

200.2016.643.AI

ANP/BEJ

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

Jugement du 1^{er} septembre 2017

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
P. Annen-Etique, 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 8 juin 2016

En fait:

A.

D'après ses propres indications, A. _____, née en 1966, a été engagée comme ouvrière ou dans le service après sa scolarité obligatoire accomplie dans son pays d'origine. Elle a émigré, du moins épisodiquement, en Suisse, où travaillait alors son époux, depuis fin 1990/ début 1991, peu après la naissance de leur unique enfant. L'extrait du compte individuel de l'assurée montre qu'elle a en tout cas séjourné en Suisse, sans interruption dès novembre 1997, consécutivement au décès accidentel de son mari survenu cette même année (hospitalisation ultérieure, du 3 au 21 mai 2000, de l'intéressée en milieu psychiatrique). A compter de 2001, elle a connu des périodes d'emploi comme ouvrière entrecoupées d'indemnités de chômage, puis s'est formée et a été engagée à 100% dès avril 2005 comme opératrice en horlogerie. Courant août 2013, l'assurée a consulté un service d'urgences hospitalier en raison d'une crise d'hyperventilation et s'est annoncée, le même mois (demande datée du 19 août 2013), à l'assurance-invalidité (AI) en invoquant une hernie discale et une sciatique à la jambe droite apparues le 11 février 2013. En date du 29 janvier 2014, elle a à nouveau été hospitalisée, deux jours, en urgence, pour surveillance d'une commotion cérébrale provoquée par une syncope d'origine peu claire ayant entraîné une chute dans sa salle de bain. Depuis le 12 février 2013, l'intéressée a présenté une incapacité de travail de 100%, puis à 50% dès le 5 mars 2013 et à nouveau de 100% à compter du 11 juin 2013. Après l'échec d'une brève tentative mi-2014, elle a repris le travail à un taux de 25% en novembre 2014 et de 40% depuis janvier 2015 (pour tout ce qui précède: dossier AI [dos. AI] 1/2 ch. 4.1, 1/4 ch. 5.2-5.4, 9/3-4, 10/5, 33/2-3, 38.2/2, 45/2, 50.2/3-4, 62.1/4-5 et 63.1/4-5).

B.

A réception de la demande de prestations précitée, l'Office AI Berne, hormis un rapport d'un chiropraticien, a recueilli l'appréciation du généraliste et du chirurgien orthopédique traitants, puis celle des

psychiatres successifs de l'assurée. Des mesures professionnelles n'ont en l'état alors pas été considérées comme possibles selon une communication AI du 27 janvier 2014 et des expertises au plan rhumatologique et psychiatrique, réalisées les 25 mars et 4 septembre 2014 pour le compte de l'assureur de la perte de gain en cas de maladie (ci-après: assureur perte de gain), ont été versées au dossier AI (en sus d'autres données émanant notamment d'un nouveau chirurgien orthopédique traitant). L'Office AI a par la suite ordonné une expertise interdisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) dont les conclusions ont été livrées le 15 juin 2015. En possession d'un nouveau rapport AI de l'actuelle psychiatre traitante et d'autres éléments médicaux, le même office, après due préorientation, a rendu le 8 juin 2016 une décision niant à l'assurée le droit à une rente faute d'atteinte invalidante à sa santé.

C.

Par acte du 6 juillet 2016, l'intéressée, par le biais du mandataire qui l'assistait déjà dans le cadre de ses objections contre la préorientation, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite des frais et dépens, elle conclut à l'octroi d'une demi-rente AI (selon la conclusion de la motivation du recours: à tout le moins d'un quart de rente AI) et, subsidiairement, à l'annulation de la décision et au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. L'Office AI a renoncé le 31 août 2016 à présenter un mémoire de réponse détaillé et s'est pour l'essentiel limité à renvoyer à sa décision contestée et à conclure au rejet du recours. Pour le surplus, il est d'avis que le rapport médical du 30 juin 2016 établi par l'actuelle psychiatre traitante, produit à l'appui du recours, n'est pas propre à mettre en cause l'expertise interdisciplinaire mandatée par ses soins.

En droit:

1.

1.1 La décision du 8 juin 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et refuse à la recourante le droit à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et, principalement, l'octroi d'une demi-rente, voire d'un quart de rente d'invalidité à l'intéressée ou, à titre subsidiaire, sur le renvoi du dossier à l'intimé pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15, 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 Tribunal 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 Selon l'art. 7 al. 1 LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). Il incombe en premier lieu à la personne assurée de s'efforcer de se réadapter elle-même de manière appropriée. Si l'on peut raisonnablement attendre de sa part qu'elle surmonte par elle-même son handicap, il n'existe aucune invalidité, de sorte qu'il n'en résulte aucun droit à des prestations, pas même à des mesures de réadaptation. La réadaptation personnelle en tant qu'expression de l'obligation générale de diminuer le dommage a la priorité non seulement sur le droit à la rente, mais également sur le droit à la réadaptation prévus par la loi (ATF 113 V 22 c. 4a; VSI 2001 p. 274 c. 5a/aa; RAMA 1987 p. 377).

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 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 (cf. art. 16 LPGA).

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 preuves 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 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Dans sa décision contestée et sa réponse au recours, l'Office AI a reconnu une entière valeur probante à l'expertise interdisciplinaire du 15 juin 2015, respectivement aux évaluations spécialisées uni-disciplinaires des 25 mai et 14 juin 2015 préalables à celle-ci. En revanche, le même office a considéré qu'il lui incombait d'apprécier selon ses propres critères du point de vue du droit des assurances sociales l'existence ou non d'une atteinte à la santé de nature à influencer de façon permanente sur les aptitudes professionnelles de l'assurée. Au cas particulier, l'intimé est d'avis que le tableau clinique retenu par les experts ne permet pas de diagnostiquer un trouble somatoforme douloureux (TSD) persistant, ni toute autre atteinte invalidante à la santé au sens de l'AI. Cela étant, il considère que la recourante ne subit ni perte de travail, ni perte de gain dans son emploi usuel d'opératrice en horlogerie.

3.2 Pour sa part, l'intéressée dénie toute validité à l'appréciation interdisciplinaire précitée qu'elle considère comme viciée sous l'angle formel, par le fait, prétendument, de ne pas avoir été confiée à des experts

indépendants, ni de respecter le principe de la liberté de la langue. D'un point de vue matériel, elle estime le résultat de l'expertise contredit par les conclusions de l'expert rhumatologue jadis mandaté par l'assureur perte de gain et par celles de son actuelle psychiatre traitante. De son avis encore, les experts n'ont nullement examiné le point de savoir si ses problématiques de santé entravent de manière importante sa capacité de travail d'après les nouveaux critères jurisprudentiels applicables aux TSD persistants. Enfin, elle allègue que la perte de gain d'au maximum 20 à 30% attestée dans l'expertise bidisciplinaire ne s'appuie sur aucun élément de motivation concret.

4.

Les sources médicales suivantes au dossier administratif de l'intimé se prononcent sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante.

4.1 Sous l'angle global, le généraliste traitant, dans un rapport médical AI du 5 septembre 2013, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, des lombo-sciatalgies depuis 2012, une hernie discale L5-S1 dès 2013 ainsi qu'un état anxio-dépressif remontant à 2013 aussi et, sans répercussions au plan économique, un status post-hystérectomie en 2008. Il a attesté une incapacité de travail à 100% du 11 février au 4 mars 2013, à 50% du 5 mars au 9 juin 2013, puis à 100% en continu dès le 10 juin 2013. Selon ce médecin, l'assurée n'est pas en mesure de travailler en raison des douleurs provoquées par ses sciatalgies, mais il n'a pas exclu à terme une reprise de l'activité professionnelle usuelle ou une amélioration de la capacité de travail, sans pouvoir cependant en déterminer la date précise.

4.2 Au plan strictement somatique, un chiropraticien et les chirurgiens orthopédiques successifs de l'assurée (les derniers consultés dans un centre médical pour le dos) se sont pour l'essentiel accordés à reconnaître à leur patiente l'existence d'un syndrome douloureux lombaire accentué à droite sur hernie discale L5-S1 droite, avec des paresthésies mais sans atteinte radiculaire, ainsi que des spondylarthroses L4-S1. Vu l'échec des infiltrations périurales L5-S1, facettaires articulaires L4-S1 des deux côtés

et de manière combinée au niveau lombaire L5-S1, les chirurgiens précités ont déconseillé une opération au profit de mesures thérapeutiques conservatrices ce, également en raison de l'état chronifié des douleurs. Une incapacité de travail à 100% a été attestée sous l'angle somatique depuis le 10 juin 2013. En août 2013, l'assurée a dû consulter les urgences d'un hôpital en raison d'un épisode d'hyperventilation consécutif à une crise de panique, puis à nouveau le 29 janvier 2014, pour la surveillance d'une commotion cérébrale survenue après une syncope de genèse imprécise et lui ayant occasionné des contusions au crâne, à la nuque et à l'épaule droite (incapacité de travail à 100% reconnue du 29 janvier au 5 février 2014). Courant juin 2015, elle a subi une infiltration au niveau de la bourse trochantérienne droite auprès d'un second chirurgien orthopédique du même centre médical pour le dos, ce qui a permis d'améliorer partiellement ses douleurs électives à cet endroit, en l'absence au surplus de tout indice en faveur d'une pathologie neurologique (neuropathies, dénervations; pour tout ce qui précède: voir les rapports médicaux établis au plan somatique entre le 4 octobre 2013 et le 6 novembre 2015).

4.3 Du point de vue psychique, un premier psychiatre ayant suivi l'assurée vers fin 2013 a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif majeur récurrent (CIM-10: F33), remontant au moins à l'été 2013. N'ayant pas revu la recourante à sa consultation depuis le 18 octobre 2013, il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail exigible dans son rapport AI y relatif du 31 janvier 2014. L'actuelle psychiatre traitante consultée dès mars 2014 a pour sa part diagnostiqué, dans un rapport AI du 24 juin 2014, un trouble dépressif récurrent dès 2008 (CIM-10: F33.1), un trouble délirant (CIM-10: F22.0), à titre différentiel un trouble schizo-affectif de type mixte (CIM-10: F25.2), ainsi qu'une personnalité mixte anankastique et paranoïaque (CIM-10: F61.0). Attestant une incapacité de travail à 100% depuis 2013 et soulignant l'échec d'une tentative de reprise du travail en juin 2014, la même doctoresse a estimé que sa patiente n'était plus du tout en mesure de travailler. Selon elle, les limitations encourues dans l'activité usuelle consistaient pour l'essentiel en une importante faiblesse physique, un manque de confiance en soi et dans les autres, une pensée délirante empêchant de se concentrer et de suivre les consignes, une intolérance face au stress, ainsi qu'un manque de

constance et de continuité dans les tâches confiées. Elle a encore indiqué qu'une répétition d'expériences négatives péjorait les plaintes somatiques et les troubles psychiques, en particulier les symptômes de type délirant et paranoïaque. En date du 30 octobre 2015, la même doctoresse a évoqué un état de santé amélioré et a attesté une incapacité de travail à 50% dès 2015. Sa patiente l'ayant autorisée à se renseigner à ce sujet, elle a par ailleurs demandé le rapport médical de sortie établi le 14 juin 2000 par l'établissement psychiatrique ayant accueilli sa patiente du 3 au 21 mai 2000. Ce rapport a été versé au dossier AI.

En procédure de recours, l'actuelle psychiatre traitante s'est prononcée plus en détail sur cette précédente hospitalisation et sur la présence d'épisodes dépressifs dans les antécédents médicaux de l'assurée, ainsi notamment en 2007 moyennant un arrêt de travail consécutif d'environ trois mois. Elle a en outre précisé que sa patiente a subi une grave décompensation psychique en 2013 avec une dégradation simultanée de son état de santé physique, mais que la situation psychique se présente en l'état sous un angle relativement favorable. A raison d'un trouble affectif de type dépressif (CIM-10: F33.11) et d'un TSD (CIM-10: F45.4) persistant, cette spécialiste atteste une incapacité de travail entière de 2013 à fin 2014, puis à 50% pour une longue durée. Elle déconseille d'augmenter ce taux résiduel d'activité sous peine de nouvelles décompensations psychiques et d'une perte totale de la capacité de travail (voir son rapport AI du 30 juin 2016).

4.4 Des investigations spécialisées ont par ailleurs eu lieu pour le compte de l'assureur perte de gain. Dans un rapport d'expertise daté du 25 mars 2014, l'expert en rhumatologie et médecine interne mandaté par ce dernier a diagnostiqué, avec répercussions au plan économique, une lombosciatique chronique S1 droite irritative et déficitaire sur un plan sensitif avec hernie discale médiane paramédiane droite L5-S1, ainsi qu'une périarthrite de la hanche droite et, sans influence sur la capacité de travail, un tabagisme chronique et un status après commotion cérébrale avec contusions au plan cervical et à l'épaule droite en janvier 2014. Selon ce médecin, la capacité de travail ne s'est toujours pas améliorée dans l'emploi usuel s'exerçant principalement en position assise, mais l'assurée

est en mesure de travailler à 80%, sans réduction supplémentaire du rendement, dans une activité adaptée permettant d'alterner les positions assise et debout toutes les 20 minutes, d'éviter le port ou le soulèvement de charges de plus de 5 kg, les positions en porte-à-faux avec le buste ainsi que les efforts de marche prolongée. En date du 4 août 2014, le même expert a confirmé son appréciation antérieure après avoir pris connaissance des conclusions rendues par un chirurgien orthopédique consulté dans un centre du dos.

A l'appui de son expertise psychiatrique du 4 septembre 2014, l'expert désigné par l'assureur perte de gain a quant à lui diagnostiqué une dysthymie (CIM-10: F34.1) ainsi qu'un trouble anxieux sans précision, d'intensité légère (CIM-10: F 41.9), indiquant encore que la situation pourrait aussi être appréhendée sous l'angle de syndromes comportementaux non spécifiés associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (CIM-10: F59). D'après lui néanmoins, les deux appréciations diagnostiques précitées se recoupent et l'on peut très clairement en inférer que l'assurée ne souffre d'aucune maladie psychiatrique indépendante et que ses symptômes psychiques sont en lien étroit avec l'atteinte somatique. Cela étant, ce spécialiste estime que le taux d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique est strictement subordonné à celui déterminé par l'expert rhumatologue. Il rapporte la notion figurant au dossier, sans autres indications, d'un burn-out survenu en 2007.

4.5 Dans leur expertise interdisciplinaire du 15 juin 2015, les experts mandatés par l'AI ont diagnostiqué, au sens de la CIM-10, un syndrome douloureux lombo-glutéal/spondylogène chronique à droite après traitement conservateur d'une hernie discale L5-S1 droite avec hyposensibilité s'étendant à la peau et faiblesse non objectivable (CIM-10: M54.4), un syndrome cervico-céphalique récidivant avec céphalées de tension et raccourcissements musculaires discrets (CIM-10: M53.0), une dysthymie (CIM-10: F34.1) et un TSD persistant «secondaire». Il est fait état de résultats changeants et incohérents à l'issue de l'examen clinique rhumatologique, en l'absence néanmoins de limitations objectivables des aptitudes professionnelles, si bien que l'activité habituelle continue d'être

considérée comme exigible à temps complet. Eu égard aux changements dégénératifs connus au niveau lombaire et de l'hernie discale L5-S1, l'expert rhumatologue exclut en revanche des activités physiques lourdes, non ergonomiques pour le dos. Sous l'angle psychiatrique, l'exploration permet tout au plus de supposer une humeur dépressive, sur la seule base des indications anamnestiques et en l'absence de symptômes cliniques objectivables. Selon l'expert, les problèmes de santé sont de nature plutôt somatique, mais il n'existe pas non plus d'explication suffisante à ceux-ci et, en l'absence d'un TSD selon la CIM-10 à déduire d'un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux (ceux-ci étant au contraire consécutifs ici aux douleurs somatiques initiales), ce même diagnostic ne peut être posé que par défaut. En conclusion, les experts retiennent que les troubles fonctionnels physiques concernent uniquement le fait de soulever et de porter des charges lourdes à cause d'une hernie discale L5-S1 à droite avérée et qu'il n'existe subjectivement pas de troubles psychiques fonctionnels. Au plan psychiatrique, ils constatent la présence éventuellement d'une affectivité anxio-dépressive dans le sens d'une dysthymie impliquant une réduction de l'ordre de 20 à 30% au maximum de la capacité de travail et, nonobstant les limitations subjectives exprimées par l'assurée, confirment dès lors que cette dernière est en mesure d'assumer un taux d'occupation supérieur à 40%.

5.

5.1 La recourante conteste le caractère probant de l'expertise qui sert de fondement principal à la décision de l'intimé en avançant d'abord des critiques formelles.

5.1.1 Dès l'abord, l'on précisera que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF 9C_207/2012 du 3 juillet 2013), les exigences formelles de droit de participation des assurés définies par l'ATF 137 V 210 pour les expertises pluridisciplinaires doivent être étendues à l'organisation des expertises mono et bidisciplinaires (à l'exception du système aléatoire de désignation du centre d'expertise, difficilement transposable aux choix d'experts non affiliés à un centre d'observation médicale de l'AI [COMAI]).

En l'espèce, il apparaît que le choix des experts (et des questions à leur poser) a fait l'objet d'un processus consensuel ou du moins impliquant la participation active de la personne assurée (dos. AI 53/1-3). Il faut cependant relever qu'à réception de la convocation, la recourante n'a nullement réagi, ni à la lecture de l'identité des experts, ni de leur lieu de travail (qui laissaient supposer un environnement alémanique; voir plus en détail sur ce point: c. 5.1.2 infra) et qu'elle ne s'est pas non plus exprimée immédiatement après les examens auxquels elle a été soumise par les experts - ce, alors que les règles de la bonne foi impliquent que la personne assurée doit faire valoir ses objections le plus tôt possible après avoir pris connaissance des points déterminants de l'expertise envisagée (ATF 138 V 271 c. 1.1). Le caractère probant de cette évaluation bidisciplinaire devra être apprécié en fonction de ses qualités matérielles en tenant compte, le cas échéant, du fait qu'elle a été réalisée selon l'ancien standard (c. 5.2.4 infra). En effet, dans une telle situation transitoire particulière, le TF a jugé que la valeur probante des moyens de preuve ainsi recueillis est comparable à celle existant en présence d'avis médicaux émanant de médecins internes à l'administration (voir à cet égard ATF 135 V 465 c. 4 et c. 5.2 infra). A cet égard, le fait que les experts présentement consultés, spécialistes établis à leur compte, se soient vu attribuer, régulièrement, ces dernières années, des mandats de la part de l'Office AI, ne suffit à lui seul d'emblée pas pour préjuger de la partialité de leur rapport d'expertise (SVR 2009 UV n° 32 c. 6.2, 2008 IV n° 22 c. 2.4; TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 c. 2.4, I 371/06 du 1^{er} septembre 2006 c. 5.3.2; RAMA 1999 p. 193 c. 3a/bb).

5.1.2 La recourante se plaint ensuite du fait que le volet psychiatrique de l'expertise bidisciplinaire a été confié à un médecin «de langue allemande incapable de rédiger un rapport en français et également de s'entretenir correctement avec l'expertisée», de sorte qu'il a dû être fait appel aux services d'un interprète. Au vu du dossier, l'on relève que l'assurée n'est elle-même pas non plus de langue maternelle française et qu'elle a de son propre fait également recouru à des spécialistes alémaniques, il est vrai surtout au plan somatique et sans que l'on puisse par ailleurs restituer la langue de ces consultations médicales. En tous les cas, elle s'est fait rembourser par l'AI les coûts d'un cours d'allemand du 23 octobre 2013 au

19 mars 2014 en vue de la reprise d'une activité lucrative adaptée (dos. AI 21/1), cours qu'elle a semble-t-il interrompu prématurément, ce qui tendrait plutôt à démontrer qu'elle n'a pas été en mesure d'acquérir des connaissances suffisantes dans cette autre langue. Les pièces au dossier administratif AI, à savoir principalement les échanges de correspondance avec l'assurée, sont en outre presque toutes rédigées en français. Quoiqu'il en soit cependant, comme déjà relevé (c. 5.1.1 supra), la recourante a en l'occurrence donné suite sans réserve à la communication régulière du mandat d'expertise confié à un médecin psychiatre exerçant en Suisse alémanique. A aucun moment, elle n'a exprimé son mécontentement sur le principe même de devoir se soumettre à un tel examen médical, ni n'a émis de doutes quant au déroulement à venir de l'expertise, en allemand, ainsi qu'il était pour elle pourtant possible de le supposer sur la base de l'une des correspondances qui lui avait été adressée dans ce contexte (dos. AI 55). Du point de vue de la garantie constitutionnelle de la non-discrimination du fait notamment de la langue et de la liberté de la langue (art. 8 al. 2 et 18 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 [Cst., RS 101]), rien ne s'opposait par conséquent à ce que cette expertise psychiatrique soit effectuée dans un milieu où l'on ne s'exprimait pas nécessairement dans l'une des langues officielles de la Confédération que la personne assurée maîtrise (ATF 128 V 34 c. 2a, 127 V 219). Même si la jurisprudence conseille de faire en sorte de choisir des experts maîtrisant la langue de leur vis-à-vis, elle admet que les assureurs sociaux procèdent différemment, étant entendu que dans une telle hypothèse, il est impératif, tant d'un point de vue médical qu'au regard des exigences d'objectivité, qu'il s'adjoigne les services d'un traducteur disposant des connaissances linguistiques nécessaires (TF I 642/01 du 25 juillet 2003 c. 3.1). Le recours à un interprète ne visait de surcroît en l'occurrence qu'à formuler avec davantage de précision les questions à l'attention de la patiente et à vérifier la bonne compréhension par l'expert des réponses apportées par celle-ci. L'expertise globale (y compris les rapports spécialisés uni-disciplinaires) a de plus ici été traduite et ce, semble-t-il, à l'instigation même de l'intimé (dos. AI 68/1-2).

5.1.3 Aucun élément concret ne permet de surcroît de supputer que ce cadre linguistique a lui-même entravé la restitution d'une anamnèse

médicale complète. Il est tout d'abord imputable à l'assurée elle-même qu'il n'ait pas été fait mention dans l'expertise litigieuse de son épisode dépressif survenu en 2000 avec hospitalisation, puisqu'elle n'a elle-même relaté ces faits qu'en procédure de préorientation, malgré les renseignements qu'avaient tenté de recueillir les experts quant au début de ses atteintes médicales. Son ancienne psychiatre n'a pour sa part fait aucune mention de ces événements et l'actuelle psychiatre traitante, alors pourtant médecin-chef au sein de l'unité hospitalière psychiatrique concernée, ne les a mentionnés pour la première fois qu'à l'appui de son rapport AI du 30 octobre 2015, puis les a exposés avec davantage de précision lors de son ultime prise de position du 30 juin 2016 devant le TA. Ainsi qu'il en ressort du rapport AI précité du 30 octobre 2015, l'intéressée elle-même semble cependant être à l'origine de ces indications tardives de sa psychothérapeute, puisqu'elle n'aurait pas immédiatement autorisé celle-ci à se renseigner sur l'hospitalisation précitée. Contrairement à ce que défend encore la recourante, il a en outre été fait expressément mention dans l'expertise psychiatrique mandatée par l'AI de l'épisode dépressif survenu courant 2007-2008 (dos. AI 63.1/7 ch. 2.3; 63.1/11-12). Il s'ensuit que l'intéressée ne peut faire grief à l'intimé du contexte linguistique dans lequel s'est déroulée l'expertise psychiatrique et ce, même si elle n'était alors pas encore représentée par un mandataire. Par son propre comportement, l'assurée a laissé entendre qu'elle s'était accommodée des conditions du déroulement de l'expertise et son grief relatif au choix de l'expert ou à la langue de l'expertise, invoqué pour la première fois au stade de la préorientation après qu'elle a eu connaissance du résultat de l'expertise, apparaît de toute évidence tardif.

5.1.4 Au surplus, force est de constater que les experts rhumatologue et psychiatre désignés par l'intimé, chacun dans son rapport spécialisé et dans leur évaluation commune, ont rendu leurs conclusions en tenant compte des plaintes subjectives de la recourante, de son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, biographique/sociale et professionnelle) et des documents au dossier de la cause. Ces résultats ont été arrêtés en pleine connaissance du dossier. La description du conteste médical y est claire et les conclusions sont bien motivées. D'un point de vue formel à tout le moins, l'expertise bidisciplinaire, y compris le rapport du spécialiste en

psychiatrie mandaté par l'intimé, répond, dès lors, aux exigences posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (c. 2.3 et 2.4 supra).

5.2 L'assurée soulève par ailleurs des griefs matériels à l'encontre de l'expertise interdisciplinaire.

5.2.1 Les conclusions rendues par l'expert rhumatologue ne se recoupent en premier lieu certes pas entièrement avec celles ressortant de l'expertise mandatée au même plan médical par l'assureur perte de gain. Les experts concernés s'accordent néanmoins d'emblée à reconnaître principalement la présence chez la recourante d'un syndrome douloureux pseudo-radicaire droit sur hernie discale L5-S1 droite (pour le surplus: c. 4.4 et 4.5 supra). Leurs conclusions spécialisées respectives divergent en revanche sous l'angle des exigences professionnelles (capacité de travail à 80% dans un autre type d'emploi que l'emploi usuel ou capacité de travail entière préservée dans celui-ci). Pour étayer cette dernière conclusion, l'experte rhumatologue désignée par l'intimé est cependant en mesure de s'appuyer sur les nombreuses incohérences qui ont émaillé son propre examen clinique, respectivement sur l'absence de limitations fonctionnelles objectivables à l'issue de ce dernier. Ainsi, cette spécialiste rapporte-t-elle tout d'abord que la marche sur les doigts de pied n'a pas toujours fonctionné selon les tests organisés et que l'examen moteur des extrémités inférieures a débouché sur des résultats très variés qu'aucun diagnostic somatique ne parvient à expliquer objectivement. Malgré les douleurs invoquées par l'assurée au niveau de la nuque et des épaules, la même doctoresse relève ensuite que les résultats cliniques se sont avérés pourtant normaux avec un développement de force symétrique dans l'ensemble des muscles de base (moyennant une force asymétrique vérifiée dans les extrémités inférieures, sans quantification toutefois possible). De son avis encore, il existe une hypo-sensibilité s'étendant à la peau de la fesse droite, en contradiction avec l'hypoesthésie au dermatome S1 retenue par son précédent confrère rhumatologue. Dans cette continuité, cette experte précise que le signe de Lasègue autrefois positif ne peut pas non plus être mis en évidence et que l'on constate tout au plus un raccourcissement des muscles ischio-jambiers avec un pseudo-

Lasègue correspondant. S'appuyant en outre sur la vérification de signes de Waddell majoritairement positifs, elle exclut par conséquent avec raison et logique la présence d'un état principalement somatique propre à expliquer les restrictions alléguées dans l'emploi usuel que l'assurée décrit au demeurant comme parfaitement adapté à ses limitations. Pour le surplus et eu égard aux modifications dégénératives constatées au niveau lombaire, elle exclut en revanche et avec cohérence les activités physiques impliquant de soulever et de porter des charges lourdes.

5.2.2 Les conclusions de l'expertise se rapportant en second lieu au volet psychiatrique s'écartent pour leur part il est vrai de celles, également spécialisées, émanant de l'actuelle psychiatre de l'assurée procédant d'un suivi médical régulier. Hormis certaines divergences diagnostiques (pour l'essentiel: présence d'une dysthymie ou d'un trouble dépressif récurrent et reconnaissance au surplus d'un TSD à titre principal ou secondaire), la psychiatre traitante atteste d'une incapacité de travail entière de 2013 à 2014, puis à 50% dans un emploi adapté aux restrictions encourues (c. 4.3 et 4.5 supra). L'expert psychiatre mandaté par l'AI expose cependant très clairement les raisons pour lesquelles il estime devoir s'écarter de cette appréciation et conclure pour sa part à une diminution d'au maximum 20 à 30% de la capacité de travail résiduelle. Ainsi, pour nier la présence d'un trouble dépressif récurrent telle qu'attestée par les psychiatres traitants, ce spécialiste mentionne le fait qu'aucun symptôme de type dépressif n'a pu être observé lors de son examen clinique et que seules les indications anamnestiques laissent supputer, tout au plus, une humeur dépressive de type dysthymie ou un état anxio-dépressif persistant (CIM-10: F34.1) perdurant depuis plus de deux ans. Il n'existe par ailleurs, selon lui, aucun indice en faveur d'un trouble grave du caractère et/ou du comportement apparu durant l'enfance ou l'adolescence, les données biographiques suggérant au contraire une gestion psychiatrique discrète des revers de fortune durant la majeure partie de vie de la patiente. Le même expert souligne en outre que l'anamnèse familiale ne permet pas de soupçonner une vulnérabilité héréditaire ou intrinsèque aux troubles psychiques et que les problèmes médicaux affectant les aptitudes de l'assurée sont de nature plutôt somatique.

Contrairement à ce que défend la recourante, l'expert a livré à l'AI l'ensemble des éléments médicaux propres à juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte dépressive légère diagnostiquée en tant que dysthymie selon la CIM-10 (symptômes principaux ici retenus: diminution de l'élan vital ou de l'activité, sentiment d'insuffisance, perte de l'intérêt pour la sexualité pour cause de douleurs, pessimisme concernant l'avenir, sociabilité diminuée; dos. AI 67, p. 18). Dans le cadre de la libre appréciation dont il disposait (et dont dispose également le juge en cas de litige), l'intimé ne pouvait toutefois ni ignorer ces constatations de fait médicales, ni faire siennes les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales (ATF 140 V 193 c. 3.1 et 3.2 avec références). L'invalidité au sens de l'AI est une notion de nature juridique qui ne coïncide en effet pas nécessairement avec la notion médicale de la maladie, de l'incapacité ou de l'invalidité. Or, à cet égard, le TF a clairement précisé qu'une dysthymie qui, comme en l'occurrence, ne se manifeste pas avec un autre diagnostic, tel un trouble sévère de la personnalité par exemple, ne remplit pas les conditions légales d'une atteinte à la santé et que, seule, elle n'est régulièrement pas invalidante (SVR 2011 IV n°17 c. 2.2.2). Les derniers éléments au dossier AI qui attestent de l'hospitalisation de l'assurée courant 2000 en milieu psychiatrique n'atténuent en rien la portée de ces conclusions. Loin d'affaiblir l'expertise psychiatrique réalisée pour le compte de l'AI, le rapport du 14 juin 2000 relatif à ce séjour stationnaire met bien davantage en relief combien les données anamnestiques découlant des déclarations de l'assurée étaient à l'époque déjà sujettes à de récurrentes fluctuations et adaptations (évolution pendant le séjour hospitalier précité des sentiments de la patiente par rapport à l'enfance et à la famille, au souvenir de l'époux décédé et à son rôle de père, aux difficultés rencontrées avec le patron de celui-ci suite au décès). D'autres pièces médicales au dossier soulignent au reste des lacunes similaires dans les faits rapportés par l'assurée (voir par ex.: dos. AI 67/28).

5.2.3 L'évaluation psychiatrique précitée rejoint du reste celle de l'expert psychiatre mandaté auparavant par l'assureur perte de gain, lequel a exclu une atteinte à la santé psychique indépendante de l'aspect somatique et a

diagnostiqué une dysthymie (CIM-10: F34.1) et un trouble anxieux sans précision d'intensité légère (CIM-10: F41.9) ou des syndromes comportementaux non spécifiés associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (CIM-10: F59; c. 4.4 supra). Face à ces conclusions spécialisées concordantes, l'évaluation de l'ancienne psychiatre traitante, qui, après avoir traité l'épisode dépressif de 2007, n'a suivi que passagèrement (du 13 septembre au 18 octobre 2013) l'assurée pour son nouvel état dépressif survenu durant l'été 2013 et ne se prononce en tout cas pas sur la capacité de travail exigible (c. 4.3 supra), ne fait manifestement pas le poids. Dans son récapitulatif critique du dossier, le psychiatre mandaté par l'AI s'est en outre clairement exprimé sur ses divergences d'appréciation par rapport au diagnostic de trouble délirant (CIM-10: F22.0) et de troubles mixtes de la personnalité (F61.0) posé par l'actuelle psychiatre traitante. Se ralliant aux explications développées dans l'expertise psychiatrique réalisée pour l'assureur perte de gain, il rappelle que les hallucinations évoquées dans les antécédents médicaux se sont manifestées lors du traitement (antiépileptique) à la prégabaline et ont disparu suite à l'abandon de cette substance, ce qui ne se serait manifestement pas produit si l'assurée avait été atteinte d'une véritable psychose autonome. L'intéressée elle-même est au reste revenue sur la réalité de ses troubles hallucinatoires et sa psychiatre traitante n'en a plus fait état dans ses rapports médicaux ultérieurs à l'attention de l'AI. Sous cet aspect, l'avis du psychiatre mandaté par l'AI rejoint au surplus les conclusions du SMR rendues le 8 juillet 2014 également par l'entremise d'un médecin psychiatre, à l'appui desquelles il a été souligné que l'anamnèse asymptotique de l'assurée contredisait un possible trouble de la personnalité et que les multiples plaintes de l'assurée s'expliquaient davantage dans le cadre d'un TSD que d'un trouble délirant (dos. AI 47/2).

5.2.4 Dans ce prolongement, l'on précisera encore que la valeur probante de l'expertise psychiatrique ici en cause n'est pas non plus affaiblie par le fait qu'à l'époque où elles ont été élaborées, les conclusions proposées par l'expert, sur le plan juridique, se réfèrent à l'ancienne jurisprudence relative au caractère invalidant des TSD ou des atteintes assimilées, fondée sur le modèle de la présomption. L'expertise mise en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perd en effet pas

d'emblée toute valeur probante et, en l'occurrence, dans le cadre de l'examen global et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce ainsi que des griefs soulevés, il est conforme au droit fédéral de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants pour les appliquer aux nouvelles exigences (ATF 141 V 281 c. 8 et 137 V 210 c. 6). Au vu de la nouvelle pratique du TF relative aux TSD, l'on peut en l'occurrence déjà d'emblée douter du fait que le dossier permette d'établir avec une acuité suffisante l'existence même chez l'assurée d'une atteinte à la santé psychique de ce type. En effet, le rapport d'expertise bidisciplinaire met en lumière les nombreuses incohérences entre les plaintes exprimées et les substrats cliniques objectivés, respectivement la variabilité des données anamnestiques étayée par d'autres éléments au dossier AI. Certes, au niveau du diagnostic, les experts mandatés par l'AI ont mis en évidence plusieurs éléments (durée des plaintes, évolution, existence d'un substrat somatique partiel) susceptibles d'étayer notamment l'existence d'un syndrome douloureux lombo-glutéal/spondylogène chronique à droite après traitement conservateur d'une hernie discale L5-S1 droite. Même dans l'hypothèse où l'existence d'une atteinte à caractère somatoforme devait être considérée comme avérée, les constatations des spécialistes précités permettent en tout cas une appréciation concluante du cas à l'aune des nouveaux indicateurs jurisprudentiels déterminants, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner une instruction complémentaire. Ainsi, l'expertise psychiatrique met l'accent sur les limitations de la requérante dans sa vie quotidienne et il en découle une appréciation cohérente de l'incapacité de travail eu égard aux seules plaintes objectivées. Par ailleurs, les indicateurs, tels l'absence d'autres atteintes déterminantes, les ressources personnelles et le contexte social, de même que le niveau d'activité dans le déroulement des journées (activité professionnelle notamment poursuivie à 40%) relevé au cours de l'expertise, fournissent les indications nécessaires pour corroborer l'avis des experts, même sous l'empire de la grille d'évaluation préconisée par la nouvelle jurisprudence.

On relèvera encore que le dernier rapport du 30 juin 2016 de la psychiatre traitante établi postérieurement à la décision contestée, mais attestant de faits antérieurs à celle-ci et de nature dès lors à influencer l'appréciation au moment où cette dernière a été rendue (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4), ne met

nullement en doute les conclusions de l'expertise bidisciplinaire. Comme déjà relevé (c. 5.2.2 supra), loin d'atténuer la portée de celles-ci, les faits attestés en lien avec l'hospitalisation de 2000 mettent davantage en lumière les incohérences qui ressortaient à l'époque déjà des déclarations et des plaintes de l'assurée. Pour le surplus, le rapport médical précité du 30 juin 2016 ne fait état d'aucune péjoration depuis la date de la décision contestée, évoquant même une évolution au plan psychique «relativement favorable» en l'état du dossier.

5.3 Au regard des conditions définies en la matière par la jurisprudence, pleine et entière valeur probante peut ainsi être reconnue à l'appréciation bidisciplinaire des experts mandatés par l'AI (c. 2.3 et 2.4 supra). Sur ces bases, c'est dès lors à bon droit que l'Office AI a nié l'existence d'une atteinte invalidante à la santé pour toute la période couverte par l'objet de la présente contestation, à savoir du 1^{er} février 2014 (six mois après le dépôt de la demande AI; le délai d'attente d'une année pouvant être considéré comme échu à cette date, compte tenu de l'incapacité de travail ininterrompue attestée depuis le 12 février 2013; c. A supra, ainsi qu'art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI) jusqu'à la date de la décision contestée du 8 juin 2016. Au début de cette période déjà, l'ancien chirurgien orthopédique de l'assurée évoquait au reste certaines incohérences au plan clinique vu la tendance observée à l'accentuation des douleurs (dos. AI 26/2; elle-même non confirmée toutefois par l'expert rhumatologue mandaté ensuite par l'assureur perte de gain; voir dos. AI 26/2 et 38.2/7), et l'épisode commotionnel encore antérieur du 29 janvier 2014, sans perte de connaissance avérée ni autres circonstances spécifiées, n'a tout au plus entraîné qu'une incapacité de travail de (très) courte durée. Vers la même époque, l'ancien psychiatre traitant n'a lui-même par ailleurs pas «prescrit» d'incapacité de travail (en précisant cependant encore ne pas être en mesure de se prononcer sur la capacité de travail exigible; dos. AI 32/2-3, ch. 1.6 à 1.9). Quant à l'incapacité de travail de 20% attestée par l'expert rhumatologue mandaté par l'assureur perte de gain dont l'appréciation rejoint celle de son confrère désigné par l'AI, elle est motivée par le seul profil d'exigibilité qui exclut les charges moyennes ou lourdes et non pas, dès lors, par les conditions d'exercice de

l'activité usuelle adaptée aux handicaps. Aucun complément d'instruction n'est par conséquent nécessaire.

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, le recours dirigé contre la décision du 8 juin 2016 doit être rejeté.

6.2 La recourante n'obtenant pas gain de cause, les frais de la présente procédure, fixés à un émolument forfaitaire de Fr. 800.-, doivent être mis à sa charge (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais fournie.

6.3 Vu 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 l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

La greffière:

e.r.: A.-F. Boillat, 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).