l'employeur de la recourante (voir dos. AI 27). Ce dossier contient une expertise rhumatologique réalisée le 17 mars 2011 par un médecin spécialiste en médecine interne et en maladies rhumatismales, expertise dont il ressort les diagnostics de lombosciatalgie L5 gauche discrètement déficitaire, sur canal rétréci en L4/L5, et de status après distorsion cervicale en 2006 avec cervico-dorso-lombalgie chronique et trouble de la concentration. Concernant la capacité de travail, l'experte en rhumatologie retient une capacité actuelle de l'ordre de 25%, mais qui pourrait rapidement être améliorée par des infiltrations telles que préconisées. En l'absence d'amélioration à relative brève échéance (cinq à six mois), l'experte préconise la réalisation d'une nouvelle évaluation ainsi qu'un avis psychiatrique en raison de la durée inhabituelle de l'incapacité de travail.

**3.2.6** Le 22 décembre 2011, un neurologue consulté les 8 juillet 2004 et 27 janvier 2011 par la recourante a transmis à l'Office AI Berne un rapport médical selon lequel celle-ci est atteinte, en plus des diagnostics déjà énumérés, d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral modéré depuis 2004, précisant qu'il s'agit d'un trouble accessoire et peu marqué. Il ne retient aucune incapacité de travail. Le neurologue a également joint à son envoi les rapports médicaux établis en 2004 et 2011 à l'intention de la médecin généraliste traitant.

**3.2.7** Le 11 février 2012, un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie consulté entre le 15 septembre et le 8 novembre 2011 a indiqué à l'Office AI Berne que la recourante souffrait d'un syndrome d'apnée du sommeil léger, de dysfonction otolithique probable et d'acouphène bilatérale. Il ne retient pas d'incapacité de travail.

**3.2.8** L'expertise neurologique organisée par l'assureur-accidents et mentionnée dans les observations contre le préavis du 22 février 2012 a été réalisée le 8 mai 2012, mais n'a été transmise à l'Office AI Berne que le 6 janvier 2016. A titre de diagnostics, l'expert en neurologie retient une

distorsion cervicale de degré I selon la Québec Task Force, un traumatisme cranio-cérébral mineur, tous deux en relation avec l'accident du 7 mars 2006, et relève également l'existence d'un syndrome douloureux chronique, cervical et scapulaire bilatéral, avec céphalées, vertiges, troubles mnésiques subjectifs, asthénie, d'origine indéterminée. Dans le cadre des critères prévalant dans l'assurance-accidents, il retient un statu quo sine au plus tard 12 mois après le 7 mars 2006, l'absence de limitations fonctionnelles somatiques, en particulier neurologiques, et une pleine capacité de travail dans l'activité exercée. L'expert souligne également une évolution inhabituelle avec apparition d'une symptomatologie différente deux ou trois mois après l'accident et soupçonne l'existence d'un trouble somatoforme douloureux au vu de la cause somatique très peu probable de ladite symptomatologie (voir dos. AI 51/13-14).

**3.2.9** Interpellée à la suite de la mention dans ses observations du 20 avril 2016 d'un document médical inconnu de l'Office AI Berne, la recourante a produit un rapport médical du 23 novembre 2009, dans lequel un médecin spécialisé en neurochirurgie a diagnostiqué un status après traumatisme par accélération cranio-cervicale en mars 2006 avec une atteinte cervicale dégénérative (spondylarthrose, spondylose, discarthrose cervicale plurisegmentée), ainsi qu'un probable syndrome du tunnel carpien bilatéral, un probable syndrome de l'apnée du sommeil et une hernie hiatale avec maladie de reflux. Il a précisé que l'ensemble des troubles sont d'origine organique et retient, dans le cadre d'application des critères de l'assurance-accidents, un statu quo sine le 1<sup>er</sup> décembre 2008. Une capacité de travail de 100% avec un rendement de 80% est estimée dans l'activité exercée. L'on relèvera encore que le neurochirurgien préconise un traitement éventuel de l'apnée du sommeil et du syndrome du tunnel carpien bilatéral.

**3.2.10** Il ressort aussi du dossier que le contrat de travail de la recourante la liant au centre de formation pour adultes a été adapté à un taux de 50% (auparavant 80%) dès le 1<sup>er</sup> juin 2016, ce avec son accord (dos. AI 31).

**3.2.11** Le 13 septembre 2016, l'Office AI Berne a soumis le dossier de la recourante à son SMR. Le médecin spécialiste en médecine interne

générale et rhumatologie a en substance considéré qu'une activité de 100% était exigible dans l'activité exercée de réceptionniste-secrétaire. C'est sur la base de cette appréciation médicale que l'Office AI Berne a rendu sa décision, le 7 novembre 2011, niant tout droit de la recourante à des prestations de l'AI.

#### 4.

**4.1** Les rapports du SMR (art. 49 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPG. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en la matière, y compris en ce qui concerne les qualifications médicales requises (TF 9C\_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2 [passage de texte non publié du c. 3.3.2 de l'ATF 135 V 254 = TF 9C\_204/2009]). Les médecins du SMR sont donc parfaitement fondés à s'appuyer sur le dossier médical pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Tel est notamment le cas lorsqu'il s'agit principalement d'apprécier un état de fait médicalement établi et que la confrontation directe du médecin avec la personne assurée passe au second plan (TF 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références). Sous l'angle de l'appréciation des preuves, il y aura néanmoins lieu de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance est tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée par l'AI. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée devront alors également être pris en considération. Si les constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le

rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de la position contractuelle de ce dernier (ATF 125 V 351 c. 3b/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 c. 4.4-4.6). Dans l'examen de la force probante, il est avant tout important que le rapport du SMR soit complet au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (cf. ci-après; TF 8C\_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C\_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

**4.2** En l'espèce, l'appréciation du SMR, qui fait partie intégrante de la décision ici contestée, ne revêt pas tout le caractère probant nécessaire pour pouvoir juger de la présente cause.

**4.2.1** A titre liminaire, il convient de souligner que cette appréciation a été demandée en septembre 2016 suite au dernier rapport produit par la recourante, rapport daté de 2009. La question qui a été posée au médecin du SMR se rapportait ainsi expressément à l'existence d'un changement apporté par ce rapport nouvellement produit au profil d'exigibilité dressé dans l'expertise de 2012, à savoir l'expertise réalisée par un neurologue pour l'assureur perte de gain en cas de maladie et assureur-accidents (voir ci-avant c. 3.2.8). L'examen requis du SMR ne portait ainsi pas sur la globalité des atteintes de la recourante, mais bien davantage sur l'existence d'un changement que pourrait mettre en évidence le rapport médical, certes nouvellement produit, mais datant de 2009. L'approche du médecin du SMR était donc strictement réduite.

**4.2.2** Ensuite, il convient de relever que l'information relative à la diminution du taux de travail au centre de formation de 80% à 50% (voir ci-avant c. 3.2.10; voir également dos. AI 54/3) n'a pas été résumée dans l'anamnèse soumise au médecin du SMR. Il s'agit pourtant d'un élément d'importance. De même, la tentative de reprise d'un emploi à temps partiel (29%) d'octobre 2012 à octobre 2013, indiquée dans les observations à l'encontre du deuxième préavis et qui a dû être abandonnée, selon les allégués de la recourante (voir également les pièces justificatives des observations: dos. AI 54/6-7), n'est pas mentionnée. Quand bien même l'on

ignore les éléments concrets qui ont empêché la recourante de continuer à exercer cette activité professionnelle, il s'agit d'un élément important dont il y a lieu de tenir compte. En tout état de cause, il appert que l'anamnèse présentée au médecin du SMR était incomplète. Dans cette mesure, il paraît difficile, en l'état, d'adhérer à l'appréciation du médecin du SMR selon laquelle une activité à 100% au centre de formation est exigible de la part de la recourante.

**4.2.3** Le médecin du SMR (spécialiste en médecine interne et en rhumatologie) ne se prononce pas non plus sur les aspects psychiques pourtant mis en évidence par deux experts, tant en 2011 (voir ci-avant c. 3.2.5) qu'en 2012 (voir ci-avant c. 3.2.8). Ainsi, dans son expertise d'avril 2011, l'experte en rhumatologie avait expressément indiqué qu'un avis psychiatrique pourrait être nécessaire en absence de reprise du travail à brève échéance, ce qui s'est révélé être le cas (voir dos. AI 27.4/11). L'experte a justifié son avis par la contradiction exprimée entre les douleurs estimées intenses et le peu de prise de médicaments permettant de lutter contre la douleur. En 2012, l'expert en neurologie, appelé à se prononcer sous le seul angle de sa spécialité, a expressément indiqué suspecter l'existence d'un trouble somatoforme, en indiquant que l'évolution de l'atteinte de la recourante est inhabituelle avec l'apparition d'une symptomatologie à caractère différent, apparue deux à trois mois après l'accident survenu en mars 2006, et dont la cause somatique est très peu probable (voir dos. AI 51/14). Dès lors, il faut bien constater qu'il n'existe, au dossier, aucun avis psychiatrique ou prise de position médicale suffisamment étayée concernant la suspicion de l'existence d'une atteinte psychique ou psychosomatique (type d'atteinte qui, selon la jurisprudence, peut résulter d'un traumatisme accidentel avec impact arrière et mécanisme d'accélération-décélération; ATF 139 V 547 c. 2.2). En particulier, le médecin du SMR, du reste non spécialisé en psychiatrie, a pleinement occulté ces éléments, ne les discutant d'aucune façon.

**4.2.4** Sur la base de ce qui précède, il apparaît que l'appréciation donnée par le médecin spécialiste en médecine interne et en rhumatologie du SMR ne suffit pas pour permettre à l'Office AI Berne de rendre une décision tenant compte de la situation globale de la recourante, faute notamment de

se prononcer ou de discuter l'existence de syndrome douloureux, pourtant mis en évidence par deux experts. Si le médecin du SMR se réfère de façon directe à ces expertises, il n'a pas examiné (ou fait investiguer par un psychiatre) ce point de manière spécifique. En présence d'une telle suspicion, compte tenu de la durée de la maladie et de la diminution de la capacité de travail attestée par la médecin traitant la recourante, il appartenait à l'intimé d'instruire cette question. L'on relèvera encore qu'il paraît contradictoire de retenir, d'une part, que les expertises au dossier revêtent une importante force probante, ainsi que le retient le médecin du SMR, puis, d'autre part, de nier l'existence d'un diagnostic d'ordre psychiatrique mis en évidence par les mêmes expertises.

**4.3** A toutes fins utiles, l'on relèvera encore que les experts précités ont été mandatés dans le cadre de l'assurance-accidents et ont ainsi été amenés à répondre à des questions spécifiques dans ce contexte. A titre d'exemple, l'expert en neurologie (2012) a répondu aux questions relatives à la causalité naturelle ou a été invité à définir la "capacité de travail en relation avec les séquelles de l'accident" de mars 2006 (voir dos. AI 51/16). Ces expertises médicales ont ainsi été réalisées dans un but précis. A l'instar de ce qu'a retenu l'intimé dans son mémoire de réponse du 13 janvier 2017, ce but précis ne retire pas immédiatement toute force probante à ces expertises, mais il convient de relever que la situation globale de la recourante n'a pas été véritablement investiguée. En particulier, elle ne l'a pas été pour toute la durée couverte par la décision contestée qui procède d'une demande de prestations datée du 24 juin 2011 et réceptionnée le 8 juillet 2011. Un droit à une rente notamment pourrait ainsi naître en décembre 2011 ou janvier 2012, selon si la demande a été ou non déposée dans un bureau de poste suisse encore en juin ou seulement en juillet 2011, l'absence de preuve de la date d'un tel dépôt pouvant être imputée à l'intimé au cas où il aurait violé son devoir d'enregistrement complet des documents du dossier (art. 29 al. 3 LPG; voir à ce sujet: UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 2015, art. 29 n. 36 et 37; art. 39 n. 8 et 9; art. 46 n. 11). Or, tant en décembre 2011 qu'en janvier 2012, la médecin traitante, seule au dossier à fournir une appréciation globale, attestait (encore) une incapacité de travail de 40% et ce, à des

taux variant de 40% à 100%, sans interruption notable depuis le 21 octobre 2010, à savoir depuis largement plus qu'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI).

**4.4** Sur le vu de ce qui précède, il apparaît que l'Office AI Berne n'a pas instruit à suffisance la situation globale médicale de la recourante avant de rendre la décision contestée. L'appréciation du SMR ne peut servir de base médico-théorique fiable pour l'évaluation de la capacité de travail et de gain (invalidité) de la recourante de décembre 2011 (ou janvier 2012) à la date de la décision contestée (7 novembre 2016). Les attestations de la médecin traitante sont aussi insuffisantes. En tranchant quand même en cet état lacunaire du dossier, l'Office AI a violé le principe inquisitoire (art. 43 al. 1 LPGA; ATF 117 V 282 c. 4a).

**4.4.1** Il se justifie ainsi d'admettre le recours, d'annuler la décision querellée du 7 novembre 2016 et de renvoyer le dossier à l'Office AI Berne pour qu'il rende, après instruction complémentaire, une nouvelle décision relative à l'éventuel droit de la recourante à des prestations de l'AI pour toute la durée couverte par son nouveau prononcé. Au cas particulier, le renvoi de la cause à l'intimé, du reste requis dans les conclusions subsidiaires du recours, se justifie pleinement, dès lors que la décision litigieuse n'est fondée sur aucune expertise au sens de l'art. 44 LPGA et qu'au surplus, des points litigieux, notamment sur le plan médical, n'ont pas été investigués en procédure administrative (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4). Un tel renvoi se justifie aussi du fait que l'objet de la contestation après renvoi n'est plus limité à la date de la décision attaquée annulée; l'Office AI Berne devra aussi tenir compte de l'évolution récente.

**4.4.2** Il appartient ainsi à l'intimé d'organiser une instruction médicale globale prenant, notamment, en compte les suspicions d'atteinte psychique mises en évidence par les experts, mais également les éléments relatifs à la situation professionnelle de la recourante (diminution du taux de l'emploi principal, perte de l'autre emploi dans le contexte de la société gérée avec le conjoint et tentative avortée d'en commencer un troisième). Muni d'une telle appréciation médico-théorique fiable, l'Office AI procédera à son évaluation de l'exigibilité (le cas échéant, dans l'hypothèse de troubles psychosomatiques, selon les critères de l'ATF 141 V 281). Sur cette base, il pourra alors procéder au calcul de l'invalidité.

## **5.**

**5.1** Au vu des considérations qui précèdent, le recours est admis et la décision de refus de prestations AI de l'intimé datée du 7 novembre 2016 est annulée. Il appartiendra à l'Office AI d'instruire plus avant la situation médicale de la recourante, puis de rendre une nouvelle décision en matière de rente.

**5.2** Il découle de ce qui précède que l'instruction menée par l'intimé pour refuser le 7 novembre 2016 tout droit à des prestations requises par demande datée du 24 juin 2011 et réceptionnée le 8 juillet 2011 était à l'évidence lacunaire (quasi absence de données médicales postérieures à mai 2012, inexistence d'investigations sur le plan psychique et d'évaluation couvrant toute la période faisant l'objet de la contestation). Cela vaut malgré la durée de la procédure devant la présente Cour due à la surcharge de cette dernière. Le recours interjeté le 8 décembre 2016 s'avère ainsi manifestement fondé. La Cour statue donc dans une composition de deux juges (art. 56 al. 3 LOJM).

**5.3** Les frais de la présente procédure, fixés à un émolument forfaitaire de Fr. 800.-, sont, au vu de l'issue de la procédure, mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais versée par la recourante lui sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement.

**5.4** La recourante obtenant gain de cause dans la présente procédure (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2) et étant représentée par un avocat, elle a droit au remboursement de ses dépens dans la mesure fixée par le tribunal (art. 61 let. g LPGA et art. 104 al. 1 LPJA; voir également l'art. 13 de l'ordonnance cantonale sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811]). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 3 mars 2017, qui ne prête pas à discussion, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, sont fixés à un montant de Fr. 3'151.30 (honoraires: Fr. 2'884.-; débours: Fr. 33.90; TVA: Fr. 233.40).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais de Fr. 800.- versée par la recourante sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 3'151.30 (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - au mandataire de la recourante,
  - à l'Office AI Berne,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué (A):
  - à [...].

La présidente:

Le greffier:

**Voie de recours**

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