

200.2016.851.AI

BOA/BEJ

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

Jugement du 25 octobre 2017

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et C. Tissot, juges
A.-F. Boillat, greffière



A. _____
représentée par Me B. _____

recourante

contre

Office AI Berne
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne

intimé

relatif à une décision de ce dernier du 12 août 2016

En fait:

A.

A. _____, née en 1978, séparée, maman d'une enfant mineure (née en 2007), sans formation certifiée, a travaillé dans divers domaines et, en dernier lieu, dans la restauration, à un taux d'occupation variable. En raison de douleurs éprouvées, l'assurée a, selon ses propres déclarations, cessé toute activité professionnelle durant le courant de l'année 2014. Indiquant souffrir d'angio-œdème héréditaire et de dépression, elle a sollicité, en juillet 2015, des prestations de l'assurance-invalidité (AI). L'assurée est soutenue par les services sociaux.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée (somaticiens et psychiatre traitants). Par communication du 8 mars 2016, l'Office AI a informé l'assurée qu'elle n'avait actuellement pas droit à des mesures professionnelles, en précisant que son droit à la rente allait être examiné. Se fondant sur les différents rapports médicaux collectés et l'avis médical du médecin du service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), daté du 26 avril 2016, l'Office AI, par préavis du 6 mai 2016, a informé l'assurée qu'il envisageait, sur la base d'un degré d'invalidité de 0%, de lui refuser une rente d'invalidité. En dépit des objections formulées par l'assurée, représentée par un avocat, et après avoir requis une nouvelle fois l'avis de son SMR (rapport du 4 août 2016), l'Office AI, par décision formelle du 12 août 2016, a confirmé le contenu de sa première préorientation.

C.

Par acte daté du 14 septembre 2016, l'assurée, toujours représentée, a recouru contre cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de

Berne (TA). Elle a requis l'assistance judiciaire et conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision rendue le 12 août 2016 par l'Office AI et à l'octroi d'une rente d'invalidité à dire de justice, et, subsidiairement, à la mise sur pied d'une expertise judiciaire, et (très subsidiairement) au renvoi de la cause à l'Office AI pour instruction complémentaire. Dans son mémoire de réponse du 15 novembre 2016, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Les parties ont répliqué et dupliqué les 4 janvier 2017 et 1^{er} février 2017, maintenant, en substance, leurs précédentes conclusions. Le mandataire de la recourante a envoyé sa note d'honoraires le 22 février 2017 (complétée le 23 mai 2017).

En droit:

1.

1.1 La décision du 12 août 2016 de l'Office AI représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de la recourante à l'obtention d'une rente AI. L'objet du litige porte principalement sur l'annulation de cette décision et l'octroi d'une rente AI, subsidiairement, sur l'organisation d'une expertise médicale, et, très subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. Sont particulièrement critiquées par la recourante les bases médicales peu fiables sur lesquelles l'Office AI a fondé sa décision (en particulier le caractère non probant des rapports du SMR, en contradiction avec l'avis de ses médecins traitants).

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité

[LAI, RS 831.20] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA).

2.2 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).

2.3 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 LPGA en relation avec l'art. 7 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2016 IV n° 2 c. 4.2, 2014 IV n° 2 c. 3.1). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle

mesure la personne assurée, pratiquement, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

2.4 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 aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4). L'expert évalue les capacités fonctionnelles de la personne concernée en fonction des indicateurs pertinents. Les organes d'application du droit vérifient ensuite librement les indications fournies, en particulier le point de savoir si les médecins ont respecté le cadre normatif déterminant, c'est-à-dire s'ils ont exclusivement tenu compte de déficits fonctionnels qui découlent d'une atteinte à la santé (art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA) et si leur appréciation de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA; ATF 141 V 281 c. 5.2.2).

2.5 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des moyens de preuve disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien

motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 213 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Hormis les rapports médicaux du SMR, rédigés en avril et août 2016 (c. 3.2), sur lesquels l'Office AI s'est fondé pour nier à l'assurée son droit à des prestations AI et dont la force probante est mise en doute par la recourante, les avis médicaux suivants figurent au dossier:

3.1.1 Le chirurgien orthopédique, qui suit l'assurée depuis novembre 2013 (dossier [dos.] AI 23/41), dans son rapport de mars 2015 et en relation avec son domaine de spécialisation, a mentionné l'existence d'une lombosciatique droite en liaison avec une hernie discale L5/S1 et une cervicobrascialgie chronique en raison d'un déséquilibre musculaire. Il a arrêté ses conclusions sur la base de clichés réalisés en 2013 et suite aux examens cliniques pratiqués annuellement depuis 2013. Il a estimé que l'on se trouvait en présence d'une patiente qui éprouvait des douleurs intenses, les séances de physiothérapie et le traitement contre la douleur (également par infiltration) étant restés sans effet. Il a précisé encore que le syndrome douloureux dont souffre la recourante était marqué avant tout dans les extrémités (inférieures, supérieures) et le long de la colonne vertébrale. D'un point de vue clinique, il est d'avis que l'on pourrait se trouver en présence d'une assurée souffrant de fibromyalgie et/ou d'une maladie rhumatismale en raison du trouble douloureux éprouvé avant tout au niveau des articulations (dos. AI 23/35).

3.1.2 Dans leur avis médical du 19 mai 2015, les spécialistes en allergologie et immunologie clinique, qui ont vu l'assurée à cinq reprises entre avril et mai 2015, ont retenu les diagnostics d'angio-œdème héréditaire de Type I, une dépression réactive (qu'ils mettent en relation avec une situation psychosociale difficile en raison d'une séparation) et un urticaire factice. Concernant l'angio-œdème, ils ont relevé, sur la base du dossier médical de l'assurée, que cette atteinte était apparue pour la

première fois en 1999, sous la forme d'un œdème du larynx, ayant nécessité une hospitalisation (patiente intubée) et que, jusqu'en 2006, aucune attaque virulente de cette pathologie ne pouvait être recensée grâce à une médication ciblée, mais aux effets secondaires, selon la recourante, importants (aménorrhée, maux de tête intenses, instabilité psychique), raison pour laquelle, l'assurée (à sa demande), a souhaité changer de médication à la fin de l'année 2006. Lors des examens cliniques pratiqués, la recourante a fait part de saignements menstruels importants (plusieurs fois par mois et cela depuis deux ans) et de douleurs au bas-ventre, que sa gynécologue mettrait en relation avec la prise de médicaments androgènes, au même titre que de la fatigue, un sentiment de faiblesse et des maux de tête. Elle a également mentionné des douleurs éprouvées au niveau du dos et des articulations des pieds et des mains existant depuis 2007. L'intéressée a également décrit des crises d'angio-œdèmes pouvant survenir plusieurs fois par semaine (en particulier au niveau des pieds, des mains, des bras également parfois, au niveau de l'abdomen [vomissements, diarrhées] et comme en 2015, sur le visage également) lorsqu'elle doit faire face à une situation stressante. Dans leur appréciation de la situation médicale, les spécialistes consultés considèrent que les saignements, de même que l'acné, résultent du traitement médicamenteux à base d'androgènes, mais émettent des doutes sur un possible lien entre ce traitement et les douleurs ressenties aux articulations et les douleurs chroniques persistantes au niveau du ventre, l'angio-œdème générant habituellement des douleurs très vives et violentes (par opposition à celles chroniques éprouvées par la recourante).

3.1.3 Le spécialiste en rhumatologie, consulté entre mars et mai 2015, a retenu, en sus des pathologies déjà relevées par ses confrères (cf. c. 3.1.2), que l'assurée souffrait d'un syndrome fibromyalgique. Pour justifier ce diagnostic, il a relevé, en sus de l'existence de points douloureux à la pression (caractéristiques de cette affection selon lui), et en dépit d'un examen clinique sans particularités, que l'assurée souffrait d'un trouble du sommeil marqué (par ailleurs non réparateur) et d'une humeur dépressive (dos. AI 19/3).

3.1.4 Dans son rapport adressé à l'AI, daté du 31 août 2015, la psychiatre traitante, qui suit l'assurée depuis le 23 avril 2015 a retenu, comme diagnostic ayant des effets sur la capacité de travail, un trouble de l'humeur (affectif) persistant (F34.9 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'organisation mondiale de la santé [OMS]). En raison de restrictions psychiques et mentales et sans perspective d'amélioration à court terme à son sens, elle considère que l'assurée est dans l'incapacité totale de travailler depuis avril 2015, et pour une période indéterminée (dos. AI 9).

3.1.5 Les diagnostics d'angio-œdème héréditaire de Type I, de dépression réactive, et celui de syndrome fibromyalgique (existant depuis 2015) ont été relevés comme pathologies ayant des répercussions sur la capacité de travail, dans un rapport adressé à l'AI en septembre 2015 par l'allergologue/immunologue traitante de l'assurée. Si cette médecin a réitéré les conclusions médicales arrêtées dans son rapport de mai 2015 (cf. c. 3.1.2), elle a néanmoins précisé que, depuis avril 2015, la recourante recevait un nouveau traitement médicamenteux, le corps médical ayant préconisé de diminuer (en prévision d'y mettre fin) les doses du stéroïde anabolisant ingérées depuis 2006 en raison des effets secondaires importants qu'elles induisaient chez l'assurée. Figure également dans son rapport le fait que toute surcharge psychique (comme l'a connue l'assurée en juin 2015 au décès de sa mère) pouvait générer des crises d'œdèmes violentes (dos. AI 23/16). Quant à la capacité de travail de la recourante, l'immunologue traitante considère qu'elle est restreinte, sans néanmoins la chiffrer ou en estimer la durée (dos. AI 14). Son avis médical subséquent du 18 décembre 2015 a mis en lumière que les nausées et douleurs au ventre pouvaient être mises en relation, depuis septembre 2015 (et sur la base du rapport de sa confrère gynécologue), avec une grossesse en cours (dos. AI 23/14).

3.1.6 Le généraliste traitant de l'assurée, dans son avis médical du 19 janvier 2016, a retenu comme diagnostics, avec effets sur la capacité de travail, un angio-œdème héréditaire récidivant, des douleurs chroniques au niveau de la colonne vertébrale et des épaules, un syndrome fibromyalgique et une dépression. Il a émis un pronostic défavorable dans

l'évaluation de la situation, n'excluant pas que des crises d'œdèmes (allant jusqu'à mettre la vie de sa patiente en danger) puissent survenir. Dans l'estimation de la capacité de travail, il considère que la recourante est dans l'incapacité totale de travailler (dos. AI 23/4).

3.1.7 Dans son rapport du 23 août 2016 (produit dans la procédure de recours, dos. AI 36/20), l'allergologue/immunologue traitante a réitéré les diagnostics précédemment retenus (cf. c. 3.1.5). Elle a indiqué, qu'après avoir souffert d'un angio-œdème insuffisamment stabilisé durant presque 10 ans (avec des pics de la maladie survenant deux à trois fois par semaine), la situation de l'assurée s'était (enfin) stabilisée au milieu de l'année 2015, avant de connaître, à nouveau, une phase fluctuante, fin 2015, en raison d'une grossesse (que la recourante n'a pas pu mener à terme, un avortement spontané tardif étant survenu en février 2016). Même si cette spécialiste a mentionné que, depuis lors, des crises aiguës n'étaient pas survenues, elle a relevé que l'assurée souffrait toujours de maux de ventre et de saignements intempestifs. Concernant les douleurs éprouvées, l'immunologue a estimé qu'elles étaient dues à l'interaction de plusieurs pathologies concomitantes, à savoir un angio-œdème de type héréditaire (pas invalidant en tant que tel), mais surtout un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgique et une dépression, ces dernières affections influençant, selon elle, particulièrement négativement la capacité de travail de l'assurée, qu'elle considère comme altérée. Cette prise de position, bien que postérieure à la décision contestée, peut être prise en compte dans le présent jugement, car elle se réfère à la situation médicale telle qu'elle se présentait à la fin de la période administrative (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4).

3.2 Selon l'avis médical du 26 avril 2016, le médecin du SMR, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a mis en exergue, comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, un angio-œdème héréditaire de Type I, diagnostiqué depuis 1999. Sans répercussion sur la capacité de travail, ont été mentionnés un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie (matérialisé par des douleurs panvertébrales et au niveau des épaules et des mains), un urticaire factice, une métrorragie (endométriase) et un déficit en vitamine D substitué. Dans

son évaluation de la capacité de travail, en faisant abstraction d'une incapacité totale de travailler durant la grossesse de l'assurée (dont le terme avait été fixé à juin 2016), le médecin du SMR a estimé que la recourante pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée (activité légère s'exerçant en position assise et sans grande pression psychologique), mentionnant également que la dernière activité exercée, dans la restauration, n'était pas adaptée (dos. AI 26). Dans son rapport subséquent du 4 août 2016, ce même médecin a réitéré ses précédentes conclusions, en précisant encore que la maladie angio-œdémateuse, stabilisée et traitée avec succès (selon lui) par les médecins traitants de la recourante, n'induisait aucune limitation fonctionnelle objective de longue durée. Sur le plan psychique, il n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique accompagné de limitations objectives significatives au niveau de l'AI (dos. AI 33).

4.

4.1

4.1.1 Les rapports du SMR (art. 49 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en la matière, y compris en ce qui concerne les qualifications médicales requises (TF 9C_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2 [passage de texte non publié du c. 3.3.2 de l'ATF 135 V 254 = TF 9C_204/2009]). Les médecins du SMR sont donc

parfaitement fondés à s'appuyer sur le dossier médical pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Tel est notamment le cas lorsqu'il s'agit principalement d'apprécier un état de fait médicalement établi et que la confrontation directe du médecin avec la personne assurée passe au second plan (TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références). Sous l'angle de l'appréciation des preuves, il y aura néanmoins lieu de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance est tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée par l'AI. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée devront alors également être pris en considération. Si les constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de la position contractuelle de ce dernier (ATF 125 V 351 c. 3b/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 c. 4.4-4.6). Dans l'examen de la force probante, il est avant tout important que le rapport du SMR soit complet au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (cf. ci-après; TF 8C_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

4.1.2 D'un point de vue formel tout d'abord, il convient de mentionner que les appréciations rendues par le médecin du SMR, sur lesquelles l'intimé s'est fondé pour statuer le 12 août 2016, sont pour le moins succinctes. L'anamnèse ne se résume en effet qu'à quelques lignes (dos. AI 26/2). Le contexte médical et l'évolution des pathologies incriminées ne sont par ailleurs pas clairement décrits. S'il est vrai qu'il eût été opportun que le SMR restitue de manière systématique les principales sources au dossier de médecine somatique et psychique, on peut certes constater que les rapports médicaux versés au dossier ont néanmoins été discutés (dans la mesure où le SMR ne pouvait s'y conformer) et restitués, dans une certaine mesure, lors de la discussion sur l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée. Le médecin du SMR consulté a également fait une estimation concrète des aptitudes fonctionnelles résiduelles de la recourante en vertu des éléments au dossier médical qu'il a jugés pertinents. En tout état de

cause, la question peut rester ouverte de savoir si, d'un point de vue formel, les prises de position du SMR, sur lesquelles l'intimé s'est fondé pour nier le droit de l'assurée à une rente AI, remplissent les exigences posées par la pratique judiciaire, dans la mesure où des lacunes matérielles doivent en tous les cas être relevées (cf. c. 4.1.3 ci-après).

4.1.3 Sous l'angle psychique tout d'abord, le médecin du SMR a exclu toute symptomatologie déterminante du point de vue de l'AI, retenant une dépression réactive au sens d'un trouble de l'adaptation avec une symptomatologie dépressive en liaison avec une situation psychosociale difficile (dos. AI 26/2, 33/4). S'il n'est pas exclu que des facteurs psychosociaux (séparation d'avec son conjoint, absence de formation professionnelle, situation financière peu aisée) étrangers à l'invalidité influent négativement sur le moral de l'assurée, il n'en demeure pas moins que les conclusions du généraliste du SMR ne sauraient convaincre, ce, pour plusieurs raisons. Elles apparaissent tout d'abord inconstantes dans l'analyse de l'intensité de l'atteinte dépressive, comme l'atteste le fait que le médecin du SMR décrit une symptomatologie dépressive *bien établie* en avril 2016 (et dont on pourrait en déduire qu'il existe un trouble sévère ou récurrent, dos. AI 26/3) alors que, sans autre explication, ce qualificatif n'apparaît plus (et alors même que le médecin du SMR dépeint la même situation) dans ses avis subséquents (dos. AI 33/4 et 40/9). Des divergences demeurent également quant à l'origine de la fragilité psychique de l'assurée. Alors que la psychiatre traitante estime que l'atteinte psychique de sa patiente résulte de sa pathologie héréditaire, le médecin du SMR n'y voit qu'une réaction à une situation psychosociale difficile (raisonnement qui peut par ailleurs apparaître hâtif et incomplet si l'on considère, au vu du dossier médical, que la recourante a dû faire face à une agression qui l'a traumatisée en 2014, fait que le médecin du SMR ne mentionne nullement, dos. AI 23/11). Enfin, sous l'angle de la capacité de travail également, l'avis du médecin du SMR se distancie diamétralement de celui de ses confrères. En effet, alors que ce dernier estime que l'assurée peut exercer un emploi à plein temps (dos. AI 26/3), la psychiatre traitante est d'avis que sa patiente est dans l'incapacité totale de travailler. Quant à l'immunologue traitante (cf. c. 3.1.7), elle retient que ce sont des facteurs psychiques qui influencent particulièrement négativement la

capacité de travail de l'assurée. En l'occurrence, la fiabilité des rapports du médecin du SMR, sur le plan psychique, doit également d'emblée être relativisée du fait que ses spécialisations médicales (médecine générale, rhumatologie) ne sont pas du ressort de la psychiatrie (voir TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références; JTA AI/2012/174 du 7 décembre 2012 c. 4.1.2) et même s'il apparaît que ce dernier s'est adjoint les services d'un médecin psychiatre du SMR (dos. AI 26/3). Au vu de la jurisprudence citée au c. 4.1.1, il en découle que son estimation de la capacité de travail (pleine et entière) de l'assurée sur le plan psychique n'est dès lors pas en mesure d'emporter la conviction du TA en présence d'avis divergents émanant (également) d'une spécialiste en psychiatrie. Le TA relève de plus que l'appréciation de l'éventualité d'une atteinte psychique aurait en tout cas nécessité un examen personnel de l'assurée. Le SMR ne pouvait par conséquent pas se contenter de restreindre son analyse à une synthèse sur dossier uniquement. En l'espèce, en effet, il ne s'agissait pas simplement d'apprécier un état de fait médicalement établi, au sens où les documents recueillis au dossier auprès des médecins traitants revêtaient une force probante suffisante pour compenser, cas échéant, l'absence d'examen personnel de l'assurée (TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1; c. 4.2 ci-après).

4.1.4 Ces lacunes et contradictions constatées sur le plan psychique peuvent également être relevées sous l'angle somatique. Au niveau des observations médicales, le diagnostic retenu invariablement par les médecins traitants (angio-œdème héréditaire de Type I) a été appréhendé et discuté par le médecin du SMR, et son caractère invalidant, réfuté (dans l'exercice d'une activité adaptée). Pour arrêter ses conclusions, le médecin du SMR a, à juste titre, pris en considération le fait que cette pathologie était stabilisée depuis le milieu de l'année 2015 (avec une recrudescence momentanée durant la grossesse de l'assurée jusqu'en février 2016, qu'il n'a pas ignorée, comme l'atteste par ailleurs le fait qu'il ait retenu une incapacité de travail totale durant cette période). Il n'a également pas négligé que la recourante bénéficiait de deux types de traitement, un traitement usuel (inhibiteur de la protéine déficiente), administré sous forme d'injections deux fois par semaine par du personnel médical, et, un autre, d'urgence, que l'assurée est à même de s'appliquer elle-même (traitement

sous-cutané) en cas de crise aiguë. Partageant l'avis de sa confrère immunologue, et dès lors que l'angio-œdème héréditaire est stabilisé, c'est à raison que le médecin du SMR a considéré que cette affection (isolément) ne générerait pas d'incapacité de travail, mentionnant néanmoins, et à raison, du fait des antécédents médicaux de l'assurée, qu'il y avait lieu de privilégier une activité professionnelle évitant à cette dernière d'être confrontée à des situations (professionnelles) stressantes, cet élément s'étant révélé comme un facteur extérieur pouvant déclencher de violentes crises d'œdèmes. Si la situation apparaît ainsi comme ayant été instruite en suffisance sur le plan de l'immunologie clinique, également en vertu des nombreuses analyses de laboratoire qui ont été pratiquées (notamment, dos. AI 19/4, 23/10, 18, 25, 28 et 40), et analysée de manière convaincante s'agissant de l'estimation de la capacité de travail, l'on ne saurait toutefois admettre qu'il en va de même sous l'angle rhumatologique, ce, contrairement à l'avis du médecin du SMR (dos. AI 40/5). S'il est en effet avéré qu'une hernie discale L5/S1 a été diagnostiquée par le chirurgien orthopédiste traitant dès mars 2013, les derniers clichés dorsaux effectués (également des vertèbres cervicales décrites comme douloureuses par l'assurée) datent de novembre 2013 (dos. AI 23/42), soit de près de trois ans avant la décision contestée. La même critique peut être formulée concernant le trouble douloureux au niveau des coudes de l'assurée (derniers clichés en novembre 2013), voire même des mains (pas d'imagerie au dossier médical). Il n'est dès lors pas possible de déterminer si la situation rhumatologique est restée stable ou si, au contraire, elle s'est péjorée. Il convient de relever également que, dans son rapport de mars 2015, le chirurgien orthopédiste avait également envisagé, comme diagnostic alternatif à celui d'une fibromyalgie, la présence, chez l'assurée, d'une maladie rhumatismale, en raison de la localisation des douleurs (au niveau des articulations). Or, il appert, à la lecture du dossier médical de la recourante, que le médecin du SMR, et alors même que sa spécialisation relève de la rhumatologie, ne s'est pas prononcé à ce sujet et n'a pas investigué cette piste. Concernant les douleurs éprouvées au niveau du bas-ventre, il apparaît que le dossier est également incomplet, comme le démontre le fait qu'en novembre 2016, le médecin du SMR s'est contenté de supposer que *les examens nécessaires autour de ces plaintes subjectives de l'assurée auront été effectués* (dos. AI 40/7), alors même

que, dans son rapport médical (antérieur) du 23 août 2016, l'immunologue traitante avait expressément mentionné des maux de ventre et des saignements d'origine incertaine. Dans son appréhension du trouble douloureux et des nombreuses facettes du tableau clinique de la recourante, il apparaît que le médecin du SMR, contrairement à l'avis de son confrère rhumatologue (qui a observé la présence de zones douloureuses caractéristiques d'une fibromyalgie chez sa patiente), a retenu la présence d'un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgique (tout en excluant néanmoins l'existence d'une fibromyalgie, dos. AI 40/5, 40/7), sans incidence sur la capacité de travail. Le médecin du SMR justifie cette conclusion divergente au seul motif que les critères de classification, qu'il n'énumère pas, ne sont pas remplis. Il n'explique pas davantage, ne serait-ce que d'un point de vue théorique (dès lors qu'il n'a pas vu l'assurée), pourquoi les conditions requises à l'existence d'une fibromyalgie selon l'American College of Rheumatology 2010 ne sont, à son sens, pas réunies. En tout état de cause, même si le corps médical s'était accordé sur un diagnostic appartenant à la famille des troubles somatoformes douloureux persistants (au sens de F45.4 - CIM-10) ou sur celui d'une atteinte psychosomatique analogue, dont la fibromyalgie fait partie (ATF 139 V 547 c. 2.2, 137 V 64 c. 4.2, 136 V 279 c. 3.2.1, 132 V 65 c. 4), au vu de la jurisprudence du TF, les médecins consultés auraient dû motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification étaient effectivement remplis (ATF 142 V 106 c. 3.3, 141 V 281 c. 2.1.1), ce qui, de toute évidence, n'est pas le cas en l'espèce.

4.2

4.2.1 Notre plus haute instance n'admet qu'avec circonspection, en cas de litige, la force probante des constatations des médecins traitants, étant donné la mission d'abord thérapeutique de ces derniers (dont les évaluations ne servent donc pas prioritairement à un jugement définitif des prestations d'assurance) et le fait par ailleurs qu'ils auront plutôt tendance, dans le doute, à favoriser leur patient, vu la relation de confiance établie avec celui-ci (ATF 135 V 465 c. 4.5 et référence citée). L'avis d'un médecin traitant, en dépit de sa position contractuelle, est certes de nature à

remettre en doute une évaluation du SMR (voir ci-dessus c. 4.1.1), mais elle n'en revêt pas pour autant, en règle générale, une force probante suffisante.

4.2.2 Les appréciations émanant des médecins de la recourante ne sauraient non plus revêtir une force probante suffisante au regard des exigences en matière de preuves médicales posées par le TF. En l'occurrence, à la lecture des avis médicaux versés au dossier, il apparaît que tant le chirurgien orthopédique que le rhumatologue traitants de l'assurée ne se sont pas prononcés quant à la capacité de travail de leur patiente. Le rapport médical du 31 août 2015 de la psychiatre traitante de l'assurée a mis en évidence un trouble de l'humeur affectif persistant en présence d'une patiente à la thymie triste, au discours ralenti, envahie par une fatigue importante, des angoisses, et devant faire face à des troubles de la concentration. Il n'est néanmoins pas possible de savoir pourquoi, en présence (uniquement) d'un trouble de l'humeur, à savoir une humeur fluctuante dont l'intensité est insuffisamment marquée pour qu'il s'agisse d'un épisode dépressif léger (au sens de F34 - CIM-10), la psychiatre traitante a retenu une inexigibilité professionnelle d'une telle intensité (100% d'incapacité de travail). Son estimation ne peut donc être qualifiée de donnée fiable sur laquelle le TA peut se fonder. S'il est vrai que l'immunologue traitante a, quant à elle, fait état d'une altération de la capacité de travail dans ses rapports médicaux de septembre 2015 et août 2016, elle n'en a néanmoins avancé aucune estimation chiffrée. Il n'est également pas possible de savoir si les restrictions endurées sont d'ordre psychique uniquement, ou si des limitations somatiques interviennent également dans une moindre mesure. Quant à l'avis du généraliste traitant, il ne saurait combler les lacunes précédemment observées. C'est en effet de manière succincte qu'il a estimé, le 19 janvier 2016, que la capacité de travail de la recourante était altérée, et sans qu'il n'ait été en mesure (*kann hier nicht beurteilt werden*", dos. AI 23/6) de livrer une quelconque explication sur la nature des restrictions éprouvées.

4.3 Il résulte de ce qui précède que ni les données médicales fournies par les médecins et spécialistes traitants, ni l'appréciation de ces dernières à laquelle a procédé le médecin du SMR, ne peuvent servir de base

médico-théorique fiable pour l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de la recourante. En tranchant malgré tout en l'état du dossier, l'Office AI a violé le principe inquisitoire (art. 43 al. 1 LPGA; ATF 117 V 282 c. 4a).

5.

5.1 Au vu de ce qui précède, il se justifie dès lors d'admettre le recours, d'annuler la décision querellée du 12 août 2016, et de renvoyer le dossier à l'Office AI en vue d'une instruction médicale globale. A cette fin, il appartiendra à l'intimé d'organiser une instruction médicale globale par la mise sur pied d'une expertise bi- ou pluridisciplinaire (investiguant les volets somatique et psychique), après actualisation des rapports des médecins traitants. Ce faisant, l'Office AI veillera à clarifier les incertitudes et les contradictions affectant les avis médicaux actuels. Il conviendra aussi de réunir les renseignements nécessaires à la détermination de l'exigibilité de la capacité de travail résiduelle. Une fois en possession d'une telle appréciation médico-théorique fiable, l'Office AI procédera à son évaluation de l'exigibilité (le cas échéant, dans l'hypothèse de troubles psychosomatiques, selon les critères de l'ATF 141 V 281). Au cas particulier, le renvoi de la cause à l'intimé, du reste requis dans les conclusions subsidiaires du recours, se justifie pleinement, dès lors que la décision litigieuse n'est fondée sur aucune expertise au sens de l'art. 44 LPGA et qu'au surplus des points litigieux, notamment sur le plan médical, n'ont pas été investigués en procédure administrative (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4).

5.2 Les frais de la procédure de recours fixés forfaitairement à Fr. 800.- sont mis à la charge de l'Office AI qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

5.3 L'art. 11 al. 1 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens (ORD, RSB 168.811) prévoit un cadre de Fr. 400.- à Fr. 11'800.- pour les procédures de recours dans les affaires de droit administratif. Dans sa note d'honoraires du 22 février 2017, complétée le 23 mai 2017, portant sur un laps de temps du 2 juin 2016 (*recte*: 12 août 2016, les démarches ayant précédé la date de la décision

litigieuse ne pouvant pas être prises en compte), le mandataire de la recourante fait valoir (compte tenu de la rectification mentionnée ci-avant) un montant d'honoraires total de Fr. 5'229.20 (correspondant à un total arrondi de 20 heures et 55 minutes [20,92 heures] à un tarif horaire de Fr. 250.-), auquel s'ajoutent une somme des débours pour un montant de Fr. 36.90, ainsi que la TVA de Fr. 421.30. Compte tenu de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, il faut considérer qu'un temps de travail requis de 16 heures est approprié, au vu des circonstances du cas d'espèce, en prenant en considération deux échanges d'écritures ainsi que la requête d'assistance judiciaire. Les honoraires pour la présente procédure peuvent donc être fixés à Fr. 4'000.- (16 h à Fr. 250.-). S'agissant des débours, il n'y a pas lieu de s'écarter du montant de Fr. 36.90 auquel il convient d'ajouter Fr. 322.95 de TVA (8% sur Fr. 4'036.90), pour un montant total de dépens de Fr. 4'359.85.

5.4 La requête d'assistance judiciaire et de désignation d'un avocat d'office devient dès lors sans objet et doit être rayée du rôle du TA.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 4'359.85 (débours et TVA compris) à titre de dépens pour la procédure judiciaire.

4. La requête d'assistance judiciaire et désignation d'un mandataire d'office déposée dans la procédure de recours est rayée du rôle du Tribunal administratif.

5. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

La greffière:

Voie de recours

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