

200.2016.652.AI

DEJ/BEJ

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

**Jugement du 1<sup>er</sup> septembre 2017**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
J. Desy, greffier



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

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 8 juin 2016

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1950, célibataire et sans enfant, selon les renseignements qu'elle a fournis et qui figurent au dossier, a accompli un apprentissage de vendeuse en bijouterie qu'elle a complété par un diplôme de secrétaire comptable. Invoquant une polyarthrite (psoriasis arthritique juvénile), elle a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en 1978, demande qui a été rejetée en 1981. En 1986, après plusieurs expériences professionnelles entrecoupées de périodes de chômage (voir extraits du compte individuel de cotisations sociales), l'intéressée a commencé à travailler en qualité d'auxiliaire d'imprimerie à un taux de 100%, emploi qu'elle a conservé jusqu'à son licenciement au 31 juillet 2005 pour des raisons économiques. Par décision du 24 mai 2004, l'AI a pris en charge, sur demande du 27 février 2003, à titre de mesures médicales, les coûts d'une des deux opérations de la cataracte subies par l'assurée en juin et septembre 2003. L'assurée a déposé, le 11 octobre 2006, une nouvelle (troisième) demande de prestations de l'AI en indiquant que ladite demande était consécutive à une fracture accidentelle de son fémur gauche intervenue le 2 mars 2006, alors qu'elle percevait des prestations de l'assurance- chômage.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a requis des informations auprès du chirurgien orthopédique traitant, puis a octroyé un reclassement professionnel de décembre 2007 à janvier 2008. La mise au courant soutenue par l'AI a débouché sur un engagement pour deux remplacements en tant qu'employée de commerce, d'abord à plein temps, puis à 60%. Dès début 2010, l'assurance-chômage est à nouveau intervenue. Un terme a été mis à l'aide au placement, empêchée par la situation médicale, par décision du 25 octobre 2010. La documentation médicale a été actualisée auprès des médecins traitants, soit le chirurgien orthopédique, un spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, ainsi qu'une médecin spécialiste en médecine générale, et en prenant conseil à plusieurs reprises auprès du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR). Le dossier de l'assureur-accidents a

également été édité. Sur la base de ces éléments, un premier préavis a été adressé à l'assurée en août 2012, contre lequel des observations ont été formulées. Par la suite, après avoir à chaque reprise réactualisé les données médicales de l'assurée, l'Office AI Berne a rendu trois autres préavis, le dernier le 21 janvier 2016, après avoir organisé une expertise rhumatologique dont le spécialiste mandaté a consigné les résultats dans un rapport du 27 novembre 2015. Par ce préavis, l'Office AI Berne prévoyait l'octroi d'une rente entière du 1<sup>er</sup> mars 2007 au 30 novembre 2007 et dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014.

## **B.**

Nonobstant les observations formulées par la recourante, représentée par un mandataire professionnel, à l'encontre de son préavis, l'Office AI Berne l'a confirmé par décision du 8 juin 2016.

## **C.**

Le 7 juillet 2016, l'intéressée, toujours représentée en procédure, a porté la cause devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision précitée et, principalement, au constat de son droit à l'octroi d'au moins un quart de rente de janvier 2010 à octobre 2011, puis à une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2011 ou, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Dans sa réponse du 24 août 2016, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours, sous suite des frais et dépens.

La recourante a répliqué le 4 octobre 2016 et l'intimé a dupliqué le 2 novembre 2016, chaque partie maintenant et confirmant ses conclusions.

Le 17 novembre 2016, le mandataire de la recourante a transmis sa note d'honoraires.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI Berne du 8 juin 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et alloue à la recourante une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2007 au 30 novembre 2007, puis à nouveau à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014. Au vu des conclusions et des motifs du recours, l'objet du litige porte sur le droit à, à tout le moins, un quart de rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et à une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011. En plus de la motivation insuffisante de la décision attaquée, sont contestés la valeur probante de l'expertise uniquement rhumatologique, la date de début de la rente d'invalidité, le calcul définissant le degré d'invalidité et l'exigibilité d'une reprise d'emploi au vu de l'âge de la recourante.

**1.2** Le recours a été interjeté en temps utile, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment légitimé. Certes, la motivation du recours, en majeure partie calquée sur celle des observations du 25 février 2016, ne discute pas explicitement les arguments que l'Office AI Berne oppose à celles-ci dans la décision. Comme, en matière d'assurances sociales, la jurisprudence préconise de ne pas poser d'exigences trop hautes quant à la forme et au contenu d'un recours (ATF 117 Ia 126 c. 5c, 116 V 353 c. 2b) et aussi du fait que la recourante a quand même quelque peu adapté ses observations au stade du recours, notamment en leur ajoutant un grief d'insuffisance de motivation de la décision (il ne s'agit pas d'un simple renvoi à de précédentes écritures, comp. avec RCC 1988 p. 546 c. 1), il y a lieu de considérer que les motifs du recours dans leur ensemble permettent de déduire que la recourante, par son mandataire, en dépit des compléments d'information contenus dans la décision (qu'elle a de la peine à comprendre) maintient son argumentation. Le recours est donc 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 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 LPJA; art. 80 et 84 al. 3 LPJA). L'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413; VSI 2001 p. 274 c. 1a).

## **2.**

**2.1** Dans un premier grief de nature formelle, la recourante reproche à l'intimé d'avoir insuffisamment motivé la décision attaquée, compte tenu notamment de l'absence de réponses aux objections formulées à l'encontre du préavis de janvier 2016 (recours ch. III. n° 2-4).

**2.2** L'obligation de motiver représente une part importante du droit d'être entendu au sens de l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst., RS 101). Elle doit empêcher que l'autorité se laisse guider par des motifs partiels et permettre le cas échéant aux intéressés de contester la décision de façon adéquate. Cela n'est possible que si la personne concernée et l'autorité de recours peuvent se faire une idée de la portée de la décision. En ce sens, les réflexions qui ont guidé l'autorité et sur lesquelles se fonde la décision doivent au moins être brièvement mentionnées. Il n'est toutefois pas nécessaire que tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties soient expressément exposés et

discutés. Il suffit plutôt que les points importants en vue du jugement figurent dans la décision (ATF 136 I 229 c. 5.2, 124 V 180 c. 1a).

**2.3** En l'espèce, le français de la décision attaquée est parfois maladroit, ce qui n'aide pas à la compréhension des explications techniques formulées. Toutefois, celle-ci, qui comprend une "prise de position sur [votre] courrier du 29.02.2016", est dans l'ensemble compréhensible. Ainsi, il en ressort qu'elle confirme l'appréciation de la capacité de travail et du profil d'exigibilité de la recourante en se référant en particulier à l'expertise rhumatologique (considérée tacitement comme suffisante et déterminante) et que le calcul de l'invalidité se base sur des revenus statistiques publiés. Contrairement à ce que prétend la recourante, même si elle ne le fait que succinctement et de façon générale, la prise de position sur les observations répond aussi aux griefs de l'assurée relatifs à la naissance du droit à la rente, à l'abattement et à l'exigibilité due à l'âge. Même si on peut regretter que la prise de position sur les observations n'ait pas été aussi fouillée que la réponse au recours en procédure judiciaire, il faut admettre que la décision attaquée contient suffisamment d'éléments de motivation pour exclure une violation du droit d'être entendue de la recourante. Du reste, après les explications supplémentaires de la réponse, la recourante, dans sa réplique, n'a pas prétendu apporter de nouveaux développements qu'elle n'avait pas déjà allégués auparavant en raison de véritables lacunes formelles dans la motivation de la décision. La discussion des divergences se situe sur le plan matériel et non formel.

### **3.**

**3.1** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). 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 LPGGA). 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).

**3.2** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). 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).

**3.3** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA; maintien de la jurisprudence développée sous l'empire de l'anc. art. 41 LAI en vigueur jusqu'à fin 2002: ATF 134 V 343 c. 3.5.2 et 3.5.4). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente. La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque

celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable. C'est notamment le cas d'une amélioration de la capacité de travail en raison de l'accoutumance ou de l'adaptation au handicap. Un motif de révision est, selon les circonstances, également donné lorsqu'une autre manière d'évaluer l'invalidité trouve application ou en cas d'évolution dans les travaux habituels (ATF 141 V 9 c. 2.3, 130 V 343 c. 3.5). Un autre diagnostic ou la suppression d'un diagnostic ne représentent une aggravation, respectivement, une amélioration de l'état de santé propres à motiver une révision que si ces changements de circonstances touchent le droit à la rente (ATF 141 V 9 c. 5.2). Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI).

Lors de l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité échelonnée ou limitée dans le temps, les dispositions applicables à la révision s'appliquent par analogie (ATF 109 V 125 c. 4a; VSI 1998 p. 121 c. 1b). L'art. 88a RAI concerne, certes, la révision de rentes déjà en cours. Il doit cependant être appliqué aussi, par analogie, lorsque la modification du degré d'invalidité s'est produite avant la première décision de rente; il s'ensuit que la modification est alors simultanément prise en considération (ATF 125 V 413 c. 2d; RCC 1990 p. 543 c. 2).

**3.4** 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).

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).

**3.5** L'administration, en tant qu'autorité de décision, et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 138 V 218 c. 6). Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1).

#### **4.**

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

**4.1.1** Dans la décision attaquée, l'intimé s'est essentiellement fondé sur l'estimation échelonnée de la capacité de travail de la recourante proposée par l'expert rhumatologue. Il a ainsi retenu que la capacité de travail de la recourante a été considérablement restreinte à partir de mars 2006, notamment en raison d'une fracture du fémur. A l'issue de l'année d'attente, l'intéressée présentait, selon lui, une pleine incapacité de travail et une rente entière d'invalidité a été octroyée dès mars 2007. A partir du mois de septembre 2007, l'intimé a considéré qu'il existait une capacité de travail entière dans un emploi adapté. Sur la base de salaires statistiques, il a ainsi calculé un degré d'invalidité de 3%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente et celle allouée depuis mars 2007 a été supprimée au 30 novembre 2007. Par la suite, toujours sur la base des fluctuations estimées par l'expert en rhumatologie, l'intimé a fixé un degré d'invalidité de 9% à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009, puis de 21% à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014, l'intimé a admis que la recourante ne pouvait plus mettre à profit sa capacité de travail en raison de son âge et du

changement de travail rendu nécessaire par son atteinte à la santé. Il lui a en conséquence accordé une rente entière.

**4.1.2** La recourante reproche tout d'abord l'instruction et l'appréciation médicales insuffisantes de sa situation, en ce sens qu'une problématique psychique, pourtant alléguée par les médecins traitants, n'a nullement été prise en compte. Elle fait également valoir qu'elle a droit à un quart de rente dès 2010, dès lors qu'une incapacité de travail moyenne de 45% à 50% existe depuis 2009, selon l'expert en rhumatologie. Elle conteste de plus le calcul du degré d'invalidité réalisé par l'intimé, arguant notamment de l'inexistence d'un abattement auquel elle a pourtant droit. Finalement, elle reproche à l'intimé d'avoir insuffisamment tenu compte de son âge et de la très importante difficulté, voire impossibilité, de trouver un emploi qui y est liée.

## **5.**

Il existe au dossier de très nombreux documents médicaux qui permettent de constater ce qui suit.

**5.1** Une première demande de prestations a été introduite en 1978 en raison d'une polyarthrite. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, le diagnostic de psoriasis arthritique juvénile a également été posé. Ladite demande a été refusée le 15 décembre 1981, motif donné que l'intéressée n'avait pas droit à des mesures professionnelles, parce qu'elle travaillait à 75%, à une rente, parce qu'elle n'avait pas présenté d'incapacité de travail de 50% au moins pendant 360 jours et à des mesures médicales, parce que l'AI ne prend pas en charge le traitement de la maladie comme telle.

**5.2** Bien que l'AI n'ait assumé les coûts que d'une seule intervention (pratique de partage de responsabilité entre l'AI et l'assurance-maladie alors en cours), les deux yeux de la recourante atteints de cataracte ont été opérés les 12 juin et 15 septembre 2003 (voir dossier [dos.] AI 9/5 et 7).

**5.3** Ce sont les suites d'une fracture distale accidentelle du fémur gauche, en mars 2006, qui ont motivé la troisième demande de prestations AI datée du 11 octobre 2006, à l'origine de la présente procédure. Dans son rapport médical du 18 novembre 2006, le chirurgien orthopédique ayant réduit la fracture par ostéosynthèse a retenu les diagnostics de gonarthrose gauche probablement secondaire à une polyarthrite psoriasique et de fracture du fémur distal gauche intra-articulaire avec raideur secondaire du genou gauche (en dépit d'une arthroscopie pratiquée le 14 avril 2006; dos. AI 155.1/3). Il précisait que la capacité de travail était inexistante à ce stade.

**5.4** L'Office AI Berne a organisé un reclassement du 1<sup>er</sup> décembre 2007 au 31 janvier 2008 (mise au courant dans une activité légère de bureau pour un journal) sur la base d'un rapport du 10 septembre 2007 du chirurgien orthopédique décrivant une amélioration spectaculaire, à considérer comme une guérison, et nécessitant la mise en place d'une réinsertion professionnelle vu la perte de l'ancien emploi. Selon les rapports qui ont été subséquentement versés au dossier, l'assurée avait dans l'intervalle bénéficié de la pose d'une prothèse totale au genou (PTG) gauche le 9 janvier 2007 (dos. AI 155.1/3).

**5.5** L'Office AI Berne a repris le suivi du dossier lorsque l'assurée n'a plus retrouvé d'emploi début 2010, après les deux remplacements apparemment effectués à la suite du reclassement. Dans son rapport du 7 février 2010, le chirurgien orthopédique traitant a diagnostiqué une polyarthrite rhumatoïde, un status après fracture du fémur gauche et pose de la PTG. Il renvoie au rhumatologue pour une dégradation du coude et de la cheville droits, avec une forte limitation de la mobilité du coude droit. Il n'atteste pour sa part qu'une incapacité complète de travail du 2 mars 2006 au 2 décembre 2007. La médecin généraliste de la recourante retient quant à elle, fin février 2010, les diagnostics de gonalgies invalidantes depuis 4-5 ans, de status après fracture du plateau tibial avec mise en place d'une PTG et de psoriasis avec probable rhumatisme psoriasique. Elle ne se prononce pas sur la capacité de travail en raison de l'absence d'emploi fixe. Dans son bilan médical final du 18 mai 2010, l'orthopédiste-conseil de la Suva (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents) a indiqué

que la recourante souffrait de polyarthrite d'origine juvénile et psoriasique, d'une ostéosynthèse du tiers distal du fémur gauche suivie de la mise en place secondaire d'une PTG gauche et de douleurs au coude droit. En ciblant sur les seules suites de la fracture du fémur gauche, il estimait qu'une capacité de travail complète pouvait être attendue de l'assurée dans une activité adaptée. Cette appréciation a débouché sur l'octroi d'une rente fondée sur une incapacité de gain de 11% et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20%. Dans son rapport du 14 juillet 2010, le rhumatologue traitant a relevé un rhumatisme psoriasique et une arthrose du coude droit, renvoyant au médecin généraliste traitant pour les autres aspects. En octobre 2010, le chirurgien orthopédique traitant a confirmé son précédent rapport en indiquant une polyarthrite rhumatoïde avec ses séquelles sous la forme d'une arthrose au coude gauche (recte: droit, comp. doc. AI 69/2 et 3) et des chevilles. Sur la base de ce qui précède, l'Office AI Berne a mis fin à l'aide au placement le 25 octobre 2010.

**5.6** Consulté par l'Office AI Berne, un spécialiste en médecine interne de son SMR a établi, le 11 mai 2011, un profil d'exigibilité valable dès le 10 septembre 2007 sur la base des documents médicaux au dossier. Il a estimé qu'en l'absence de port de charges de plus de cinq kilos et en réduisant à un minimum les escaliers, la position accroupie et les fortes sollicitations des bras, une activité assise était praticable à plein temps avec la précision que l'ancienne activité de secrétaire impliquait une diminution de rendement de l'ordre de 10% à 15% (en cas de long travail d'écriture ou du maniement pendant longtemps d'une souris d'ordinateur). L'interniste du SMR a confirmé son évaluation le 29 juillet 2011 après avoir été confronté à celle du 20 mai 2011 du rhumatologue traitant, limitant à 30% le taux d'une activité modérée et légère et communiquant la pose le 3 mai 2011 d'une prothèse au coude droit. Le médecin du SMR a persisté dans son appréciation le 11 juillet 2012, à l'exception d'une incapacité de travail totale de trois mois induite par l'opération du coude. Il a maintenu son avis, en se référant notamment au rapport du 22 juin 2012 de l'hôpital ayant procédé à la pose de la prothèse du coude, en dépit des intervention et rapport du rhumatologue traitant des 27 janvier et 20 avril 2012 signalant une aggravation de l'état de santé de la recourante et une incapacité totale de travail dans tous les domaines, depuis le mois de décembre 2010, en

raison des problèmes connus et de nouveaux éléments, à savoir, une polyarthrite psoriasique, un status après mise en place d'une prothèse du coude droit, une gonarthrose droite secondaire à la polyarthrite, ainsi qu'un état dépressif secondaire aux problèmes susmentionnés. Sur la base de ces investigations, l'Office AI Berne a, par préorientation du 10 août 2012, proposé d'octroyer à la recourante une rente entière du 1<sup>er</sup> mars au 30 novembre 2007 et du 1<sup>er</sup> août au 30 novembre 2011.

**5.7** Des avis de nouvelle détérioration de la situation générale de l'assurée communiqués par ses médecins traitants, à savoir son rhumatologue (des 22 février 2013 et 14 mars 2013) et sa généraliste signalant une intolérance médicamenteuse et des troubles de la thymie (des 27 août 2012 et 21 avril 2013), ont été versés au dossier dans la procédure d'observation introduite en réaction au préavis du 10 août 2012. Le généraliste du SMR, déjà en charge du dossier précédemment, a confirmé à deux reprises (rapports des 20 février et 23 mai 2013) ses précédentes évaluations et le profil défini déjà le 11 mai 2011, à savoir qu'une activité de secrétariat, assise, était et restait praticable à plein temps. Sur cette base, l'Office AI Berne a émis une deuxième préorientation le 9 septembre 2013, qui octroyait à nouveau la rente entière, mais seulement du 1<sup>er</sup> mars au 30 novembre 2007 et plus du 1<sup>er</sup> août au 30 novembre 2011, au motif que l'interruption entre les deux périodes était de trop longue durée pour remplir les conditions d'une reprise de l'invalidité.

**5.8** Une nouvelle procédure d'objections sur préavis a été introduite le 10 octobre 2013. De nombreux nouveaux avis médicaux des médecins traitants sont parvenus à l'Office AI Berne (rhumatologue traitant: 18 novembre 2013, 15 mai 2014; chirurgien orthopédiste: 10 décembre 2013, 1<sup>er</sup> avril, 27 mai, 1<sup>er</sup> novembre 2014; généraliste: 7 février, 2 août 2014). A fin 2013, le rhumatologue et le chirurgien orthopédiste traitants n'ont attesté qu'un petit pourcentage (articulation du taux de 20% par le rhumatologue) pour une activité vraiment très légère, occupationnelle, le chirurgien estimant que sa patiente devrait bénéficier d'une invalidité totale depuis deux ou trois ans. Une arthroplastie totale du genou droit a été réalisée le 25 mars 2014. Depuis février 2014, les médecins traitants ont

tous attesté l'absence de capacité de travail. Le médecin du SMR, les 13 février, 4 avril et 11 décembre 2014, en possession, successivement, de tous ces avis médicaux, a confirmé une nouvelle fois ses précédentes estimations en indiquant toutefois que depuis l'intervention du 24 mars 2014 jusqu'à fin 2014, également en raison d'une augmentation des douleurs articulaires intervenue pendant l'hospitalisation post-opératoire ayant nécessité un ajustement des traitements rhumatismaux, on ne pouvait plus compter avec une capacité de travail. Sur la base de ce qui précède, l'Office AI Berne a, par (troisième) préorientation du 1<sup>er</sup> mai 2015, indiqué à la recourante qu'il prévoyait d'octroyer une rente entière du 1<sup>er</sup> mars 2007 au 30 novembre 2007 et que depuis le 25 mars 2014, un nouveau délai d'attente avait commencé, qui ne serait pas échu avant que l'assurée atteigne ses 64 ans, l'âge de l'AVS.

**5.9** Ensuite des observations formulées par la recourante le 4 juin 2015, le SMR a recommandé l'organisation d'une expertise rhumatologique. Le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, a procédé à un examen personnel de la recourante le 24 novembre 2015, en présence d'un interprète, et a consigné ses constatations et appréciations dans un rapport du 27 novembre 2015. Il retient principalement les diagnostics, avec répercussion de longue durée sur la capacité de travail, de psoriasis et de syndrome pan-vertébral avec diffusion spondylogène. Il relève que les pièces au dossier permettent d'admettre que le 10 septembre 2007, date où le chirurgien orthopédiste a communiqué une amélioration spectaculaire à l'AI, à tout le moins, la recourante avait recouvré une capacité de travail entière après la pose de PTG à gauche. Pour la suite, il estime à trois ou quatre mois la durée de l'incapacité de travail totale, tant après l'opération du coude droit réalisée en mai 2011 qu'après l'opération du genou droit de mars 2014. Dans des activités sollicitant légèrement le corps (majoritairement en position assise et port de charges d'un maximum de 5 kilos) ou adaptées, l'expert indique une limitation moyenne de la capacité de travail (ou diminution de rendement) d'au plus 25% depuis 2009, d'au plus 35% depuis mi-2011 et d'au plus 45% depuis début 2014. Dans une activité sollicitant le corps plus que légèrement (par exemple vendeuse ou auxiliaire d'imprimerie [soit la dernière activité exercée]), l'incapacité de travail retenue est de 45-50%

depuis 2009, 60% depuis mi-2011 et 70% depuis 2013. L'expert n'a pas relevé de limitations dans les tâches ménagères et indique que le profil adapté correspond à une activité exercée dans des locaux tempérés, des travaux légers, une position susceptible d'être changée et choisie et une ergonomie du dos à observer. Sur la base de ce qui précède, l'Office AI Berne a rendu une (quatrième) préorientation le 21 janvier 2016, confirmée par décision du 8 juin 2016, octroyant une rente entière à la recourante pour la période allant du 1<sup>er</sup> mars 2007 au 30 novembre 2007 ainsi qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014.

## **6.**

**6.1** On relèvera tout d'abord que l'octroi d'une rente entière allant du 1<sup>er</sup> mars 2007 au 30 novembre 2007, ainsi que sa suppression au 1<sup>er</sup> décembre 2007, ne sont pas litigieux entre les parties. L'intimé ne fait pas valoir de doutes sur la justification du droit de la recourante à une rente entière pendant cette période, et celle-ci, représentée par un mandataire professionnel, n'oppose pas de griefs visant à sa suppression. Le Tribunal ne voit pas non plus de raison de s'écarter de la décision attaquée, dès lors que les pièces au dossier mettent clairement en évidence que la fracture du fémur subie le 2 mars 2006 a déployé des effets au plus tard, mais tout de même jusqu'au mois de septembre 2007 environ, et que la recourante a pu rechercher du travail, avec l'appui également de l'assurance-chômage, à compter de cette période, si bien qu'en application correcte de l'art. 88a al. 1 RAI, la rente entière a été octroyée jusqu'au 30 novembre 2007.

**6.2** Concernant la période suivante, l'Office AI Berne s'appuie principalement sur l'expertise rhumatologique réalisée en novembre 2015 pour nier le droit de la recourante à une rente jusqu'au début de l'année 2014. Or, la recourante allègue principalement qu'il aurait fallu investiguer sa situation médicale également sous un angle psychiatrique et fait valoir son droit, à tout le moins, à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

**6.2.1** Tout d'abord, sur le plan formel, il appert que l'expertise rhumatologique mise en œuvre par l'intimé et établie en novembre 2015

respecte l'ensemble des critères posés par la jurisprudence (voir ci-devant c. 3.4). La recourante ne la critique du reste pas sous cet angle. En particulier, l'on peut remarquer l'anamnèse complète réalisée par l'expert, qui a consulté et recensé l'ensemble des nombreux documents médicaux au dossier, de même que ses conclusions claires, bien étayées et motivées.

**6.2.2** Matériellement, quant au choix des disciplines médicales concernées, il est vrai que deux des médecins traitant la recourante ont évoqué des troubles de nature psychique découlant, principalement, des atteintes somatiques (voir ci-avant c. 5.6 et 5.7). Ainsi, le rhumatologue traitant a mentionné un état dépressif dans son rapport du 20 avril 2012 renvoyant, sur ce point, au médecin traitant; la généraliste, quant à elle, a confirmé ces maux, non pas dans son certificat du 27 août 2012, mais plus tard dans un bref avis adressé le 21 avril 2013 au mandataire de la recourante, en décrivant des troubles de la thymie. L'expert également a décrit que la recourante se souvenait d'épisodes dépressifs, toutefois interrompus lorsque son état somatique s'améliorait, par exemple après la pose des prothèses et avec les nouveaux médicaments administrés depuis mi-2015 (dos. AI 155.1/2-3, 9, 10-11, 13 et 14). Quand bien même la recourante fait valoir ces atteintes d'ordre psychologique dans son recours, il faut bien constater qu'au dossier ne figure aucun rapport émanant d'un spécialiste en psychiatrie et rien n'indique qu'elle aurait cherché à soigner cette atteinte de façon systématique. Pour qu'une problématique dépressive puisse être prise en considération comme facteur diminuant les ressources vitales dans le domaine de l'AI, il faut qu'elle ne soit plus accessible aux traitements (ATF 141 V 281 c. 4.3.1.2). La jurisprudence, selon laquelle des troubles dépressifs de degré léger ou même, au plus, moyen, récurrents ou épisodiques, sont en principe susceptibles d'être traités et ne sont pas incapacitants pour l'AI, a été confirmée à maintes reprises (TF 8C\_131/2016 du 14 juillet 2016 c. 5.3.1 in: SVR 2016 IV n° 51 et références). En l'espèce, en procédant à une appréciation anticipée des preuves, il apparaît nettement qu'une instruction complémentaire sur le plan psychiatrique n'aboutirait pas à des troubles incapacitants au sens de l'AI. En présence donc d'une situation médicale déterminante se limitant au plan somatique de la rhumatologie et médecine générale et pour laquelle

une évaluation pluridisciplinaire comprenant un volet psychique aurait été superflue, c'est à raison que l'Office AI Berne a renoncé à entreprendre des investigations à ce propos.

**6.2.3** Toujours sur le plan matériel, il est certes vrai que si les médecins et l'expert s'accordent dans les grandes lignes sur les diagnostics (de nature somatique), l'évaluation de la capacité résiduelle de travail diverge. L'expertise, qui retient une capacité de travail partielle dans une activité adaptée, est contredite par les estimations des médecins traitants, qui n'ont cessé d'attester, depuis 2012 à tout le moins, une absence complète, dès 2010 environ, de capacité de travail résiduelle exploitable sur le marché ordinaire du travail. De façon générale, s'agissant des avis du médecin de famille, le juge doit tenir compte du fait qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, le médecin de famille aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). Il faut noter aussi que les appréciations proposées par le chirurgien orthopédique notamment relèvent souvent plus de considérations économiques ou issues du modèle bio-psycho-social que d'une pure évaluation médico-théorique (voir ci-avant c. 3.4 et 5.8; dos. AI 117/3 et 127/2; SVR 2008 IV n° 62 c. 4.2). De surcroît, en l'espèce, il convient à ce stade de noter la minutie avec laquelle l'expert s'est efforcé de comprendre le lent développement et l'ampleur des affections globales de la recourante, en particulier en ce qui concerne le psoriasis. Il a également considéré avec soin les avis divergents de ses confrères avant de s'étonner de certaines contradictions et imprécisions (par ex. constats de détérioration de l'état en dépit de bons résultats opératoires; dos. AI 155.1/14), les discuter et de s'en écarter. Il explique les raisons pour lesquelles il ne se rallie pas à une survenance soudaine, en 2010, d'une incapacité totale due à des causes malades, même au vu de l'arthrose ayant handicapé les genoux et le coude (articulations périphériques) opérés, arthrose existant aussi aux mains. Au vu de son étude fouillée des documents médicaux au dossier, de ses examens, du caractère peu fiable (qu'il explique) des analyses humérales lors des crises inflammatoires, de l'évolution du traitement médicamenteux qui n'a été véritablement ciblé que vers mi-2015 et ne correspondait pas auparavant à des périodes de crise inflammatoire telle que décrites (dos. AI 155.1/13), de l'ampleur limitée des

symptômes cutanés qu'il observe et de l'absence d'atteinte objectivable de la colonne vertébrale (dos. AI 155.1/12), il convainc lorsqu'il constate que l'activité de la maladie est légère selon l'anamnèse, moyenne selon les éléments radiologiques et nulle sur le plan humoral, à relativiser. Il y a lieu de le suivre lorsqu'il estime que la détérioration déterminante que l'assurée situe en 2010 correspond en réalité à la perte de tout emploi régulier et non à une progression nette de la maladie à cette époque (dos. AI 155.1/11). Avec l'expert, il faut accepter que le déficit d'extension des deux coudes, les gonarthroses – à droite due à la maladie et à gauche due tant à la maladie qu'à l'accident –, les crises inflammatoires nécessitant la prise épisodique d'antidouleurs ont une influence sur la capacité de travail. En revanche, comme il l'indique, il convient aussi de prendre en considération que les plaintes de maux de dos ne font pas l'objet d'un constat organique et qu'il n'existe pas de troubles relevant de la médecine interne. On peut donc se rallier aux "paliers" dégressifs relatifs à la capacité de travail qu'il a retenus depuis 2009 (hormis les incapacités passagères liées aux opérations) et qu'il a justifiés par l'augmentation de l'arthrose secondaire des articulations périphériques, augmentation qu'il a pu extrapoler sur la base du dossier médical de la recourante et de son examen personnel.

Sur le plan matériel, il faut ainsi également considérer que l'expertise revêt un caractère probant, ce que la recourante ne conteste d'ailleurs pas véritablement, dans la mesure où elle s'offusque bien davantage du manque d'examen psychiatrique que de la qualité de ladite expertise.

## 7.

Il convient d'examiner les conséquences juridiques (ampleur de l'invalidité) de l'incapacité médico-théorique résultant de l'expertise (voir ci-avant c. 5.9; en résumé: hormis les périodes opératoires de 2011 et 2014, limitation moyenne de la capacité de travail ou diminution de rendement d'au plus 25% depuis 2009, d'au plus 35% depuis mi-2011 et d'au plus 45% depuis début 2014 dans une activité légère profilée de façon optimale et de 45-50% depuis 2009, 60% depuis mi-2011 et 70% depuis

2013 dans une activité, telle la dernière exercée de façon durable en imprimerie, sollicitant le corps plus que légèrement).

**7.1** Il y a lieu d'abord de définir les paramètres temporels et salariaux du calcul de l'invalidité.

**7.1.1** En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante, en bonne santé, aurait exercé une activité lucrative à plein temps. La méthode ordinaire de comparaison des revenus s'applique pour calculer la perte de gain (voir c. 3.1 et 3.2 ci-avant) en corrélation avec les dispositions régissant la révision de rente, puisqu'une rente échelonnée entre en considération (voir c. 3.3 ci-avant). Il faut comparer, d'une part, l'état de fait au moment de la (dernière) décision d'octroi de rente et, d'autre part, celui au moment de la (nouvelle) modification (ATF 133 V 108 c. 5, 130 V 343 c. 3.5.2, 125 V 368 c. 2; SVR 2010 IV n° 53 c. 3.1). Pour procéder à la comparaison des revenus selon la méthode ordinaire, il convient de se placer au moment de la naissance (ou de la modification) 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). Dès lors, à l'instar de ce qu'a fait l'intimé, il s'agit, le cas échéant avec le décalage de trois mois qu'implique l'art. 88a RAI, de définir le degré d'invalidité de la recourante en janvier 2009, juin 2011 et janvier 2014, à savoir à chacun des paliers de dégradation de la capacité de travail que l'expert a estimée entièrement recouvrée depuis septembre 2007 (ce qui a impliqué la récupération de la capacité de gain et la suppression de la rente dès décembre 2007; voir c. 6.1 ci-avant). En application de l'art. 88a al. 2 RAI, puisque les périodes d'incapacité totale de travail post-opératoires de 2011 et 2014 sont fixées par l'expert à environ trois mois, il convient aussi d'admettre, avec une vraisemblance prépondérante (c. 3.5 ci-avant), qu'elles n'ont pas en soi le caractère de dégradation durable susceptible d'accroître (provisoirement) le droit aux prestations.

On notera encore que si un droit à une rente est induit par la détérioration de janvier 2009, celle-ci s'étant produite moins de trois ans après la suppression de la rente à fin novembre 2007, la recourante n'a pas à subir

à nouveau un délai d'attente (art. 29<sup>bis</sup> RAI dans ses teneurs valables avant et après la modification entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2008). Si une détérioration déterminante pour un droit à une rente n'est intervenue qu'à mi-2011, l'année d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b LAI sera en tout cas écoulée en juin 2011 puisque, depuis 2009, l'expert retient une incapacité de travail de l'ordre de 45-50% dans la dernière activité exercée avant l'annonce à l'AI.

**7.1.2** 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) 2006 (pour le revenu sans invalidité indexée à l'année 2007), publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). En soi, le choix de bases statistiques pour les deux revenus à comparer se justifie ici pleinement. Le dernier emploi, à durée indéterminée, d'auxiliaire en imprimerie occupé à 100% par la recourante (avant la demande AI), a pris fin en juillet 2005 pour des raisons principalement économiques (dos. AI 25/4). Il n'est dès lors pas possible de supposer que sans ses atteintes à la santé, la recourante occuperait encore cet emploi et de tabler sur la rémunération qu'elle y réalisait, à savoir Fr. 58'500.- (Fr. 4'500.- x 13 en 2004 selon attestation de l'employeur; 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 repris une activité lucrative que dans le cadre de remplacements en 2008 et 2009 à taux variables et à temps déterminé (emplois qui ne sont du reste pas documentés précisément au dossier, hormis l'indication d'une base salariale à 100% de Fr. 3'600.- x 13; dos. AI 53), l'évaluation du revenu avec invalidité doit aussi se fonder, selon la jurisprudence, sur une base statistique (ATF 129 V 472 c. 4.2.1; SVR 2010 IV n° 52 c. 4.4.3).

**7.1.3** En revanche, on ne peut suivre l'Office AI Berne lorsqu'il choisit une donnée statistique salariale pour le revenu sans invalidité, fondée sur la rubrique statistique ESS 2006 TA1 (secteur privé), "total", adaptée à la durée normale du travail en 2007 et indexée à cette année selon l'évolution des salaires nominaux 1939 = 100 ([Fr. 4'019.- x 12] x 41,7 h / 40 h x Fr. 2'454.- / Fr. 2'417.- = Fr. 51'047.-) plus basse que celle prise pour le

revenu avec invalidité, à savoir ESS 2006 TA7 (secteurs privé et public ensemble), ch. 23: services: autres activités (pas le secrétariat ni la comptabilité) commerciales et administratives, avec une durée hebdomadaire de 41,6 h, sans indexation à 2007 ( $[\text{Fr. } 4'950.- \times 12] \times 41,6 \text{ h} / 40 \text{ h} = \text{Fr. } 61'776.-$ ), ce qui, à un taux de 80%, donne Fr. 49'420.-. Le choix de l'intimé est d'autant moins défendable que le revenu d'assurée valide qu'il a défini en 2007 (Fr. 51'047.-) est nettement inférieur au salaire réalisé dans le dernier emploi avant la demande AI (Fr. 58'500.- en 2004). La recourante, après la survenance de son invalidité, n'a bénéficié que de deux mois de mise au courant comme mesure professionnelle et, à part quelques cours informatiques de base en emploi, d'aucun perfectionnement spécifique susceptible de l'avantager sur le marché du travail. Rien ne permet de miser sur le "total" de la TA1 pour le revenu sans invalidité et sur une rubrique spécifique de la TA7 (secteurs privé et public/Confédération), dans les services commerciaux et administratifs, pour le revenu avec invalidité. Selon la jurisprudence, c'est bien plutôt le revenu sans invalidité qui devrait être fixé en fonction de statistiques tenant compte des circonstances personnelles et professionnelles influençant la fixation du salaire de la personne assurée dans le cas concret (ATF 139 V 28 c. 3.3.2; TF I 517/02 du 30 octobre 2002 c. 1.2). En revanche, le revenu avec invalidité devrait communément être estimé sur la base de la table TA1, secteur privé, valeur "total", de l'ESS (ATF 129 V 472 c. 4.3.2; SVR 2010 IV n° 52 c. 4.4.3). Un autre mode de comparaison pourrait aussi se défendre en partant d'une base statistique identique pour les deux revenus hypothétiques avec ou sans invalidité, ce qui simplifie le calcul en rendant superflue l'adaptation et l'indexation précises de la donnée commune (ATF 135 V 297 c. 5.2; TF 8C\_148/2017 du 19 juin 2017 c. 4, mode de comparaison à cependant distinguer de la méthode en pour-cent au sens de l'ATF 104 V 135 c. 2b).

S'agissant des autres données statistiques susceptibles d'intervenir dans les calculs, on peut constater qu'en 2006, l'indice des salaires nominaux (base 1939=100), pour les femmes, est de 2'417, en 2009 de 2'552 et en 2011 de 2'604. La durée normale du travail, rubrique "total", s'élève à 41,7 h en 2006, 41,6 h en 2009 et 41,7 h en 2011. Pour les services commerciaux et administratifs, il est difficile de choisir une statistique

spécifique car la durée dépend de la branche (ou secteur ou division) économique. Il semble donc adéquat de se référer aussi à la durée correspondant à la valeur "total" pour le calcul du revenu sans invalidité.

**7.1.4** Hormis le choix des valeurs statistiques correspondant le mieux à la situation de la personne invalide, peut aussi entrer en considération un abattement supplémentaire (d'au maximum 25%) du fait que celle-ci, lorsqu'elle 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 (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3; SVR 2015 IV n° 1 c. 2.2). La recourante ne peut prétendre être défavorisée du fait de sa nationalité, de sa langue, ni même de son niveau de formation (la statistique choisie pour le revenu avec invalidité ne pose aucune exigence de connaissances spécialisées). Pour les femmes, le temps partiel n'entraîne pas non plus en général de baisse de salaire allant au-delà de celle impliquée par le taux (ATF 126 V 75 c. 7b). La perte de rendement impliquée par les handicaps, y compris les périodes de crises psoriasiques nécessitant la prise de médicaments (TF 9C\_728/2009 du 21 septembre 2010 c. 4.3), médication qui, selon l'expert, n'a été optimisée que peu avant l'âge AVS, est comprise dans les taux (dégressifs) de capacité de travail estimés par l'expert. Si l'on fixe le revenu sans invalidité en se référant au ch. 23 de la TA7 et on le compare avec le "total" de la TA1, il faut considérer que le niveau de rémunération de cette dernière rubrique, couvrant les activités simples et répétitives accessibles de façon générale aux femmes, n'est pas, en plus, encore influencé de façon sensible par l'âge et la durée d'éloignement du marché du travail (TF 8C\_19/2016 du 4 avril 2016 c. 5). Le choix d'une base statistique de niveau nettement inférieur par rapport au revenu sans invalidité absorbe ces facteurs et exclut un abattement supplémentaire. En revanche, l'âge et la durée de l'éloignement du marché du travail justifient un abattement supplémentaire (en plus du taux médico-théorique fixé par l'expert) si l'on effectue une comparaison avec deux revenus hypothétiques, avec et sans invalidité, issus d'une base similaire. Un abattement de l'ordre de 10% du revenu d'invalide, tel que suggéré par la recourante, apparaît dans ce cas justifié.

**7.2** Il convient d'appliquer ce qui précède aux différents paliers de la capacité de travail retenus par l'expert.

**7.2.1** Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009, l'expert précité retient une diminution de la capacité de travail de l'ordre de 25% au maximum dans une activité adaptée de façon optimale. Le profil défini ressemble à l'activité d'employée de commerce que la recourante a pu exercer lors des remplacements à taux variables de 2008 et, encore, en 2009, si bien qu'il paraît exigible avec une vraisemblance prépondérante (c. 3.5 ci-avant). Avec des bases statistiques différenciées telles que définies ci-dessus (c. 7.1), on arrive à un revenu sans invalidité de Fr. 65'226.50 ( $[\text{Fr. } 4'950.- \times 12] \times 41,6 \text{ h} / 40 \text{ h} \times 2'552 / 2'417$ ) et avec invalidité de Fr. 39'719.- ( $[\text{Fr. } 4'019.- \times 12] \times 41,6 \text{ h} / 40 \text{ h} \times 2'552 / 2'417 \times 0,75$ ). Le degré d'invalidité est de 39,1%, arrondi à 39% ( $[\text{perte de gain de Fr. } 65'226.50 - \text{Fr. } 39'719.- = \text{Fr. } 25'507.50]$ ,  $\text{Fr. } 25'507.50 \times 100 / \text{Fr. } 65'226.50$ ; arrondissement: ATF 130 V 121 c. 3.3). En partant d'une seule et même base statistique, on arrive à un degré d'invalidité de 33% (capacité de gain de:  $75\% - [10\% \times 75] = 67,5\%$ , d'où une incapacité de gain / invalidité de 32,5%, arrondie à 33%). 33% et 39% d'invalidité n'ouvrent pas le droit à une rente.

**7.2.2** Dès le 1<sup>er</sup> juillet 2011 (mi-2011), l'expert retient, avec le même profil d'exigibilité, une diminution de la capacité de travail de l'ordre de 35%. Avec les bases différenciées définies ci-dessus (c. 7.1), on arrive à un revenu sans invalidité de Fr. 66'715.50 ( $[\text{Fr. } 4'950.- \times 12] \times 41,7 \text{ h} / 40 \text{ h} \times 2'604 / 2'417$ ) et avec invalidité de Fr. 35'208.90 ( $[\text{Fr. } 4'019.- \times 12] \times 41,7 \text{ h} / 40 \text{ h} \times 2'604 / 2'417 \times 0,65$ ). Le degré d'invalidité est donc de 47,23%, arrondi à 47% ( $[\text{perte de gain de Fr. } 66'715.50 - \text{Fr. } 35'208.90 = \text{Fr. } 31'506.60]$ ,  $\text{Fr. } 31'506.60 \times 100 / \text{Fr. } 66'715.50$ ). En partant d'une seule et même base statistique, on arrive à un degré d'invalidité de 42% (capacité de gain de  $65\% - [10\% \times 65] = 58,5\%$ , d'où une incapacité de gain / invalidité de 41,5%, arrondie à 42%). 42% et 47% d'invalidité ouvrent le droit à un quart de rente. Comme l'expert retient une incapacité de travail de l'ordre de 45-50% depuis début 2009 dans la dernière activité exercée avant l'annonce à l'AI (voir ci-avant c. 7.1.1), pendant le délai d'attente dont l'échéance est reportée à fin juin 2011 vu la détérioration attestée dès mi-2011 (fixation rétrospective du délai d'attente), la moyenne de plus de 40%

d'incapacité de travail pendant le délai d'attente ouvre le droit au quart de rente dès l'échéance de ce dernier, soit dès le 1<sup>er</sup> juillet 2011 (art. 28 al. 1 let. b et c LAI: voir c. 3.2 ci-avant; ATF 121 V 264 c. 6).

**7.2.3** Concernant le dernier palier depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014, en dépit de la restriction de capacité de travail limitée à 45% encore attestée par l'expert dès cette date dans un emploi à profil idéal, l'Office AI Berne n'a plus misé sur une telle activité, différente de la dernière exercée. Il explique que pour ces derniers 11 mois avant qu'elle atteigne l'âge AVS de la retraite, il n'était plus exigible que la recourante s'engage dans un emploi adapté et qu'il faut donc s'en tenir pour cette période à un calcul d'invalidité fondé sur la capacité de travail de 30% encore exigible dans l'ancienne activité professionnelle exercée. Dans son calcul, l'Office AI Berne n'a pas même pratiqué de comparaison à ce taux et s'est fondé sur un revenu avec invalidité de Fr. 0.- (une comparaison avec un revenu à 30% aurait aussi abouti à un droit à une rente entière). Ce point de vue pour l'année 2014, fondé sur la jurisprudence (par ex.: ATF 138 V 457 c. 3), est d'autant plus défendable qu'en mars de cette année-là, la recourante a subi l'opération de pose de prothèse du genou droit. Elle devait donc compter avec une incapacité de travail prolongée, ce qui réduisait encore ses chances de trouver un emploi adapté. Les documents médicaux de la période post-opératoire ont de plus révélé une augmentation des douleurs articulaires ayant nécessité un ajustement des traitements, complications qui avaient même incité l'interniste du SMR à admettre une incapacité totale de l'opération à fin 2014 (c. 5.8 ci-avant). Il convient de confirmer ici l'appréciation de l'intimé et d'admettre une inexigibilité, impliquant une invalidité de 100% dès le début 2014 (sans tenir compte du délai de l'art. 88a al. 2 RAI, puisque l'incapacité de gain totale est fondée non directement sur la détérioration médico-théorique de l'état de santé dès début 2014, mais sur l'inexigibilité, notion de nature juridique).

## **8.**

**8.1** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être partiellement admis dans la mesure où la décision de l'Office AI Berne du 8 juin 2016 doit

être modifiée en ce sens que la recourante a droit, en plus de la rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2007 au 30 novembre 2007 et dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014 (jusqu'au 30 novembre 2014, 64<sup>e</sup> anniversaire), à un quart de rente du 1<sup>er</sup> juillet 2011 au 31 décembre 2013. Pour le surplus, le recours est rejeté. L'intimé fera procéder au calcul du montant des rentes supplémentaires dues à la recourante.

En l'espèce, la recourante concluait à l'octroi d'un quart de rente de janvier 2010 à fin octobre 2011, puis d'une rente entière (jusqu'à fin novembre 2014). Les divergences entre les conclusions et le jugement relatives à la seule quotité d'une prestation d'assurance sociale n'ont, selon la jurisprudence, pas d'influence sur l'ampleur de l'examen du Tribunal et donc pas non plus sur la répartition des frais et dépens. Au cas particulier, cette répartition ne peut donc être influée par le caractère partiel du gain de cause que dans la proportion de la succombance relative au principe même de l'existence d'une rente (par rapport à ce que la décision attaquée octroyait, 30 mois supplémentaires alloués au lieu des 48 mois supplémentaires demandés, soit, arrondis, deux tiers de gain de cause; ATF 117 V 401 c. 2c; TF 9C\_580/2010 du 16 novembre 2010 c. 4.1; SVR 2016 IV n° 12 c. 5).

**8.2** Les frais de la présente procédure, fixés à un émolument forfaitaire de Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne par Fr. 533.- et de la recourante par Fr. 267.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). Le solde de l'avance de frais de Fr. 800.- de la recourante lui sera restitué à hauteur de Fr. 533.-.

**8.3** La recourante étant représentée par un mandataire professionnel, elle a droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 17 novembre 2016 qui ne prête pas à discussion, compte tenu de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA en cas de représentation par un organisme de conseils juridiques reconnu d'utilité publique (tarif horaire de Fr. 130.-; voir notamment la circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales en cas de telle représentation, disponible sur le site internet du Tribunal, rubrique Téléchargements et

publications), sont fixés à un montant de Fr. 1'702.75 (honoraires: Fr. 1'495.-; débours: Fr. 81.60; TVA: Fr. 126.15) et mis à la charge de l'intimé dans la mesure où son gain de cause partiel le permet (c. 8.1 ci-avant), à savoir à hauteur de Fr. 1'135.20.

**Par ces motifs:**

1. Le recours est partiellement admis et la décision est annulée dans la mesure où elle refuse un droit à une rente pour d'autres périodes que celles du 1<sup>er</sup> mars au 30 novembre 2007 et dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014 jusqu'à l'âge AVS (30 novembre 2014). Un quart de rente est octroyé du 1<sup>er</sup> juillet 2011 au 31 décembre 2013. Pour le surplus, le recours est rejeté. Le dossier est retourné à l'intimé pour calcul de la prestation.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis par Fr. 267.- à la charge de la recourante et par Fr. 533.- à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais de Fr. 800.- versée par la recourante sera restituée à hauteur de Fr. 533.- lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 1'135.20 (débours et TVA compris) au titre de participation à ses dépens pour la présente procédure. Au surplus, il n'est pas alloué de dépens.

4. Le présent jugement est notifié (R):

- au mandataire de la recourante,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales,
- et, pour information (A):
- à la Fondation [...].

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).