

200.2016.632.AI

BEP/BEJ

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

**Jugement du 13 avril 2017**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
Ph. Berberat, greffier



**A.** \_\_\_\_\_  
représenté par Me B. \_\_\_\_\_  
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 2 juin 2016

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1960, veuve, mère de deux enfants adultes, a travaillé en dernier lieu de 2000 au 30 septembre 2004 en tant qu'employée de buffet dans le restaurant géré par son mari. En raison de deux hernies discales cervicales et de leurs conséquences, elle a bénéficié d'une demi-rente de l'assurance-invalidité (AI) depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2004. A la suite d'une procédure de révision, cette rente a ensuite été supprimée avec effet au 31 juillet 2012, par décision de l'Office AI Berne du 6 juin 2012.

**B.**

Alléguant être atteinte d'une nouvelle affection consistant dans un trouble de l'adaptation et une réaction dépressive prolongée, l'assurée, par l'intermédiaire d'un avocat, a déposé le 18 juillet 2012 une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office AI Berne. La décision du 7 mai 2013 refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande, motif pris qu'elle ne rendait pas plausible une modification déterminante, a été annulée par l'Office AI Berne, sur reconsidération, suite au recours interjeté par le mandataire de l'assurée. Par jugement du 27 août 2013 (JTA AI/2013/495), le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) a dès lors rayé l'affaire de son rôle.

**C.**

S'étant derechef saisi du dossier, l'Office AI Berne a notamment recueilli des rapports auprès du généraliste, du psychiatre et de la rhumatologue traitant l'assurée. Sur recommandation du SMR du 29 septembre 2014, l'Office AI a encore organisé une expertise bidisciplinaire, dont les résultats ont été consignés dans un rapport du 27 mars 2015 (centre d'expertise C. \_\_\_\_\_, Dr D. \_\_\_\_\_ [orthopédie] et Dr E. \_\_\_\_\_ [psychiatrie]). Sur cette base, l'Office AI a averti l'intéressée, par préorientation du

13 août 2015, qu'il entendait lui refuser toute rente d'invalidité en raison d'un degré d'invalidité insuffisant, évalué à 9%. Suite aux objections formulées par le mandataire de l'assurée le 18 septembre 2015, l'Office AI Berne a encore consulté son SMR à deux reprises. Par décision du 2 juin 2016, l'Office AI Berne a confirmé son refus d'allouer une rente d'invalidité à l'assurée, pour le même motif que celui évoqué dans la préorientation du 13 août 2015.

#### **D.**

Par acte du 4 juillet 2016, l'assurée, toujours représentée par le même avocat, a recouru contre cette décision auprès du TA. Sous suite des frais et dépens, elle conclut à son annulation, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire.

Dans son mémoire de réponse du 22 août 2016, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours.

Le 14 septembre 2016, le mandataire de la recourante a produit sa note d'honoraires.

#### **En droit:**

##### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI Berne du 2 juin 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de la recourante à une rente de l'AI. L'objet du litige, quant à lui, porte sur l'annulation de cette décision et l'octroi à l'assurée d'une rente AI entière ou, subsidiairement, le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sont particulièrement critiquées par la recourante les conclusions de l'expertise bidisciplinaire quant à la

capacité de travail résiduelle et le profil de l'activité lucrative exigible de sa part, ainsi que celles des spécialistes du SMR, sur lesquelles l'intimé s'est fondé dans la décision contestée.

**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** 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). 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 malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 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 point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier l'art. 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** 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). 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).

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).

**2.4** Lorsqu'une rente a été refusée [ou supprimée] parce que le degré d'invalidité était insuffisant, l'autorité ne peut examiner une nouvelle demande, c'est-à-dire entrer en matière à son sujet, que si cette demande rend plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de façon à influencer ses droits (voir l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). On applique dans ce cas la même règle que pour les demandes de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 c. 3.5.3). Si l'administration accepte d'entrer en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner la cause quant au fond (examen matériel) et vérifier si la modification du degré d'invalidité alléguée par l'assuré s'est réellement produite; elle procédera alors d'une manière analogue à celle qui est applicable à un cas de révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA (SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2). Si elle constate que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié depuis la décision précédente passée en force, elle rejette la nouvelle demande. Sinon, elle examine d'abord si la modification constatée suffit pour admettre, cette fois, une invalidité ouvrant le droit à une rente et rend une décision en conséquence. En cas de recours, la même obligation d'examiner l'affaire quant au fond incombe aussi au juge (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1).

## **2.5**

**2.5.1** Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, et éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de

travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 c. 4, 125 V 256 c. 4). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (voir l'art. 16 LPGA). L'expert médical 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).

**2.5.2** 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** En l'espèce, il convient tout d'abord de relever que la recourante a bénéficié d'une demi-rente de l'AI avec effet à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2004, allouée rétroactivement par décision de l'intimé du 2 mars 2006 sur la base des pièces médicales fournies par le généraliste traitant et d'une expertise bidisciplinaire en médecine physique et en psychiatrie, réalisée le 11 mai 2005 sur mandat d'un assureur privé. Il ressort de ces documents que l'assurée présentait principalement un status après opération en 1998 d'une hernie discale C6/7 à droite, une hernie discale C5/6 avec sténose foraminale à gauche, des modifications dégénératives de la colonne vertébrale cervicale C4/7 et une réaction mixte, anxieuse et dépressive (ch. F43.22 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation internationale de la santé [OMS]). Les deux experts concluaient que l'assurée était en incapacité de travail totale, en tant qu'employée de buffet, pour le moment, uniquement en raison de ses troubles somatiques. Dans une activité légère adaptée, la capacité de travail somatique était estimée comme exigible à 50%.

**3.2** Lors d'une procédure de révision de la rente ouverte en juin 2008, l'Office AI Berne a mandaté deux autres médecins spécialistes en neurologie et en psychiatrie en vue de procéder à une nouvelle expertise bidisciplinaire. Dans leurs conclusions interdisciplinaires produites le 22 février 2011, ceux-ci ont posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de syndrome cervical et cervicothoracal chronique avec modifications dégénératives de la colonne vertébrale cervicale et thoracale (ostéochondrose et spondylarthrose), de status après microdiscectomie C6/7 à droite en juin 1998 et de status après microdiscectomie C5/6 à gauche en décembre 2008. Les experts n'ont pas constaté d'atteinte actuelle à la santé psychique susceptible de limiter la capacité de travail. Ils ont retenu en substance que la patiente était encore à même d'exercer son ancienne activité d'employée de buffet dans la restauration à raison de 8,5 heures de travail quotidiennes avec une diminution de rendement de 20% à 30% au maximum, et qu'il était par ailleurs exigible de sa part d'exécuter des travaux légers, voire occasionnellement mi-lourds, dans une

position neutre pour la colonne vertébrale, également pendant 8,5 heures par jour et avec une diminution de rendement de 20%. Sur cette base, par décision du 6 juin 2012, l'intimé a prononcé la suppression de la demi-rente d'invalidité de l'assurée.

### **3.3**

**3.3.1** Dans la décision contestée dans la présente procédure, rendue à la suite de la nouvelle demande de prestations déposée le 18 juillet 2012 par l'assurée, l'Office AI Berne a estimé que l'exercice d'une activité légère adaptée, selon le profil d'exigibilité défini par les conclusions de l'expertise bidisciplinaire orthopédique et psychiatrique du 27 mars 2015 et confirmé par les deux prises de position du SMR des 5 avril et 26 mai 2016, était exigible avec un rendement de 90%. C'est sur cette base que l'intimé a refusé toute rente en fonction d'un degré d'invalidité de 9% résultant de la comparaison de deux revenus hypothétiques statistiques.

**3.3.2** La recourante conteste pour sa part la valeur probante des conclusions des experts quant à sa capacité de travail. Elle invoque en substance que le profil d'exigibilité établi par ceux-ci n'est absolument pas réaliste et qu'aucun employeur n'est susceptible d'engager une personne en tenant compte des limitations psychiques et rhumatologiques postulées dans l'expertise. Elle fait aussi valoir que l'expert psychiatre n'a pas tenu compte des rapports de son psychiatre traitant, ne les ayant pas vus, alors que ce dernier lui atteste une incapacité de travail totale, déclarant notamment qu'il est impensable qu'elle puisse effectuer une activité lucrative dans les conditions où elle se trouve et qu'elle ne pourrait exécuter aucune tâche dans quelque domaine que ce soit de manière soutenue et fiable. Par ailleurs, elle fait grief au SMR de ne pas avoir tenu compte sérieusement des conséquences du troisième deuil traumatisant qu'elle a subi, celui de son frère, survenu après la réalisation de l'expertise, mais documenté dans le rapport du psychiatre traitant du 23 novembre 2015 produit en procédure d'observations sur le préavis.

#### 4.

Il y a lieu d'examiner quelle est la capacité de travail médico-théorique de la recourante pendant la période couverte par la demande de prestations du 18 juillet 2012 jusqu'à la date à laquelle la décision litigieuse a été rendue, déterminante en l'occurrence, soit le 2 juin 2016 (ATF 138 V 218 c. 6, 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1).

**4.1** L'expertise bidisciplinaire querellée comprend un rapport d'expertise global du 27 mars 2015 synthétisant le résultat d'examens personnels de la recourante sur les plans orthopédique et psychiatrique, ainsi que les rapports ou résultats partiels relatifs à ces investigations spécialisées.

**4.1.1** *Sur le plan orthopédique*, l'expert spécialisé dans cette discipline a tout d'abord décrit le contexte général par le biais d'extraits du dossier médical, des données fournies par l'assurée quant à ses plaintes actuelles, de l'évolution de ses atteintes à la santé ainsi que par d'autres éléments anamnestiques (biographiques, familiaux, professionnels, sociaux et personnels). Il a ensuite consigné les constatations de son examen personnel et diagnostiqué, en tant qu'atteintes avec des répercussions sur la capacité de travail, un syndrome cervicovertébral avec spondylose, ostéochondrose et arthrose facettaire C3-6 ainsi que protrusion discale C4/5 et compression radiculaire C5, un status après microdiscectomie C6/7 et pose d'une prothèse discale en juin 1998, de même qu'une microdiscectomie et implantation d'une prothèse discale C5/6 en décembre 2008. Sans conséquence sur la capacité de travail, il a encore constaté une adiposité. Dans son évaluation du cas, l'expert a relevé que les douleurs nucales de l'assurée et les constats sortant de la norme concernant la colonne vertébrale cervicale peuvent pour l'essentiel être attribués aux modifications dégénératives de la colonne cervicale, à la protrusion discale C4/5 et à la compression radiculaire C5. Il indique que des travaux lourds dans un environnement froid et humide impliquant des positions fréquemment inclinées et réclinées ainsi que des rotations du corps, en position principalement assise, ne peuvent plus être entièrement exigées de l'assurée; ainsi, son activité antérieure d'employée de buffet dans la restauration n'est plus exigible de sa part qu'avec un rendement diminué à 50% pour une présence à plein temps. En revanche, il estime

qu'une activité corporelle légère, dans des locaux tempérés, en position alternée assise et debout, sans position inclinée, réclinée et sans rotation du corps, peut être exercée à plein temps sans diminution de rendement. Enfin, répondant à une question ciblée de l'intimé, il précise que l'état de santé de la recourante s'est objectivement modifié d'une manière notable par rapport à la situation prévalant lors de l'expertise antérieure de 2011, dans la mesure où la nouvelle hernie discale C4/5 avec compression radiculaire C5 diagnostiquée est apparue depuis lors, sans qu'il soit toutefois possible d'indiquer rétrospectivement de date précise d'apparition de cette atteinte dans le laps de temps allant de 2010 à 2015.

**4.1.2** *Du point de vue psychiatrique*, l'expert a diagnostiqué, comme atteinte ayant des conséquences sur la capacité de travail, des troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée à la suite de deuils (ch. F43.21 CIM-10), ayant évolué en une dysthymie chronique (ch. F34.1 CIM-10). Dans son appréciation du cas et de l'évolution de la situation, il relève que l'assurée avait développé les troubles psychiques précités environ à partir de janvier 2012, au cours de l'atteinte cancéreuse de son mari ayant abouti au décès de ce dernier en 2013, suivi du décès de la mère de l'assurée en avril 2014. Il déclare que tant les troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée que la dysthymie chronique qui s'en est suivie représentent des atteintes dépressives légères en réaction à une situation de surcharge de longue durée, et que des signes de réaction de deuils sont aussi présents. Il précise néanmoins qu'aucune indication ne permet de retenir un trouble dépressif moyen ou grave, ni un trouble de la personnalité, ni encore de trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où les troubles somatiques dont souffre la recourante ont une origine organique prédominante. Il poursuit en estimant que malgré les atteintes psychiques décrites ci-dessus, il apparaît que l'assurée dispose de suffisamment de ressources pour qu'il soit exigible qu'elle fasse preuve d'un effort de volonté suffisant pour reprendre une activité lucrative et mettre en valeur sa capacité de travail, et que rien ne laisse penser que l'engagement de la recourante ne puisse pas être assumé par un employeur potentiel, bien qu'il y ait lieu de faire preuve de bienveillance et de compréhension à son égard. Cela étant, sur un plan exclusivement psychiatrique ne tenant pas compte des atteintes

somatiques indéniablement présentes, en prenant en considération une diminution de rendement, l'expert psychiatre atteste à l'assurée une capacité de travail de 75% pour une occupation à plein temps dans son activité antérieure d'employée de buffet dans la restauration, et ce depuis environ janvier 2012. Dans une activité adaptée sans charge émotionnelle accrue, sans pression temporelle, sans nécessité de flexibilité d'esprit, sans contacts fréquents avec la clientèle et sans charge de travail durablement au-dessus de la moyenne, il estime qu'une capacité de travail constante de 90% pour un taux d'occupation à plein temps est exigible, également dès environ janvier 2012.

**4.1.3** Dans leur *synthèse interdisciplinaire*, les deux experts ont repris les diagnostics avec influence sur la capacité de travail déjà mentionnés ci-dessus. Selon leur estimation, dans l'ancienne activité de dame de buffet, la capacité de travail résiduelle de la recourante était limitée, sur le plan psychiatrique, depuis janvier 2012, à 75% pour un taux d'occupation à plein temps et, sur le plan orthopédique, à 50% pour un temps de présence plein, au plus tard dès la date de l'expertise (moment exact ne pouvant être fixé mais résultant de l'évolution des atteintes somatiques). Dans une activité physique légère adaptée, exercée dans des locaux tempérés en position assise et debout alternée, sans position du corps inclinée ou réclinée et sans rotation, de même que sans charge émotionnelle accrue, sans pression temporelle, sans nécessité de flexibilité d'esprit, sans contacts fréquents avec la clientèle et sans charge de travail durablement au-dessus de la moyenne, ils concluent à une capacité de travail résiduelle de 90% pour un taux d'occupation à plein temps depuis janvier 2012.

## **4.2**

**4.2.1** Sur le plan formel, il est vrai que dans son rapport, l'expert psychiatre relève (ch. 7.1 de l'expertise) ne pas avoir trouvé au dossier qui lui a été soumis d'avis du psychiatre traitant. La recourante invoque cette lacune pour contester la valeur probante de l'expertise du 27 mars 2015. Selon elle, en substance, l'expert a arrêté son diagnostic de dysthymie sans le motiver plus avant, face à l'appréciation différente du psychiatre traitant qui la suit depuis plusieurs années.

Le psychiatre traitant a diagnostiqué, dans sa lettre au mandataire de la recourante du 16 juillet 2012 (à l'appui de la demande de prestations de juillet 2012), un trouble de l'adaptation et une réaction dépressive prolongée (ch. F43.21 CIM-10), dans celle du 27 mai 2013, toujours à l'attention du même mandataire, un épisode dépressif moyen à sévère (toutefois non classifié), dans son rapport à l'intimé du 20 janvier 2014, un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (ch. F32.10 CIM-10) et des difficultés liées à l'entourage immédiat, soit le décès du mari (ch. Z63.4 CIM-10), et dans son écrit le plus récent figurant au dossier adressé le 23 novembre 2015 au mandataire de la recourante, un trouble de l'adaptation et une réaction dépressive prolongée (ch. 43.21 CIM-10) d'une durée et d'une nature qui l'autorise à poser actuellement le diagnostic d'épisode dépressif moyen, en raison de la succession de trois deuils.

D'emblée, il faut relever que même dans l'ignorance de l'avis du psychiatre traitant, l'expert a spécifiquement expliqué, en se fondant sur les symptômes présentés (tels que baisse de l'humeur, tristesse, pleurs, troubles psychomoteurs et végétatifs, perte d'élan et pensées fixées sur les problèmes psychosociaux, peur de l'avenir), les raisons pour lesquelles il posait des diagnostics, tout au long de leur évolution, de troubles de catégorie légère (phase d'adaptation dépressive réactive de longue durée, puis dysthymie) et non moyenne ou grave. Dès lors, on ne saurait reprocher à l'expert de ne pas avoir motivé son appréciation de l'intensité des maux. Au surplus, il faut aussi constater que dans son rapport du 23 novembre 2015, en réponse aux questions du mandataire faisant suite au préavis du 13 août 2015, le psychiatre traitant pose un diagnostic rétrospectif identique à celui de l'expert psychiatre. Seule l'évolution de l'atteinte est décrite différemment – l'expert estimant qu'elle s'est muée en une dysthymie chronique, alors que le psychiatre traitant indique actuellement un épisode dépressif moyen – et ce, en raison du décès du frère de la recourante, postérieur à l'expertise. Le reproche de vice formel soulevé par la recourante (défaut de motivation des différences d'intensité des maux diagnostiqués par l'expert et le psychiatre traitant) ne peut donc pas être partagé.

**4.2.2** L'expertise bidisciplinaire du 27 mars 2015 répond par conséquent aux exigences formelles posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (voir ci-dessus c. 2.5). Les deux experts, dont les qualifications ne sauraient être mises en doute, ont étudié le dossier médical qui leur a été soumis de manière complète et l'ont consciencieusement résumé. Ils se sont aussi fondés sur le résultat des examens personnels de l'assurée effectués le 4 février 2015 dans les spécialités médicales concernées, articulés autour de paramètres précis et préétablis. Leur appréciation se base ensuite sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assurée par le biais tant des avis médicaux antérieurs qui figuraient au dossier que des éléments rapportés à l'anamnèse médicale ou des plaintes subjectives exprimées, et restitue de manière très claire l'ensemble des faits qui s'en dégagent. Les conclusions des experts sont détaillées, bien étayées, s'avèrent logiques et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise.

### **4.3**

**4.3.1** Sous l'angle matériel, hormis le grief relatif à la contradiction existant entre les appréciations de l'expert et du psychiatre traitant sur l'intensité des troubles, la recourante allègue également que c'est à tort que le SMR a estimé que l'évaluation résultant de l'expertise valait encore à la date de la décision contestée. A l'appui, elle rappelle l'appréciation du psychiatre traitant qui la suit depuis plusieurs années et qui conclut à une incapacité de travail totale, en indiquant notamment dans son rapport du 20 janvier 2014, qu'il était impensable que la patiente puisse effectuer une activité lucrative dans les conditions où elle se trouve et qu'elle ne pourrait exécuter aucune tâche dans quelque domaine que ce soit de manière soutenue et fiable. Elle invoque aussi la prise de position de ce même psychiatre dans sa lettre du 23 novembre 2015, qui mentionne un troisième deuil, aggravant encore son état de santé psychique.

**4.3.2** La spécialiste en psychiatrie du SMR appelée à prendre position au vu de l'ensemble du dossier, dans son rapport du 26 mai 2016, a confirmé que le rapport du psychiatre traitant du 23 novembre 2015 n'apportait pas d'élément médical nouveau par rapport à l'expertise du 27 mars 2015. Elle

a notamment souligné les ressources, mises en évidence dans l'expertise, dont dispose la recourante et qui permettent de retenir un pronostic favorable: haut sentiment de responsabilité sociale, stratégies d'auto-motivation, absence d'antécédents psychiatriques, tant chez elle que dans sa famille, réseau socio-familial soutenant, pas de toxicodépendances, volonté de traitement et d'adaptation. Cet avis ne peut qu'être approuvé, ne serait-ce déjà qu'au vu du diagnostic similaire à celui de l'expert que pose le psychiatre traitant dans son appréciation du 23 novembre 2015 (voir c. 4.2.1 ci-dessus). Au surplus, dans ce rapport, le psychiatre traitant estime lui-même qu'à longue échéance, c'est-à-dire, selon ses termes, à partir d'une année et plus, sa patiente pourra progressivement récupérer une capacité de travail, d'abord partielle puis éventuellement complète, bien qu'il ne puisse pas se prononcer précisément et définitivement. Manifestement, les conclusions du psychiatre traitant ne peuvent donc pas être interprétées comme attestant à sa patiente une incapacité de travail totale durable et définitive, ni même à long ou moyen terme. L'estimation du SMR d'une absence de modification significative suite au troisième deuil subi par la recourante se justifie donc pleinement. Dans ce contexte, il faut par ailleurs aussi tenir compte du fait qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, le médecin de famille – et également un spécialiste traitant – aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). La nature différente du mandat de traitement d'un médecin (spécialisé) exerçant une activité thérapeutique, d'une part, et du mandat d'expertise de l'expert médical spécialisé nommé par l'autorité, d'autre part, n'autorise pas la remise en question incessante d'une expertise médicale administrative ou judiciaire, ni à ordonner continuellement des investigations complémentaires lorsque les médecins traitants parviennent à des appréciations différentes. En l'occurrence, l'aggravation déduite par le psychiatre traitant de la survenance du troisième deuil (dont il est inévitable qu'il ait un impact momentané déstabilisant) relève d'une interprétation médicale purement subjective et non d'aspects importants qui étaient restés inconnus ou pas appréciés par l'expert psychiatre (SVR 2008 IV n° 15 c. 2.2.1).

De surcroît, quant aux divergences d'évaluation de l'intensité du trouble dépressif entre le psychiatre traitant et l'expert (déjà avant le troisième deuil), il faut aussi rappeler, ainsi que l'intimé le souligne à juste titre dans son mémoire de réponse du 22 août 2016, que la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF) a considéré qu'un épisode dépressif moyen (le cas échéant réactionnel: TF 9C\_302/2012 du 13 août 2012 c. 4.3.2 pas publié dans ATF 138 V 339), tout comme une dysthymie (SVR 2011 IV n° 17 c. 2.2.2), ne sont en eux-mêmes en principe pas de nature invalidante, car ils sont susceptibles d'être traités, ne présentent donc pas de caractère durable et ne sont pas incapacitants au sens de l'AI (ATF 140 V 193 c. 3.3; TF 8C\_489/2016 du 29 novembre 2016 c. 5.2, 9C\_892/2016 du 22 janvier 2016 c. 2 et nombreuses références). Il faut en déduire que même si les affections de la recourante devaient être rangées au nombre des troubles dépressifs moyens, tel que l'a apprécié son psychiatre traitant déjà avant l'expertise mais encore à la suite du troisième deuil, c'est en conformité avec les règles régissant l'AI que l'expert pour sa part a insisté sur le caractère léger (et non en soi incapacitant ni invalidant) des atteintes en question. Pour arriver à ce résultat, il a tenu compte de l'ensemble des circonstances déterminantes selon la pratique de l'AI, notamment aussi de l'influence nette des facteurs psychosociaux sur l'évolution de l'état psychique de la recourante et des possibilités d'amélioration (avec un soutien thérapeutique) également mentionnées par le spécialiste traitant.

**4.3.3** C'est par conséquent en vain que la recourante allègue que son état de santé psychique n'aurait pas été suffisamment pris en considération ni apprécié dans toute son évolution jusqu'à la date déterminante de la décision contestée. L'expert en psychiatrie a tout de même retenu des limitations de la capacité de travail de la recourante et les a motivées de manière circonstanciée. Les diagnostics et évaluations posés par le psychiatre traitant ne permettent pas de mettre en doute la valeur probante des constatations et conclusions de l'expert psychiatre jusqu'à la date de la décision contestée.

**4.4** Matériellement toujours, mais sur le plan orthopédique, comme les objections du 18 septembre 2015 face à la préorientation du 13 août 2015 le font valoir, il faut constater une péjoration passagère de l'état de santé

de la recourante, survenue après l'expertise du 27 mars 2015, en juin 2015 (objections p. 3), au niveau vertébral C4/5. Cette atteinte a nécessité une intervention chirurgicale en date du 6 octobre 2015, dans le cadre d'une hospitalisation du 5 au 12 octobre 2015. Dans leur rapport de sortie (dossier [dos.] AI 154/4-5), les spécialistes de la clinique de neurochirurgie ayant pratiqué l'opération ont diagnostiqué une hernie discale C4/5 à gauche avec compression de la racine C5. Ils ont indiqué que l'intervention s'était déroulée sans complication et qu'après celle-ci, la symptomatique douloureuse et les paresthésies au bras gauche dont souffrait la patiente depuis juin 2015 avaient régressé pour disparaître totalement. A sa sortie de clinique, la recourante était en bon état général et sans déficits focaux neurologiques. A cet égard, dans son rapport du 5 avril 2016, le spécialiste en chirurgie orthopédique du SMR consulté par l'intimé a estimé qu'après l'expertise du 27 mars 2015, une détérioration momentanée de l'état de santé de la recourante était bien survenue en juin 2015 au niveau d'une hernie discale cervicale. Sur la base du rapport de sortie hospitalier, il est néanmoins d'avis qu'à l'heure actuelle, on ne peut retenir de péjoration durable de l'état de santé de la recourante depuis l'expertise, mais qu'il y avait bien plus lieu de constater une amélioration six semaines après l'opération pratiquée le 6 octobre 2015. La recourante n'a pas apporté d'élément permettant, selon un degré de vraisemblance prépondérante, de mettre en doute l'appréciation du SMR, qui repose sur des faits médicalement établis par les documents émanant des médecins traitants (TF 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1).

**4.5** Cela étant, il convient donc de se rallier aux conclusions de l'expertise bidisciplinaire quant à la capacité de travail résiduelle de la recourante et au profil d'activité exigible de sa part. Aucun indice concret ne permet de douter de la fiabilité de celles-ci, quand bien même le mandat d'expertise émane de l'intimé. L'expertise du 27 mars 2015 revêt donc une entière valeur probante. Pour la période postérieure à l'expertise, jusqu'à la décision contestée, l'appréciation du SMR fait foi et il se justifie de retenir une détérioration somatique passagère de juin jusqu'à courant novembre 2015. Il est superflu d'organiser d'autres mesures probatoires.

## 5.

Sur cette base, il reste à évaluer le degré d'invalidité de la recourante.

**5.1** La critique formulée par la recourante du profil d'activité exigible défini par les experts (voir ci-dessus c. 4.1.3), qu'elle qualifie de théorique, alléguant qu'aucun employeur n'est susceptible d'engager une personne avec les limitations retenues par les experts, ne peut être partagée. La notion du marché du travail équilibré, au sens de l'art. 16 LPGA précité (voir ci-dessus c. 2.1), est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'AI. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, la personne invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et si elle peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 110 V 273 c. 4b). Pour ce faire, il convient de tenir compte non seulement des exigences intellectuelles et du niveau des qualifications professionnelles, mais aussi de la capacité physique de la personne assurée. Dans ce contexte, il faut faire abstraction des activités qui s'avèrent irréalistes. Pour qu'elles soient exigibles de la part de la personne assurée, les activités entrant en ligne de compte doivent tenir compte de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas d'espèce. D'après la jurisprudence, il ne faut néanmoins pas non plus poser de conditions excessives à la concrétisation de possibilités de travail et de gain pour admettre qu'elles sont exigibles pour l'assuré. Pour l'évaluation de l'invalidité, les chances de trouver concrètement un emploi pour la personne assurée dans les conditions actuelles du marché du travail ne sont pas déterminantes; seule importe la question de savoir si elle est encore en mesure de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans le cadre d'un marché du travail équilibré. Ce dernier, au sens de l'art. 16 LPGA, inclut aussi les emplois dits de niche, c'est-à-dire les places de travail dans lesquelles les personnes handicapées peuvent compter sur une attitude bienveillante de l'employeur (TF 9C\_910/2011 du 30 mars 2012 c. 3.1, 9C\_95/2007 du 29 août 2007

c. 4.3 et les références citées). On ne peut toutefois plus parler d'une possibilité de travail et de gain si l'activité exigible n'est plus possible que dans une mesure tellement réduite qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché du travail équilibré, ou qu'elle implique une bienveillance qui s'avère irréaliste de la part d'un employeur moyen, de telle sorte que l'éventualité de trouver un emploi correspondant est pratiquement exclue d'emblée (TF 9C\_910/2011 précité c. 3.2 et référence). Or en l'occurrence, même si l'on admet que des places de travail correspondant au profil d'exigibilité de la recourante ne sont certes pas nombreuses sur le marché libre de l'emploi, rien ne permet de retenir qu'il soit irréaliste de trouver un tel emploi adapté aux limitations physiques et psychiques décrites par les experts (par ex.: travail de manutention légère ou de contrôle en usine).

## **5.2**

**5.2.1** Pour procéder à la comparaison des revenus selon la méthode ordinaire (voir c. 2.3 ci-dessus), il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision doivent être prises en compte (ATF 129 V 222, 128 V 174; SVR 2003 IV n° 11 c. 3.1.1). En l'occurrence, la recourante a vu sa demi-rente supprimée par décision du 6 juin 2012 à raison d'un degré d'invalidité de 19% et elle a déposé sa nouvelle demande de rente le 18 juillet 2012. Un droit à une rente est ainsi théoriquement susceptible de prendre naissance au plus tôt en 2013 (art. 28 al. 1 let. et 29 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 29<sup>bis</sup> RAI), de sorte que l'année 2013 représente l'année de référence pour la comparaison des revenus - et non pas 2014, comme l'intimé l'a retenu.

**5.2.2** L'Office AI Berne s'est fondé, tant pour le revenu sans invalidité que pour celui avec handicap, sur des bases statistiques, en l'occurrence sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2010, publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), les salaires hypothétiques sans et avec invalidité étant indexés à 2014. Hormis l'indexation à 2014 au lieu de 2013, comme relevé ci-dessus, ce choix de bases statistiques se justifie pleinement. Le dernier emploi occupé par la recourante a pris fin en 2004

pour des raisons principalement économiques et il n'est dès lors pas possible de supposer que sans ses atteintes à la santé, elle occuperait encore le même emploi et de tabler sur ses dernières rémunérations (ATF 139 V 28 c. 3.3.2 et références; TF I 517/02 du 30 octobre 2002 c. 1.2). Comme depuis la survenance des atteintes à la santé, la recourante n'a pas non plus exercé d'activité lucrative, l'évaluation de son revenu d'invalidé doit aussi se fonder, selon la jurisprudence, sur une base statistique – l'ESS étant communément utilisée dans ce contexte (ATF 129 V 472 c. 4.2.1, 126 V 75 c. 3b/bb; RAMA 1999 p. 412 c. 4b/aa; SVR 2010 IV n° 52 c. 4.3.1).

### 5.3

**5.3.1** Pour la détermination du *revenu hypothétique sans invalidité*, compte tenu de la dernière activité exercée par la recourante, l'Office AI Berne a retenu à bon droit le salaire statistique correspondant à une activité manuelle simple dans la restauration. Ce faisant, en prenant en compte l'équivalent dans l'ESS 2012, revalorisé en 2013, on obtient ainsi un revenu hypothétique d'assurée valide de Fr. 46'619.- (Fr. 43'980.- [Fr. 3'665.- x 12 selon la table TA1, hébergement et restauration, femmes, niveau 1 pour des tâches physiques ou manuelles simples] à adapter selon le facteur 42,4/40 heures par semaine dans l'hébergement et la restauration eu égard à la durée normale du travail en 2013, par rapport à la valeur standardisée de 40 heures par semaine servant de base à l'ESS [ATF 126 V 75 c. 3b/bb], soit Fr. 46'619.-, le taux d'indexation entre 2012 et 2013 étant de 0% dans l'hébergement et la restauration [T1.2.10, indice des salaires nominaux, femmes, 2010 = 100]; voir les tables accessibles à partir du site internet de l'OFS, thème 03-travail, rémunération).

**5.3.2** Dans l'évaluation du *revenu d'invalidé*, l'intimé, en suivant les conclusions probantes de l'expertise du 27 mars 2015, a admis une capacité de travail de la recourante à plein temps dans une activité légère adaptée. Il a tenu compte d'un abattement de 15% sur le revenu à prendre en compte à plein temps, plus favorable à l'assurée que l'estimation de la perte de rendement des experts.

La jurisprudence prévoit de procéder à un abattement sur le revenu statistique pris en considération pour tenir compte du fait que le travailleur invalide, lorsqu'il accomplit un travail non qualifié, reçoit en règle générale, même sur un marché du travail équilibré, un salaire inférieur à celui d'un salarié valide, car son rendement est en général inférieur en raison de son handicap (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3). Toujours selon cette jurisprudence, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation, un abattement global maximal de 25% sur le salaire statistique permettant de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2011 IV n° 31 c. 4.1.1). En l'occurrence, l'abattement de 15% pris en compte par l'intimé, supérieur à la diminution de rendement de 10% reconnue par les experts, tient amplement compte des limitations de la recourante telles qu'elles résultent du profil de l'activité exigible définie par les experts médicaux et se situe dans le pouvoir d'appréciation dont dispose l'Office AI Berne, de sorte qu'il n'y a pas lieu de remettre ce taux en cause. Cela vaut d'autant plus que la base statistique choisie correspond à des activités simples ne requérant pas de qualifications particulières.

Cela étant, en prenant en compte un revenu statistique correspondant, selon l'ESS 2012, revalorisé en 2013, au profil d'exigibilité de l'emploi défini dans l'expertise médicale du 27 mars 2015, on obtient un salaire hypothétique d'invalide de Fr. 44'031.- (table TA1, total secteur privé, femmes, niveau 1: Fr. 4'112.- par mois, à savoir Fr. 49'344.- l'an, à adapter au temps de travail usuel moyen en 2013 de 41,7 heures par semaine, soit Fr. 51'441.-, à indexer en 2013 en fonction d'une augmentation de 0,7% pour la valeur "total" [T1.2.10, indice des salaire nominaux, femmes, 2010 = 100], ce qui donne un montant de Fr. 51'801.-, duquel il faut encore retrancher un abattement de 15%).

**5.4** En comparant ainsi le revenu d'invalidé obtenu de Fr. 44'031.- avec le revenu sans invalidité défini ci-dessus de Fr. 46'619.-, il en résulte une perte de gain de Fr. 2'588.- et un degré d'invalidité de 6% (après arrondissement; ATF 130 V 121), taux qui est inférieur au degré d'invalidité minimal de 40% nécessaire pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

La période de détérioration momentanée admise par le spécialiste en orthopédie du SMR sur la base du rapport d'hospitalisation des spécialistes traitants, de juin 2015 au dernier tiers de novembre 2015 (voir c. 4.4 et 4.5 ci-dessus) ne saurait ouvrir un droit à une rente limitée dans le temps. En effet, la demi-rente a été supprimée par décision du 6 juin 2012 à raison d'un taux de 19% d'invalidité. L'aggravation au niveau de la racine nerveuse C5 survenue en juin 2015 a pu, au plus tôt, avoir une répercussion sur l'invalidité en septembre 2015 (caractère durable d'au moins trois mois; art. 88a al. 2 RAI). Donc, dans les trois ans qui ont suivi la suppression de la rente, l'assurée a tout au plus présenté une nouvelle incapacité de travail, (éventuellement) de même origine que celle qui avait donné droit à la demi-rente, mais elle n'a pas été affectée d'un degré d'invalidité susceptible d'ouvrir un nouveau droit à une rente. Dans ces conditions, elle ne peut se prévaloir d'une période d'attente, au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, réduite en application de l'art. 29<sup>bis</sup> RAI. Aucun droit à une rente n'a pu naître de septembre 2015 à février 2016 (art. 88a al. 1 RAI).

## **6.**

**6.1** Au vu de ce qui précède, le recours interjeté contre la décision rendue le 2 juin 2016 par l'intimé doit être rejeté.

**6.2** La recourante n'obtenant pas gain de cause, les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent être mis à sa charge (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Ils sont compensés avec l'avance de frais fournie.

**6.3** Compte tenu de l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante (art. 61 let. g LPGa a contrario).

**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 [...],
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

Le greffier:

**Voie de recours**

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