

200.2016.841.AI

DEJ/BEJ

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

**Jugement du 8 décembre 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 15 août 2016

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1984, au bénéfice d'une autorisation de séjour (permis B), mariée et maman d'une fille née en 2010, dispose d'une formation professionnelle commerciale acquise dans son pays d'origine. Elle a séjourné en Suisse du 13 juillet 2007 au 31 décembre 2007, puis du 26 mars 2008 au 4 septembre 2012 et depuis le 8 février 2014. Entre 2008 et 2012, puis depuis son retour en Suisse en février 2014, elle a travaillé en qualité d'emboîteuse pour une entreprise horlogère. Une incapacité de travail totale dès le 26 mai 2014 et à 50% du 5 au 27 juin 2014, puis à nouveau totale à compter du 13 août 2014 lui a été attestée le médicament. Le contrat de travail a été résilié au 30 novembre 2015.

Le 17 octobre 2014 (demande reçue le 28 octobre 2014), la recourante s'est annoncée auprès de l'assurance-invalidité (AI) en invoquant souffrir d'une hernie discale depuis le 26 mai 2014.

**B.**

A réception de cette demande de prestations, l'Office AI s'est enquis de la situation de l'assurée auprès de son employeur et des médecins traitants, soit un spécialiste en médecine interne et un chirurgien orthopédique, puis lui a communiqué qu'elle n'avait pas de droit à des mesures professionnelles. L'Office AI a ensuite pris conseil à plusieurs reprises auprès de son Service médical régional (SMR) et a actualisé les rapports médicaux en sa possession. Une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrique et neurologique) a ensuite été organisée dans un centre d'observation médicale de l'AI. Les experts se sont procuré des documents médicaux complémentaires, en particulier le rapport d'un médecin spécialiste en orthopédie et en chirurgie de la colonne vertébrale consulté par la recourante pour avoir un deuxième avis. Sur la base de cette expertise, l'Office AI Berne a, par préavis du 22 mars 2016, informé

l'assurée qu'il entendait nier tout droit à une rente faute d'atteinte à la santé invalidante.

**C.**

Le 23 mai 2016 (délai prolongé par l'Office AI après un premier courrier du 11 avril 2016), l'assurée, représentée par un mandataire professionnel, a formulé des observations à l'encontre du préavis précité, joignant de nouveaux rapports médicaux, provenant notamment du chirurgien orthopédique précité et d'un médecin anesthésiste, spécialiste du traitement de la douleur. L'Office AI Berne a une nouvelle fois pris conseil auprès de son SMR, puis a confirmé, par décision du 15 août 2016, le contenu de son préavis, niant tout droit à des prestations de l'AI.

**D.**

Le 14 septembre 2016, l'assurée, toujours représentée en procédure, a porté la cause devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) en concluant, sous suite des frais et dépens, à l'annulation de la décision précitée, au constat de son droit aux prestations de l'AI et, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ou, éventuellement, au renvoi de la cause à l'Office AI Berne pour instructions médicales et/ou professionnelles complémentaires, ou, aussi à titre éventuel, au renvoi de la cause à l'Office AI Berne pour examen de l'opportunité de mesures de reclassement professionnel. La recourante a également joint un nouveau rapport médical.

Dans son mémoire de réponse du 16 décembre 2016, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours et à ce que les frais de procédure soient mis à la charge de la recourante et qu'aucune allocation de dépens ne soit octroyée à cette dernière. Il a également joint à son envoi un complément à l'expertise susmentionnée.

La recourante a confirmé ses conclusions dans sa réplique du 10 janvier 2017. L'Office AI Berne a renoncé à dupliquer. Le mandataire de la recourante a produit sa note d'honoraires le 26 janvier 2017.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision du 15 août 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et refuse toute prestation de l'AI à la recourante. L'objet du litige porte sur l'octroi de prestations, principalement une rente entière, subsidiairement sur le renvoi du dossier pour investigations complémentaires, voire l'examen de l'opportunité de mesures professionnelles. Sont critiquées, formellement, la motivation prétendument insuffisante de la décision dont est recours et, matériellement, la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, 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. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]). A toutes fins utiles, on précisera que la conclusion tendant au constat du droit de la recourante aux prestations de l'AI doit être interprétée comme un élément de la motivation du recours (absence d'intérêt digne d'être protégé au constat, lequel est subsidiaire par rapport aux conclusions formatrices visant l'octroi de prestations de la part de l'AI, le cas échéant après investigations ou mesures préalables (ATF 122 V 28 c. 2b).

**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). L'incapacité de gain consiste dans 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). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, 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 équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1).

**2.2** 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). Par cette nouvelle réglementation, les précédents principes de droit non écrits et, en particulier, la jurisprudence relative à l'exclusion des facteurs étrangers à l'invalidité et au principe de l'exigibilité sont désormais explicitement ancrés dans la loi (ATF 140 V 197 c. 6.2.1, 135 V 215 c. 7.3; Message concernant la 5<sup>ème</sup> révision de l'AI, FF 2005 p. 4285 ss).

**2.3** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins (let. b et c). Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPG, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré (al. 1). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (al. 2).

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).

**2.4** Pour déterminer le degré d'invalidité, l'avis de médecins et d'experts médicaux revêt une grande importance. La tâche du médecin consiste à décrire 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 raisonnablement exiger de la part de l'assuré (ATF 132 V 93 c. 4). Toutefois, le médecin ne doit donner son avis que sur des questions médicales et doit ainsi apprécier la capacité de travail en fonction de l'état de santé de la personne assurée. Le médecin n'a pas à se prononcer sur des questions (de droit, critères sociaux ou économiques) touchant à la capacité de gain ou au taux d'invalidité (ATF 130 V 352 c. 3.2 in fine).

**2.5** 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 (ATF 125 V 351 c. 3a; SVR 2015 IV n° 28 c. 4.1).

### **3.**

**3.1** La recourante fait tout d'abord valoir la violation de son droit d'être entendue dans la mesure où les arguments et les moyens de preuve présentés dans ses observations à l'encontre de la préorientation n'ont que très succinctement été discutés par l'intimé, respectivement par son SMR, dont la prise de position fait partie intégrante de la décision attaquée. La recourante conclut ainsi à une insuffisance de motivation de cette décision.

**3.2** 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).

**3.3** En l'espèce, il appert que la décision attaquée est suffisamment motivée et ne viole pas le droit d'être entendue de la recourante. S'il est vrai que la prise de position du SMR (que ce dernier a fait traduire en français) n'est étayée que de façon globale sous l'angle de l'absence de constats de déficits organiques, l'on parvient néanmoins à comprendre la raison pour laquelle l'Office AI Berne refuse toute prestation, en continuant à s'en remettre aux conclusions de l'expertise pluridisciplinaire qu'il considère comme étant probante et suffisante. Avec son SMR, dont la prise de position fait partie de la décision attaquée, il a tenu compte de l'ensemble des avis médicaux, ce qui peut être considéré comme suffisant,

dès lors que le raisonnement est en soi compréhensible (voir également TF 9C\_831/2009 du 12 août 2010 c. 3.1 avec les références). On notera encore, en ce qui concerne le manque allégué de contenu de la prise de position du SMR, que le fait de savoir si la décision se révèle convaincante concerne l'examen matériel du cas.

#### **4.**

Les thèses des parties sont les suivantes.

**4.1** L'Office AI Berne se fonde principalement sur l'expertise pluridisciplinaire réalisée en novembre 2015 (rapport de mars 2016) pour retenir qu'il n'existe pas d'atteinte invalidante au sens de l'AI. Il considère en effet que l'expertise est probante, selon les critères élaborés par la jurisprudence, et que les nouveaux rapports médicaux présentés par la recourante et soumis à son SMR, puis aux experts pour un complément d'expertise, ne remettent pas en question ses conclusions.

**4.2** Quant à la recourante, en plus de son grief relatif à l'absence de motivation de la décision attaquée (voir ci-avant c. 3), elle conteste la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire tant sur le plan formel, par le manque de spécialités sollicitées et les données lacunaires qu'elle comporte, que sur le plan matériel, par les incohérences et lacunes intrinsèques qu'elle contient, ainsi que ses contradictions avec les autres avis médicaux au dossier.

#### **5.**

Sur le plan médical, il ressort du dossier les éléments de fait suivants.

**5.1** Dans son rapport du 24 novembre 2014 adressé à l'Office AI Berne, le médecin de famille (spécialiste en médecine interne) de la recourante a indiqué que celle-ci souffrait d'une hernie discale L3/L4 depuis 2012. Il a également informé que sa patiente avait été opérée d'une hernie discale le 30 septembre 2014, que persistaient des douleurs lomboscialgiques post-

opératoires et qu'une infiltration locale était prévue. Le médecin a retenu une pleine incapacité de travail depuis le 12 août 2014. Le même praticien avait déjà émis un rapport le 18 septembre 2014 à l'intention de l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'ancien employeur de la recourante. Il y était indiqué des lombosciatalgies récidivantes sur hernie discale depuis 2012.

**5.2** Le chirurgien orthopédique qui a opéré la recourante a rédigé plusieurs rapports à l'intention du médecin de famille précité (dossier [dos.] AI 17). Lors de son examen du 17 septembre 2014, il a diagnostiqué un syndrome douloureux aigu L3/L4 du côté droit avec une petite hernie discale L3/L4, ainsi qu'un début de déshydrogénation des disques intervertébraux L4/L5 et L5/S1 actuellement sans conflit de disque radiculaire. Vu les douleurs, il a décrit avoir réalisé une infiltration le 18 septembre 2014. En l'absence de résultat positif de l'infiltration, il a rapporté avoir pratiqué une opération de décompression L3/L4 le 30 septembre 2014. Dans son rapport post-opératoire du 3 novembre 2014, le chirurgien a indiqué ne plus constater de compression et relevé un bon résultat de l'opération, mais a toutefois déploré la présence de plaintes de douleurs. A titre de diagnostic, il a conclu à un syndrome irritatif radiculaire persistant S1 du côté droit.

**5.3** Par la suite, le chirurgien orthopédique précité a diagnostiqué en décembre 2014 une spondylolyse L5 des deux côtés, qui a été opérée le 6 janvier 2015 (dos. AI 19). Dans son rapport post-opératoire du 28 janvier 2015, il a relevé que l'opération s'était bien déroulée, mais a retenu un syndrome radiculaire permanent non explicable, ce qui l'a amené à organiser des examens neurologiques.

**5.4** L'Office AI Berne a pris conseil auprès de son SMR qui a répondu le 25 mars 2015. La spécialiste en orthopédie en charge du cas a ainsi considéré qu'il y avait lieu d'explorer, en plus du volet orthopédique, d'autres disciplines médicales et a préconisé la tenue d'examens neurologique, gynécologique, de médecine interne et psychiatrique.

**5.5** Dans son rapport médical intermédiaire du 24 juin 2015 (faisant état de deux opérations, la dernière en janvier 2015), le médecin de famille a

relevé que l'état de santé était stationnaire et que les douleurs persistaient. Il a retenu une incapacité complète de travail depuis le 12 août 2014, a mentionné des douleurs lombaires au moindre effort et a estimé qu'aucune activité n'était possible.

**5.6** Dans différents rapports, le chirurgien traitant a indiqué qu'il avait procédé à une nouvelle opération de la recourante le 14 avril 2015 visant une décompression L5/S1 des deux côtés, une neurolyse L5/S1 des deux côtés et une stabilisation L5/S1 (voir dos. AI 49/12-17, documents adressés aux moments de l'intervention et des contrôles subséquents au médecin de famille, mais seulement versés au dossier avec les observations à l'encontre du préavis du 22 mars 2016). Le 17 juin 2015, le même chirurgien a relevé le bon déroulement de l'opération, mais a déploré l'existence de fortes douleurs qu'il n'arrivait pas à expliquer et à comprendre sur le plan somatique. Il a ainsi adressé la recourante à un médecin anesthésiste, spécialiste du traitement de la douleur.

**5.7** Invitée à se prononcer sur le dernier rapport du médecin de famille (voir ci-avant c. 5.5), la spécialiste du SMR a, le 25 août 2015, persisté dans ses demandes d'autres explorations médicales.

**5.8** Dans son rapport adressé au médecin de famille et daté du 13 novembre 2015, un nouveau chirurgien en orthopédie et de la colonne vertébrale, consulté pour obtenir un deuxième avis, a diagnostiqué de lourdes limitations liées à des sciatalgies chroniques après trois opérations (dos. AI 41.2/1-2 faisant partie des annexes au rapport d'expertise pluridisciplinaire, voir ci-après c. 5.9). Il a relevé que la situation avait empiré après chaque opération, infiltration ou séance de physiothérapie. Il a encore mentionné que la recourante marchait avec une canne et que les médicaments étaient mal supportés. La situation radiologique étant en ordre, le chirurgien a mentionné qu'il s'agissait d'un "Back Surgery Syndrom" avec atteintes fonctionnelles très graves sans atteinte objective, comme cela arrive dans 30% des opérations du dos concernant des atteintes lombaires. Il a encore relevé qu'il n'y avait pas d'espoir de reprise du travail.

**5.9** Diligentée par l'Office AI Berne, une expertise pluridisciplinaire (médecine interne générale, psychiatrie et neurologique) a été réalisée par un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI; en l'occurrence, COMAI [...]). Les examens ont été réalisés les 4 (médecine interne générale), 17 (psychiatrie) et 25 (neurologie) novembre 2015. Dans leur rapport final du 8 mars 2016, comprenant différents compléments (ENMG, monitoring médicamenteux, rapports médicaux et rapports radiologiques: voir dos. AI 41.2), les experts ont diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un status après interventions chirurgicales au niveau lombaire. Sans incidence sur la capacité de travail, ils ont retenu les diagnostics de lombosciatalgies bilatérales sans substrat somatique objectivable sur le plan clinique, électrophysiologique et radiologique, un status après une opération de chirurgie bariatrique en 2012, un status après une tendinite De Quervain bilatérale en 2008, un status après une fracture bi-malléolaire ostéosynthèse en 2003 et une dermatite séborrhéique dès 2011. Relevant une importante divergence entre les troubles décrits et les constats objectifs, ils ont retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, dont, par exemple, la dernière (pas de charges de plus de 10 kg, d'engagement physique lourd, de déplacement important à pied).

Pour arriver à la conclusion précitée, les experts ont consigné les propos de la recourante concernant ses atteintes. Ainsi, sur le plan de la médecine interne, les plaintes concernant les douleurs et les brûlures épigastriques et la dermatite séborrhéique sont relevées. Sur le plan de la neurologie, il est mentionné des lombalgies bilatérales en barre se compliquant de fessalgies bilatérales plus prononcées à droite avec des douleurs irradiant en direction du périnée et le long de la face postéro-externe du membre inférieur droit jusqu'aux orteils. Du côté gauche, il est indiqué la subsistance des douleurs au niveau de la fesse et à la face externe de la cuisse jusqu'au genou. Finalement, sur le plan psychique, il est indiqué une tristesse (toutefois sans état dépressif) face aux difficultés économiques et professionnelles. Il est également consigné l'existence d'une inquiétude sur le plan économique et, en raison des douleurs, il est mentionné que la recourante ne sort que peu de chez elle. Dans leur synthèse, après avoir procédé à différents examens (y compris un monitoring médicamenteux révélant des mesures en dessous de la moyenne) et à des anamnèses

orientées, les experts ont en substance relevé que la symptomatologie épigastrique n'était pas explicable, qu'il existait une incohérence dans les limitations lombaires démontrées (absence de contracture) et non objectivables, que les plaintes exprimées ne correspondaient pas non plus à des douleurs de déafférentation après décompression radiculaire. Ils ont également mentionné une majoration des symptômes et ont retenu une pleine capacité de travail avec toutefois certaines limitations fonctionnelles liées aux trois opérations. Finalement, sur le plan psychiatrique, ils ont relevé l'existence d'un syndrome douloureux chronique apparu pendant la grossesse alors que la recourante était obèse, mais ils ont souligné que s'il existait une situation économique difficile, il n'y avait pas de conflits majeurs ni avec l'entourage ni sur le plan professionnel. Ils ont relevé également l'absence de détresse émotionnelle et de pathologie psychiatrique grave. Ils ont aussi mentionné que le syndrome douloureux entraînait des troubles de la mémoire, du sommeil, une fatigue et entrave la vie sexuelle. Les experts ont finalement précisé que le syndrome douloureux était aussi responsable d'une tristesse sans que l'humeur ne soit déprimée, d'une perturbation émotionnelle légère, d'anxiété face à l'avenir, d'une nervosité et irritabilité.

**5.10** Avec ses observations formulées à l'égard du préavis du 22 mars 2016, la recourante a produit différents rapports médicaux. En plus de ceux déjà mentionnés ci-avant (c. 5.6), un rapport d'un médecin anesthésiste, spécialiste du traitement de la douleur, a notamment été joint, dans lequel ledit spécialiste indique ne pas comprendre comment une pleine capacité de travail peut être retenue. Le chirurgien en orthopédie et de la colonne vertébrale consulté pour un deuxième avis a, le 13 mai 2016, également pris position sur l'expertise pluridisciplinaire précitée. En substance, il a relevé que l'appréciation des diagnostics, corrects en tant que tels, était incompréhensible. Il a expliqué que la situation devait être examinée sous l'angle d'un trouble somatoforme douloureux et s'est référé à la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF; ATF 141 V 281). Il a reproché l'absence d'expert de la colonne vertébrale ou de psychosomaticien et mentionné que l'appréciation théorique et abstraite de la capacité de travail ne suffisait pas.

**5.11** Le SMR a été invité à se prononcer sur les nouvelles pièces produites par la recourante et a considéré qu'elles n'étaient pas à même de remettre en cause les conclusions bien étayées de l'expertise (dos. AI 54).

**5.12** Au stade du recours devant le TA, la recourante a produit un nouveau rapport médical provenant d'un troisième chirurgien orthopédique et daté du 29 août 2016 (consultation du 24 août), faisant état de douleurs au genou droit. Avant de rendre sa réponse au recours, l'Office AI Berne a demandé aux experts de prendre position sur les pièces inconnues au moment de l'expertise, à savoir les documents relatifs à la troisième opération (voir réponse du 16 décembre 2016 au dos. TA). Les experts ont confirmé leurs conclusions, indiquant que le contenu des nouveaux rapports médicaux ne faisait que les conforter, dans la mesure où la part somatique des troubles ressentis demeurait faible.

## **6.**

Il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire.

**6.1** La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 213 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

**6.2** Sur le plan formel, on relèvera ce qui suit.

**6.2.1** La recourante fait tout d'abord valoir que d'autres disciplines auraient également dû être examinées dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire.

**6.2.1.1** Il est vrai que les prises de position du SMR des 25 mars et 25 août 2015, à l'origine de l'expertise pluridisciplinaire diligentée par l'Office AI Berne, préconisaient une expertise dans les domaines non seulement de la médecine interne, de la neurologie et de la psychiatrie, mais aussi de la gynécologie. Si l'on se réfère au "Protokoll per 16.12.2016" joint par l'Office AI Berne à son mémoire de réponse, l'on comprend que la discipline gynécologique a été abandonnée, faute de disponibilité à court terme des experts dans ce domaine. A ce sujet, il convient d'une part de relever que la recourante formule son grief d'une expertise réalisée sans l'apport des spécialistes requis sans l'étayer plus que par le rapport du 13 mai 2016 du chirurgien consulté pour un deuxième avis (c. 5.10 ci-avant) qui estimait que des experts spécialistes de la colonne vertébrale et psychosomaticien auraient dû être aussi impliqués. S'agissant de l'absence d'exams gynécologiques, pas expressément critiquée par la recourante, il faut constater que l'expertise n'atteste aucune plainte à ce propos (voir dos. AI 41.1/9). Tout au plus peut-on indiquer que les plaintes exprimées de façon continue par la recourante remontent à la période de sa grossesse, raison pour laquelle la médecin du SMR avait de toute évidence recommandé l'expertise de ce domaine. Pour le reste, si la recourante souhaitait que d'autres disciplines médicales fassent l'objet de l'expertise, il lui appartenait de se manifester auprès de l'Office AI Berne avant sa réalisation, ce qu'elle n'a pas fait. Il faut en effet relever que ce dernier a informé la recourante le 26 août 2015 des disciplines qui allaient faire l'objet d'une expertise (voir dos. AI 32), sans obtenir de réactions (voir les ATF 138 V 271 c. 1.1, 137 V 210 c. 3.4.2.9; délai usuel de dix jours pour formuler des objections: ATF 139 V 349 c. 5.2.3). Il faut en conclure que l'assurée a accepté les disciplines médicales examinées; ce n'est que dans un deuxième temps, après la réalisation de l'expertise pluridisciplinaire, que le chirurgien qu'elle a consulté pour un deuxième avis a suggéré que la situation aurait dû être examinée sous l'angle de nouvelles disciplines médicales.

**6.2.1.2** Il faut ensuite souligner qu'il s'agit de l'une des missions des experts que d'exprimer ou de déterminer si des exams spécifiques supplémentaires ou complémentaires sont nécessaires. Les experts médicaux profitent en effet d'une large autonomie dans la manière de

conduire leur expertise, s'agissant notamment des modalités de l'examen clinique et du choix des examens complémentaires à effectuer (voir notamment TF 9C\_91/2015 du 3 septembre 2015 c. 4.3). En l'espèce, aucun des experts n'a relevé le besoin d'examiner de manière plus approfondie une discipline médicale ou alors d'étendre le champ des disciplines médicales expertisées. Il faut en conclure que l'expertise à laquelle ils ont procédé leur a paru suffisante pour rendre une appréciation suffisamment précise et documentée de la situation médicale de la recourante. L'on précisera à ce stade que le chirurgien consulté pour deuxième avis par la recourante, qui préconise un complément d'expertise sur les plans de la colonne vertébrale et psychosomatique, le fait dans la mesure où il prétend à l'examen de la situation médicale de la recourante sur la base des critères jurisprudentiels pour apprécier les troubles somatoformes douloureux. Or, il convient de souligner, d'une part, que les diagnostics, en tant que tels, de l'expertise ne sont pas véritablement remis en question par ce spécialiste de la chirurgie de la colonne vertébrale et, d'autre part, que l'angle psychosomatique a été pris en compte, notamment par l'expert psychiatre. Il s'agit toutefois d'aspects matériels qui sont discutés ci-après (voir c. 6.3). En outre, en matière de l'exigibilité de la mise à contribution de la capacité de travail médico-théorique, l'avis des médecins n'a qu'une valeur de proposition, dont la conformité au droit doit être vérifiée par les organes de l'AI.

**6.2.1.3** Sur le vu de ce qui précède, sur le plan formel, la Cour de céans ne voit pas de raisons de considérer les disciplines médicales examinées comme insuffisantes.

**6.2.2** Toujours du point de vue formel, la recourante s'offusque de l'absence d'anamnèse de la part des experts concernant la troisième opération qu'elle a subie le 14 avril 2015. Il ressort certes du dossier que les documents médicaux fournis par l'Office AI, puisque le dernier rapport du 24 juin 2015 du médecin de famille n'en faisait pas mention, ne contenaient pas d'informations relatives à cette troisième opération. Il n'en reste pas moins que les experts, compte tenu d'un résumé de la situation de l'assurée du 5 octobre 2015 (dos. AI 41.1/7), se sont procuré le rapport du 13 novembre 2015 du chirurgien consulté pour deuxième avis et divers

résultats d'examens spécialisés couvrant la période du 17 octobre 2014 jusqu'au 6 novembre 2015 (dos. AI 41.1/18-19 et 41.2/4-14). Les experts étaient donc au courant de l'existence des trois opérations (par ex. dos. AI 41.1/7, 8 [mention du mois d'avril 2015], 20 et 22). Si les experts, sur la base de la description du chirurgien consulté pour deuxième avis n'ont pas pu reconstituer exactement quelles interventions ont été pratiquées lors de la deuxième, puis la troisième opérations (dos. AI 41.1/8 et 20), ils n'en ont pas moins pour autant fondé leurs conclusions sur les derniers résultats d'examens, notamment la myélographie du 6 novembre 2015 organisée par le chirurgien consulté pour deuxième avis. L'expertise et ses conclusions ne reposent donc pas sur une documentation lacunaire, quand bien même les rapports opératoire et post-opératoires de la troisième intervention n'y figuraient pas. Au stade de la réponse apportée par l'Office AI Berne au recours de surcroît, dès lors qu'un complément a été demandé aux experts puis transmis au TA, les experts ont encore confirmé leur précédente appréciation (fondée notamment sur la myélographie du 6 novembre 2015 et d'autres résultats d'examens radiologiques et de laboratoire postérieurs au 14 avril 2015), après avoir pris connaissance de la suite exacte des diverses interventions au cours des deuxième et troisième opérations.

**6.2.3** Sur le plan formel, au vu notamment de ce qui précède et du fait que tous les aspects exigés par la jurisprudence (voir c. 6.1) ont été abordés, la Cour de céans considère que l'expertise pluridisciplinaire, encore confirmée le 5 décembre 2016, est probante.

**6.3** Il convient ensuite d'examiner les aspects matériels de l'expertise.

**6.3.1** L'expertise contestée retient en substance qu'il n'existe aucune atteinte somatique à même d'expliquer les maux dont se plaint la recourante. L'expert en neurologie, sur la base de son examen clinique, de l'ENMG des membres inférieurs droits et le résultat des différents bilans radiologiques (y compris ceux postérieurs à la troisième opération qu'il s'est procurés; voir c. 6.2.2), mentionne ainsi dans ses conclusions que les plaintes paraissent disproportionnées par rapport aux anomalies objectives (voir dos. AI 41.1/22). Dans le complément d'expertise apporté par les experts, ces derniers relèvent que les rapports opératoire et post-

opératoires de la troisième opération ne font que confirmer leur première appréciation, à savoir qu'il n'existe pas véritablement d'explication somatique aux atteintes de la recourante. En particulier, il faut noter que le chirurgien ayant procédé aux opérations, dans son dernier rapport du 17 juin 2015, après la troisième opération, relève lui-même qu'il ne peut plus proposer d'autre option opératoire thérapeutique pour la recourante et renvoie cette dernière à un spécialiste de la douleur (voir PJ 8 des observations formulées à l'encontre du préavis). Il y a donc convergence de diagnostic et d'appréciation médicale entre les experts et le chirurgien orthopédique qui a opéré la recourante à trois reprises. Les experts, même s'ils n'étaient pas, au moment de l'élaboration de leur premier rapport, en possession des documents opératoire et post-opératoires du chirurgien, s'étaient procuré les résultats des analyses et examens radiologiques les plus récents, organisés par le chirurgien consulté pour deuxième avis. Les experts étaient donc parfaitement au fait de la situation après les trois opérations. Lorsque l'intimé les a sollicités pour un complément d'expertise, en leur fournissant aussi les rapports du chirurgien opérateur, les experts ont encore confirmé leur première estimation.

**6.3.2** L'on relèvera également que les autres rapports médicaux au dossier ne contredisent pas véritablement les conclusions de l'expertise. Ainsi, le médecin de famille n'étaie pas ses attestations de pleine incapacité de travail, si bien que la recourante ne peut en tirer aucun argument. Comme relevé au c. 6.3.1 ci-avant, le chirurgien qui a opéré à trois reprises la recourante, écrit ne pas ou ne plus comprendre l'origine des maux, si bien qu'il considère qu'il n'existe à son sens plus de proposition thérapeutique. Le chirurgien, qui a été consulté pour deuxième avis par la recourante et qui a été invité à se prononcer sur l'expertise pluridisciplinaire, admet dans son courrier du 13 mai 2016 adressé au mandataire de la recourante que la situation médicale de celle-ci est bien prise en compte dans l'expertise, mais souligne que l'appréciation théorique de la capacité de travail n'est selon lui pas correcte. Il estime ainsi que la situation médicale de la recourante devrait être examinée sous l'angle d'un trouble somatoforme douloureux (voir ci-après c. 6.3.3). Les autres rapports médicaux au dossier et joints au préavis ou au recours

n'apportent finalement pas d'éléments nouveaux ou contradictoires avec les conclusions de l'expertise.

**6.3.3** On peut déduire des arguments de la recourante qu'elle fait valoir, sur la base du courrier du chirurgien consulté pour deuxième avis, qu'il y a lieu d'examiner sa situation sous l'angle d'un trouble somatoforme douloureux.

**6.3.3.1** Les experts doivent motiver le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant et celui de trouble psychosomatique analogue de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 142 V 106 c. 3.3, 141 V 281 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence du TF, le point de savoir si une telle atteinte à la santé entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 141 V 281 c. 4.1). Selon l'art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA, il n'existe une incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (ATF 141 V 281c. 3.7). La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatées sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards (ATF 141 V 281 c. 6).

**6.3.3.2** On relèvera à ce stade qu'aucun diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou analogue n'a été posé par les médecins, y compris par l'expert psychiatre (qui ne relève que l'existence d'un syndrome douloureux chronique, sans poser de diagnostic plus précis en se référant par exemple à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]). Le chirurgien consulté pour deuxième avis suggère d'examiner la situation de la recourante à l'aune des critères jurisprudentiels posés par le TF dans de tels cas, mais ne pose pas non plus formellement de diagnostic psychosomatique, ce qui, du reste, ne serait pas du ressort de sa spécialité. Faute d'un tel diagnostic, il paraît douteux que le premier critère jurisprudentiel soit ainsi réalisé. En tout état de cause, un constat d'absence d'activité lucrative lié à des douleurs, même sans bon pronostic

quant à l'éventualité d'une reprise, n'implique pas la présence d'un trouble somatoforme douloureux persistant au sens de la jurisprudence (voir principalement ATF 141 V 281 précité; voir ci-avant c. 5.3.3.1). Sur la base des indicateurs jurisprudentiels, l'on relèvera que les experts ont mentionné la présence de signes de majoration (quand bien même certains faits médicaux réels ne peuvent être niés) et qu'il n'existe aucune autre atteinte psychiatrique (selon l'expert psychiatre). Les autres indicateurs ne peuvent pas non plus être considérés comme réalisés avec suffisamment d'acuité, étant précisé que l'expert psychiatre a posé des questions relatives aux critères susmentionnés. Au vu également des ressources dont l'assurée avait déjà fait preuve dans des situations difficiles, il n'a pas retenu de conflit majeur significatif incapacitant. L'expertise est ainsi convaincante lorsqu'elle admet qu'il existe en effet certains problèmes financiers, mais qu'il n'y a pas véritablement de retrait social, que la structure de la journée est dans l'ensemble conservée, que les liens sociaux familiaux sont également maintenus et que la recourante possède encore des ressources psychiques (voir ci-avant c. 5.9).

**6.3.3.3** Au vu de ce qui précède, il apparaît, sur la base de la jurisprudence élaborée par le TF, qu'il y a lieu de suivre les propositions esquissées par l'expertise qui ne pose pas de diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant ou analogue ouvrant le droit à des prestations de l'AI. Ce n'est pas à l'intimé d'expliquer les causes de la perte de gain de la recourante, dont il estime qu'elles ne proviennent pas d'atteintes à la santé objectivement établies. Sur la base des pièces versées au dossier et de la jurisprudence du TF, les atteintes de la recourante doivent être qualifiées de surmontables (art. 7 al. 2 LPGA).

**6.4** En conclusion, il faut constater, au vu de ce qui précède, que la substance des résultats de l'expertise pluridisciplinaire n'est pas remise en question par les autres appréciations médicales au dossier et qu'aucun avis médical dissident ne contredit l'absence d'atteinte somatique à même d'expliquer les maux de la recourante. Quant au plan psychosomatique, les pièces au dossier et les critères jurisprudentiels conduisent à adopter l'évaluation des experts d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée, telle la dernière exercée, ce qui ferme tout droit à des prestations

de l'AI. Certes, la capacité de travail retenue par les experts n'est que théorique, mais elle l'est dans l'ensemble des situations dans lesquelles des experts médicaux sont amenés à se prononcer et, en l'occurrence, l'appréciation médico-théorique proposée convainc, également sur le plan juridique de l'évaluation du caractère invalidant. Dès lors, des investigations médicales supplémentaires se révèlent superflues et, dans la mesure où l'intimé a, à juste titre, considéré qu'il n'y a pas, en l'espèce, d'atteinte invalidante au sens de l'AI, il ne lui appartient pas d'organiser une reprise du travail ou un reclassement professionnel. L'on relèvera également à ce stade que le profil d'activité retenu par les experts se montre précis et ne comprend pas uniquement la dernière activité professionnelle exercée, dont le descriptif n'est pas tout à fait correct. Il faut en effet constater que les experts relèvent l'absence totale d'incapacité de travail, tout en soulignant, dans le profil exigible, l'absence de port régulier de charges de plus de 10 kg, l'absence d'engagement physique lourd et l'absence de déplacements importants à pied. Ils se réfèrent à l'activité exercée préalablement à titre d'exemple ("telle"), en soulignant que l'activité doit être légère et sédentaire (voir dos. AI 41.1/26 et 27, questions 25 et 32).

## **7.**

**7.1** Le recours interjeté contre la décision du 15 août 2016 de l'Office AI Berne doit ainsi être rejeté.

**7.2** Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI; art. 108 al. 1 LPJA). En l'espèce, l'absence de rapports opératoire et post-opératoires du chirurgien opérateur au moment de l'élaboration de l'expertise ne constitue pas un vice formel de nature à générer un droit de la recourante à des dépens. En effet, l'analyse développée par les experts était étayée avec les résultats d'examens médicaux les plus récents, postérieurs à la troisième opération, qu'ils s'étaient procurés (voir c. 6.2.1.2 ci-avant). Le complément qui leur a été demandé par l'intimé au stade du recours l'a été sur la base d'une lecture incomplète de l'expertise par la recourante qui estimait, à tort, que la troisième opération n'avait pas été

prise en considération. Ce complément ne trouve donc pas son origine dans une violation du principe de l'instruction d'office imputable à l'intimé.

**7.3** La recourante n'a pas droit à l'allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario; voir aussi c. 7.2 ci-avant s'agissant du complément d'instruction au stade du recours).

**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,et communiqué:
  - à [...].

La présidente:

Le greffier:

**Voie de recours**

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