

200.2017.455.AI

N° AVS
NIG/BEJ

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

Jugement du 16 novembre 2018

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
G. Niederer, greffier

A. _____
représentée par **B.** _____,
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 31 mars 2017



En fait:

A.

A. _____, née en 1979, divorcée, mère d'un enfant né en 2008, a obtenu un CFC de vendeuse en 1998 et a travaillé dès 2000 en tant que contrôleuse qualité dans une entreprise horlogère, en dernier lieu à un taux de 80%. A partir du 12 avril 2011, l'assurée a présenté une incapacité de travail de 100%, médicalement attestée. Le 8 septembre 2011, elle a déposé une demande de prestations (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI) en invoquant souffrir d'une polyarthrite rhumatoïdale aiguë sur tout le corps. Après avoir instruit cette demande et notamment organisé un stage d'observation dans le but d'établir un bilan des potentiels professionnel et médical (BPM), de même qu'à la suite d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, l'Office AI Berne a nié le droit de l'assurée à des prestations de l'AI, faute d'atteinte à la santé invalidante, ce dans une décision du 20 novembre 2013 confirmant une réorientation au contenu similaire datée du 30 août 2013. Par jugement du 6 janvier 2015, le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) a admis le recours interjeté par l'assurée contre cette décision et a renvoyé la cause à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire (essentiellement la réalisation d'investigations par imageries médicales, de même qu'une seconde expertise rhumatologique) et nouvelle décision (JTA AI/2014/26).

B.

Saisi à nouveau du cas, l'Office AI Berne a recueilli des rapports médicaux auprès des médecins traitant l'assurée, puis a consulté le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) en vue de mettre en œuvre une nouvelle expertise. En suivant les recommandations de ce service, une expertise bidisciplinaire rhumatologique (Dr C. _____) et psychiatrique (Dresse D. _____) a été organisée, les rapports y relatifs ayant été établis les 11 décembre 2015 et 11 janvier 2016. Ces documents ont été soumis au SMR, qui a délivré deux rapports médicaux à cet égard les 10 et 13 février 2017. En se fondant essentiellement sur ces derniers

avis, l'Office AI Berne a notifié à l'assurée une préorientation niant tout droit à des prestations de l'AI, faute de diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail et, partant, d'une atteinte à la santé invalidante. En dépit des objections de l'assurée, formulées dans un courrier de son avocate du 15 mars 2017, l'Office AI Berne a confirmé le contenu de sa préorientation dans une décision du 31 mars 2017.

C.

Représentée par la même mandataire professionnelle, l'assurée a porté le litige devant le TA le 11 mai 2017, date à laquelle elle a également déposé une requête d'assistance judiciaire. Dans son recours, la recourante a conclu à l'annulation de la décision précitée et à la mise en place d'une mesure de réinsertion professionnelle, de même que, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé en ordonnant une mesure de réinsertion professionnelle, le tout sous suite de frais et dépens. Le 17 mai 2017, elle a encore déposé de nouvelles pièces relatives à sa requête d'assistance judiciaire et fourni des précisions à ce propos. Dans son mémoire de réponse du 14 juin 2017, déposé dans le délai qui lui a été accordé pour ce faire, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le 31 juillet 2017, l'avocate de la recourante a encore produit sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'intimé du 31 mars 2017 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de la recourante à des prestations de l'AI. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et l'octroi d'une mesure de réinsertion professionnelle, subsidiairement sur le renvoi de la cause à l'intimé en ordonnant une mesure de réinsertion professionnelle.

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, représentée par une mandataire dûment légitimée, 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] 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 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 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 exigibles (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). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence 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).

2.2 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique 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 2014 IV n° 2 c. 3.1, 2016 IV n° 2 c. 4.2). 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). Compte tenu de la difficulté inévitable d'établir la preuve de douleurs, la pratique part du principe que les plaintes subjectives de la personne assurée ne suffisent pas en soi à fonder une incapacité de travail (partielle); il faut bien plus exiger, dans l'examen des prestations découlant du droit des assurances sociales, que les plaintes subjectives se rapportant aux douleurs soient suffisamment explicables par des diagnostics médicaux spécialisés idoines et concluants (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 136 V 279 c. 3.2.1).

2.3 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4).

2.4 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et

sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

Sur le plan médical et jusqu'à la décision de refus de prestations du 20 novembre 2013, le dossier fait essentiellement état des éléments suivants.

3.1 Dans un rapport du 6 mai 2011 d'un spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, il est indiqué que la recourante s'était plainte depuis deux mois de l'apparition brutale de douleurs aux mains, aux pieds et aux genoux, accompagnées d'une tuméfaction des doigts, du dos des mains, des avant-pieds et des genoux, la limitant dans ses activités et lui causant des difficultés à empoigner des objets ainsi qu'à marcher. Selon le rapport, elle éprouvait des douleurs pratiquement constantes et souffrait d'une raideur matinale d'environ une heure. Le médecin a fait état d'une synovite évidente des articulations des doigts (voir aussi dossier [dos.] AI 15/3) et a confirmé que leur mobilité était limitée, de même que la force de préhension. Il n'a cependant pas constaté de tuméfaction, ni d'anomalie au niveau sanguin (en particulier un syndrome inflammatoire) ou radiologique. Le spécialiste a retenu le diagnostic d'une polyarthrite rhumatoïde probable et a recommandé un traitement de Méthotrexate (dos. AI 11.3/12, voir aussi dos. AI 11.3/9). D'après le rapport de sortie d'un centre hospitalier du 12 juillet 2011 (dos. AI 11.3/6), la recourante a toutefois dû être hospitalisée du 29 juin au 7 juillet 2011 en raison d'une pneumopathie (alvéolite allergique induite par le Méthotrexate) et d'une tachycardie, si bien que ce traitement a dû être interrompu (dos. AI 11.3/4) et remplacé par une thérapie de Spiricort. Au regard du rapport de son médecin traitant du 10 septembre 2011, la recourante a alors présenté un état anxio-dépressif et débuté un suivi psychiatrique. Une incapacité de travail de 100% a été attestée depuis le 12 avril 2011 (dos. AI 11.3/1 et 13/8, voir aussi dos. AI 11.1/3 s.). Le 24 septembre 2011, le médecin traitant la recourante a confirmé le diagnostic d'une polyarthrite rhumatoïde séronégative probable et a également retenu, comme diagnostic ayant des

répercussions sur la capacité de travail, une pneumopathie au Méthotrexate et un état dépressif. Il a en particulier expliqué que la recourante était dans l'impossibilité d'utiliser ses mains en raison de douleurs inflammatoires importantes avec tuméfaction, qu'elle souffrait d'une limitation de sa mobilité, de même que d'autres douleurs articulaires, de dyspnée à l'effort, d'une asthénie importante et d'un état dépressif. L'incapacité de travail de 100% a été confirmée à compter du 12 avril 2011 (dos. AI 13/7 ss). Le spécialiste en médecine interne et en pneumologie ayant pris en charge la recourante lors de son hospitalisation de juin/juillet 2011 a encore établi un rapport le 9 janvier 2012, dans lequel il a également posé le diagnostic, avec effets sur la capacité de travail, d'une polyarthrite rhumatoïde séronégative, précisant que les symptômes de cette affection s'étaient accrus (dos. AI 17/2 ss). Sur le plan pulmonaire, la situation a toutefois été stabilisée (dos. AI 19/9), ce qu'a également constaté le rhumatologue de la recourante, dans son rapport du 20 mars 2012. Dans celui-ci, il a signalé une nette diminution des douleurs par l'introduction d'un traitement de Simponi (dos. AI 19/8) dès décembre 2011 (qui a remplacé une thérapie inefficace d'Humira, voir dos. AI 82/5). Le médecin traitant a pour sa part aussi noté une amélioration de l'état rhumatismal (diminution des douleurs, des arthrites et des raideurs) depuis février 2012, accompagnée d'une stabilisation du problème psychologique et d'une normalisation des fonctions pulmonaires, ces derniers problèmes ne jouant plus qu'un rôle mineur. L'incapacité de travail a toutefois encore été attestée à 100%, l'utilisation des mains demeurant difficile, notamment pour les mouvements fins, et des douleurs, de même que des raideurs ainsi qu'une perte d'amplitude des mouvements articulaires étant toujours présents. En outre, les mouvements de la recourante ainsi que le maintien de positions statiques prolongées étaient aussi limités en raison des atteintes articulaires aux coudes, aux épaules, aux genoux et aux chevilles. La reprise d'une activité professionnelle a toutefois été jugée envisageable à moyen terme (dos. AI 19/1 ss, voir aussi dos. AI 21/1 et 21/3). Le médecin traitant prévoyait toutefois un long processus de reprise de l'activité professionnelle (dos. AI 25/4 ss). Une tentative de reprise du travail a dès lors été organisée le 6 août 2012, mais a dû être interrompue (dos. AI 26/1) en raison de l'aggravation des problèmes de santé. Le traitement de fond a par conséquent été intensifié (dos. AI 28/1 ss).

3.2 Le 14 septembre 2012, l'intimé a sollicité l'avis du SMR, qui a confirmé, dans un rapport d'un spécialiste en médecine interne du 9 octobre 2012, que la recourante souffrait d'une atteinte à la santé ayant des effets durables sur la capacité de travail. Confirmant le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative, le médecin du SMR a expliqué que l'incapacité de travail totale attestée depuis le 12 avril 2011 était compréhensible. S'agissant des limitations fonctionnelles, le SMR a retenu une diminution de la capacité de charge des mains (impactant les activités motrices fines et grossières) et d'autres régions du corps (épaules et pieds notamment). Le SMR a précisé que la situation était encore instable, si bien qu'un profil d'exigibilité ne pouvait être arrêté définitivement (dos. AI 29/4 ss). Ce service a conseillé la mise en œuvre d'une mesure professionnelle (BPM), que l'intimé a organisée après avoir reçu un avis positif à ce propos du rhumatologue de la recourante (dos. AI 31; voir aussi dos. AI 50/1 ss). La mesure a débuté le 14 janvier 2013 à un taux de 50% (dos. AI 34 s. et 39), mais a dû être interrompue en raison d'une augmentation des douleurs (dos. AI 45/3, voir aussi dos. AI 97/39 et 97/44). Dans ce contexte, la recourante s'est entretenue avec une spécialiste en médecine interne générale du SMR le 15 janvier 2013. Dans son rapport du 4 février 2013, celle-ci a souligné pour l'essentiel qu'il n'y avait pas de signe objectif d'une maladie rhumatismale et que le comportement de la recourante n'était pas compatible avec une maladie organique, mais plutôt avec une problématique de trouble somatoforme douloureux. Le SMR a par conséquent recommandé une expertise rhumatologique (dos. AI 45/1 ss).

3.3 Le 7 février 2013, l'intimé a désigné deux spécialistes (en psychiatrie/psychothérapie, d'une part, et en rhumatologie, d'autre part) en vue d'établir une expertise bidisciplinaire. Les résultats de celle-ci ont été consignés, s'agissant du volet psychiatrique, dans un rapport du 4 juin 2013 et, s'agissant du volet rhumatologique, dans un rapport du 12 juin 2013. Les conclusions interdisciplinaires ont quant à elles été retranscrites dans un document du 17 juin 2013. Sous l'angle rhumatologique, l'expert a noté que la recourante souffrait de fortes douleurs aux articulations distales des doigts et au dos, mais il n'a pas constaté de signe d'une affection rhumatismale inflammatoire. D'après l'expert, le diagnostic d'une polyarthrite rhumatoïde ne pouvait ni être exclu, ni être confirmé et une

fibromyalgie secondaire n'était pas vraisemblable. L'expert a conclu que la recourante ne souffrait d'aucune limitation physique et ne subissait aucune diminution de rendement. Il a toutefois préconisé un réexamen rapide de la recourante et la réalisation d'une scintigraphie (dos. AI 63.1/14). Quant au volet psychiatrique, le rapport d'expertise fait état des diagnostics (avec répercussions sur la capacité de travail) de réaction dépressive (troubles de l'adaptation selon le ch. F43.21 [recte: F43.2] de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) et de soupçons d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (ch. F45.4 [recte: F45.40] CIM-10). Selon l'expert, la recourante serait dans un état psychique pleinement satisfaisant depuis mai 2012. Il n'existerait ainsi aucune atteinte psychique et, partant, aucune incapacité de travail (dos. AI 62.1/8). Dans leurs conclusions interdisciplinaires, les experts ont dès lors conclu que le profil d'exigibilité de la recourante ne présentait pas de restriction liée à une maladie (dos. AI 63.2/2).

3.4 Suite à la préorientation du 30 août 2013 et avec le concours de son rhumatologue traitant, la recourante a sollicité un rapport médical d'un autre spécialiste en rhumatologie. Dans son rapport du 22 octobre 2013, celui-ci a confirmé le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative. Il a notamment relevé que la recourante échappait au Simponi depuis le début de l'année 2013, si bien que ce dernier a été remplacé par un traitement d'Orencia (dos. AI 97/38), interrompu brièvement en raison d'un problème neurologique (voir c. 4.2). L'exacerbation des douleurs durant cette interruption a amené ce spécialiste à conclure à une activité persistante de la polyarthrite. Il a encore souligné ne pas avoir constaté de synovite, ni de syndrome inflammatoire, mais des douleurs à la palpation des phalanges, des poignets et des coudes. La réalisation d'une IRM a par conséquent été recommandée (dos. AI 82/5 ss).

3.5 Consulté une nouvelle fois par l'intimé et dans un rapport du 12 novembre 2013, la spécialiste en médecine générale du SMR ayant signé l'avis du 4 février 2013 (voir c. 3.2 in fine) a ajouté que la présence de douleurs ailleurs qu'aux articulations et de douleurs des articulations sans signes clairs d'inflammation, ne parlait pas en faveur d'un diagnostic

de polyarthrite rhumatoïde. Le SMR a relevé que les deux rhumatologues traitant la recourante n'ont pas constaté de signes objectifs d'une telle affection, que les éléments du dossier ne sont qu'anamnestiques et qu'ils permettent uniquement de soupçonner une arthrite. La spécialiste a encore précisé que les douleurs ne prouvaient pas une arthrite et que le diagnostic retenu ne les expliquait pas suffisamment. Pour le SMR, les expertises sont en revanche claires, logiques et se basent sur des observations, contrairement aux médecins traitants qui se fondent sur des données purement anamnestiques (dos. AI 84/3-5).

4.

A la suite du jugement du TA du 6 janvier 2015, l'instruction du dossier médical a principalement été complétée par les documents suivants.

4.1 Selon un rapport du 4 mars 2015 du rhumatologue consulté en premier lieu par la recourante, ce dernier a maintenu le diagnostic d'une polyarthrite rhumatoïde séronégative. Il a noté la persistance des douleurs aux deux mains, aux poignets, aux chevilles et aux pieds, n'a pas constaté de synovite, mais a fait état de douleurs à la palpation des articulations (mains, poignets, chevilles et genoux). Il a encore mentionné une limitation de la mobilité et une diminution de la force de préhension. Selon son rapport, la situation est toutefois plus ou moins stabilisée, mais une évolution favorable est peu probable. Le spécialiste a ajouté que la capacité de travail de la recourante était pratiquement nulle dans une activité lucrative, attestant une incapacité de travail totale. Seule une activité dans différentes positions serait d'après lui envisageable, à un taux de 20 à 30%, le port et le soulèvement de charges étant en tous les cas limités à 2 - 3 kg.

4.2 Le spécialiste en médecine interne de la recourante s'est exprimé une nouvelle fois, rapports de confrères à l'appui, dans un écrit du 6 mars 2015. Il y a en particulier exposé que cette dernière a été hospitalisée du 8 au 11 juillet 2013 pour des troubles de la sensibilité de l'hémicorps gauche d'origine peu claire (dos. AI 97/19), du 26 au 28 février 2014 du fait d'une pyélonéphrite droite à E. Coli (dos. AI 97/33), ainsi que le

25 septembre 2014 pour une opération gynécologique (dos. AI 97/15). Le traitement à l'Orencia a de ce fait été interrompu provisoirement et une augmentation des douleurs a alors été constatée. Le médecin a encore expliqué que la décision de refus de prestations du 20 novembre 2013 avait réactivé l'état anxio-dépressif et que l'état psychologique était stabilisé, mais fragile et changeant. Au niveau rhumatismal, il a indiqué que la situation était fluctuante, avec des douleurs parfois importantes et que, s'agissant des symptômes actuels, la recourante souffrait toujours de douleurs et de raideurs (principalement aux mains), d'une diminution de la mobilité des articulations, de même que d'une dyspnée à l'effort et de palpitations. Il a décrit que la recourante ne pouvait plus utiliser ses mains (en particulier pour les mouvements fins) sous peine de voir les symptômes s'accroître, que les autres atteintes articulaires limitaient les mouvements et le maintien de positions statiques prolongées et que la recourante subissait en outre une perte d'amplitude des mouvements articulaires. Partant, il a estimé que l'activité antérieure n'était plus exigible et que la recourante n'avait plus aucun rendement. Le pronostic lié à la polyarthrite a été décrit comme étant moins bon qu'en 2012, vu la difficulté à stabiliser la maladie. L'incapacité de travail de 100% dès le 12 avril 2011 a une nouvelle fois été confirmée (dos. AI 97/6 ss).

4.3 Le SMR, par sa spécialiste en médecine générale, a encore délivré un rapport le 13 mai 2015. Dans celui-ci, elle a en substance une nouvelle fois insisté sur l'absence de signes objectifs d'une polyarthrite, relevant en particulier que la synovite évoquée par le premier rhumatologue traitant a seulement été déduite d'éléments rapportés par la recourante, soit des douleurs et une mauvaise mobilité. La spécialiste du SMR a en outre rappelé que ce rhumatologue n'a parlé que d'une polyarthrite "probable". Elle a aussi critiqué l'absence de fondement objectif du diagnostic retenu par le second rhumatologue de la recourante, qui se serait lui-aussi basé uniquement sur des données anamnestiques.

4.4 Le 18 mai 2015, l'intimé a informé la recourante de la mise en œuvre d'une nouvelle expertise bidisciplinaire. Après un échange de courriers avec l'avocate de la recourante, deux nouveaux experts, en rhumatologie, d'une part, et en psychiatrie, d'autre part, ont été désignés

pour sa réalisation (dos. AI 109). Par ailleurs, une IRM des mains a été décidée (voir dos. AI 115/1 et 117). Du rapport y relatif, il apparaît qu'aucune synovite, ni aucun épanchement articulaire ou élément en faveur d'une arthrite n'ont été décelés (dos. AI 120.2/1 et 3). Quant aux résultats de l'expertise du 8 décembre 2015, ils ont été consignés dans des rapports du 11 décembre 2015, pour le volet rhumatologique, et du 11 janvier 2016, pour le volet psychiatrique.

4.4.1 Selon le premier de ces documents, l'expert rhumatologue a retenu le diagnostic (avec répercussions sur la capacité de travail) d'une polyarthrite rhumatoïde séronégative. Il n'a pas constaté de tuméfaction, de déformation, de synovite ou de restriction de la mobilité articulaire. Néanmoins, il a indiqué que les douleurs inflammatoires et leur localisation, de même que la présence de raideurs matinales, en étaient évocatrices. Il a en particulier mentionné que l'absence de signes inflammatoires pouvait être expliquée par la prise continue de corticostéroïdes parallèlement au traitement d'Orencia et qu'au vu des IRM, l'affection semblait bien compensée par les traitements, ce qui pouvait justifier l'absence de signes de synovites. L'expert a précisé que le stade d'activité de la maladie correspondait à une rémission. Il a dès lors retenu les limitations fonctionnelles suivantes: restriction dans les activités fines accomplies avec les doigts, dans la préhension et le serrage d'objets et outils, dans la capacité à être exposée à des vibrations avec les mains, pas de positions statiques avec les doigts en flexion ainsi qu'en extension et limitation de l'exposition des doigts au froid. Enfin, l'expert a souligné qu'il n'existait pas d'élément en faveur d'une amplification des symptômes, mais néanmoins une certaine incohérence entre les plaintes douloureuses, le retentissement fonctionnel allégué et les constatations objectives (la recourante n'éprouvant aucun retentissement fonctionnel pour les activités ménagères, de loisirs ou sociales). L'expert a conclu à une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement depuis la date de la précédente expertise rhumatologique, qui est liée à la maladie rhumatismale chronique d'intensité clinique et biologique fluctuante, qui cependant paraissait bien contrôlée à la date de l'examen.

4.4.2 Sur le plan psychiatrique, l'experte n'a retenu aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail et a seulement fait état d'un antécédent dépressif en rémission qui a motivé une prise en charge en milieu psychiatrique entre 2011 et 2012 (ch. F33.4 CIM-10: trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission). Dans son rapport, elle a mentionné qu'il n'existait aucune limitation fonctionnelle, ni aucune réduction de l'exigibilité professionnelle et que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail psychiatrique dans toute activité depuis en tout cas la fin des consultations psychiatriques en avril 2012. L'experte a encore nié l'existence d'un trouble somatoforme ou apparenté.

4.5 S'exprimant sur l'expertise rhumatologique du 11 décembre 2015 dans un écrit du 10 février 2017, un spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie du SMR a d'abord souligné l'absence de description d'une symptomatologie inflammatoire (exception faite du rapport du premier rhumatologue traitant du 6 mai 2011). Il a ensuite précisé que d'autres maladies non inflammatoires pouvaient accompagner des raideurs matinales (notamment la fibromyalgie) et que la mention, dans l'expertise, de mains diffusément gonflées, de même que la réponse clinique au traitement de cortisone, laissaient plutôt supposer une polyarthrite œdémateuse, soit une maladie aux manifestations ponctuelles. Il a souligné qu'au regard des examens radiologiques et de laboratoire, les articulations de la recourante étaient objectivement saines. Selon le SMR, en l'absence d'au moins une synovite et au vu du peu d'éléments objectifs permettant de fonder ce diagnostic, une polyarthrite rhumatoïde ne peut être retenue avec un degré de vraisemblance prépondérante. D'après ce spécialiste, c'est essentiellement la dimension subjective de la recourante qui a conduit à ce diagnostic. De plus, si une telle pathologie devait être admise, elle serait objectivement en rémission. Le rhumatologue du SMR a dès lors conclu qu'il n'existe aucune limitation fonctionnelle pouvant justifier une incapacité de travail significative de longue durée et aucune restriction du profil d'exigibilité. Dans un rapport du 13 février 2017, la spécialiste en médecine interne du SMR a abondé dans le même sens, affirmant que les conclusions du dernier expert rhumatologue ne pouvaient être suivies car elles se basent sur les douleurs exprimées par la recourante plutôt que sur des constatations objectives. Elle a ajouté qu'un trouble somatoforme

douloureux pourrait mieux expliquer la présence de douleurs sans symptôme clinique durant plusieurs années. Elle a par conséquent aussi nié l'existence d'un diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, de même que la présence de limitations fonctionnelles, rappelant que la recourante est capable de s'occuper de sa fille, de son ménage, de ses animaux et qu'elle peut conduire sa voiture.

5.

5.1 En suivant les explications contenues dans le rapport de son SMR du 10 février 2017, auquel il a expressément renvoyé dans sa décision du 31 mars 2017 et qu'il a désigné comme une partie intégrante de cette dernière, l'intimé a retenu, en résumé, que la recourante ne présentait pas de diagnostic avec des répercussions sur la capacité de travail. Sur le plan rhumatologique, il a considéré qu'il n'existait pas de limitation fonctionnelle objective et aucune modification structurelle justifiant une restriction du profil d'exigibilité à long terme. Quant au volet psychiatrique, l'intimé a indiqué que le diagnostic de réaction dépressive en rémission n'était ni lourd, ni persistant. Ce faisant, l'intimé a exclu l'existence d'une atteinte invalidante à la santé et, partant, le droit à des prestations de l'AI.

5.2 Dans son recours du 11 mai 2017, la recourante conteste en particulier le taux d'incapacité de travail retenu par le dernier expert rhumatologue. Elle explique qu'elle n'est pas en mesure de reprendre une activité au taux de 70% arrêté par cet expert, mais uniquement à 30 ou 40% et pour autant qu'aucune activité manuelle répétée ne soit exercée, ainsi que l'a attesté son rhumatologue traitant. Il y aurait alors encore lieu, selon elle, de tenir compte de la baisse de rendement retenue par l'expert. La recourante déclare en outre que les limitations fonctionnelles constatées par ce dernier excluent qu'elle puisse exercer son activité d'opératrice en horlogerie et soutient qu'il est d'ailleurs difficile d'imaginer une quelconque activité qui puisse être exigée d'elle, dès lors qu'aucune tâche manuelle n'est envisageable. La recourante critique également le fait qu'aucune enquête sur le ménage n'a été mise en œuvre par l'intimé. Enfin, elle s'en prend à la force probante du rapport du spécialiste rhumatologue du SMR,

rappelant que ce dernier ne l'a jamais examinée, en remettant en cause ses conclusions. Elle mentionne que le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative, écarté par le SMR, a été confirmé par cinq médecins dont trois spécialistes en rhumatologie et que le rhumatologue du SMR ne tient aucunement compte des limitations fonctionnelles qu'elle subit effectivement. La recourante remet également en cause les compétences du rhumatologue du SMR, de même que son indépendance vis-à-vis de l'intimé, et elle lui reproche encore un manque d'objectivité.

5.3 Dans sa réponse du 14 juin 2017, l'intimé confirme ses arguments relatifs à la force probante de la critique formulée par le SMR à l'encontre de la dernière expertise rhumatismale. Il conteste aussi les reproches dirigés contre la qualification et l'impartialité du rhumatologue du SMR et maintient qu'il existe des activités lucratives n'exigeant pas de dextérité fine, notamment dans le domaine de la surveillance.

6.

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 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

6.2 Les expertises recueillies par les assureurs en procédure administrative auprès de médecins spécialistes externes, réalisées sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, en pleine connaissance du dossier et qui aboutissent à des résultats convaincants, revêtent une pleine valeur probante, tant qu'il n'existe pas d'indices concrets contre leur fiabilité (ATF 125 V 351 c. 3b/bb; SVR 2016 IV n° 2 c. 4.1). Une évaluation divergente émanant de médecins ayant examiné la

personne assurée n'est pas de nature à remettre en cause l'objectivité de l'expert. Il appartient bien plus à l'expert d'analyser de façon critique les pièces au dossier et de rendre une évaluation autonome. La question de savoir sur quelles évaluations il convient de se baser est à résoudre lors de l'appréciation des preuves en procédure administrative ou judiciaire (ATF 132 V 93 c. 7.2.2).

6.3 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 LPG. 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 les références citées), 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, pour autant qu'ils satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires (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]).

6.4

6.4.1 En l'occurrence, sur le plan formel, il faut admettre que l'expertise bidisciplinaire du 8 décembre 2015 répond aux exigences posées par la jurisprudence, s'agissant de la valeur probante des documents médicaux. Les experts, dont les qualifications ne sauraient être mises en doute, ont procédé à un examen personnel de la recourante, ont pris en compte ses plaintes subjectives, ainsi que les nombreux rapports médicaux antérieurs figurant au dossier. Les conclusions des experts sont par ailleurs détaillées, étayées, et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise.

6.4.2 Du point de vue matériel, il convient premièrement de constater que les conclusions du volet psychiatrique de l'expertise ici discutée s'accordent avec l'avis du médecin traitant (voir dos. AI 97/10, voir aussi dos. AI 62.1/8, s'agissant de la première expertise psychiatrique), à savoir que la recourante présente seulement un diagnostic d'antécédent dépressif et que ce dernier est en rémission, aucune influence n'en résultant sur sa capacité de travail. La recourante ne critique, à bon droit, pas cette appréciation (voir art. 7 § 3 du recours). Il en va de même du SMR, à la nuance près que ce dernier réserve la possibilité que les plaintes de la recourante, qui sont discutées sous l'angle rhumatismal, soient en réalité dues à un trouble psychosomatique (en particulier un trouble somatoforme douloureux, voir dos. AI 146/6 et 45/4). Quant au volet rhumatologique, il y a tout d'abord lieu de relever que l'expert a admis le diagnostic (avec répercussions sur la capacité de travail) de polyarthrite rhumatoïde séronégative, contrairement à la première expertise du 12 juin 2013 (dans laquelle le premier expert rhumatologue a conclu que ce diagnostic ne pouvait ni être confirmé, ni être exclu au regard du dossier, voir dos. AI 63.1/13). Ce faisant, l'expertise s'écarte aussi de l'avis du rhumatologue du SMR, selon lequel une polyarthrite rhumatoïde séronégative ne pouvait être diagnostiquée en l'absence d'au moins une synovite (dos. AI 144/11). Néanmoins, l'avis du dernier expert consulté est convaincant, en particulier dans la mesure où il ne se limite pas à considérer la présence de raideurs matinales et de douleurs subjectives, mais qu'il insiste aussi sur la localisation de ces dernières pour fonder son diagnostic (voir dos. AI 120.1/12 § 4). L'expert est d'autant plus crédible qu'il pose le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative après s'être expliqué de façon complète, détaillée et cohérente, au sujet de l'absence de synovite observable (admettant des synovites subcliniques et subradiologiques), du défaut de syndrome inflammatoire (pouvant d'après lui s'expliquer par la prise continue de corticostéroïdes parallèlement au traitement d'Orencia), ainsi qu'à propos de la normalité des IRM (d'après lui à mettre en relation avec les bienfaits du traitement immunomodulateur). En outre, même s'il est vrai que l'évaluation de l'expert relative à l'activité de la maladie aboutit à un score d'activité d'une intensité faible (correspondant à une rémission), il n'en demeure pas moins que la confirmation du diagnostic discuté peut être suivie, dès lors notamment que l'expert arrive à

cette conclusion tout en tenant compte du fait que ce résultat repose en partie sur des critères subjectifs (intensité et localisation des douleurs) et dans la mesure où il exclut une exagération des symptômes par la recourante. L'expert rhumatologue a par ailleurs confirmé le diagnostic litigieux sans omettre les données médicales plaidant à l'encontre d'une polyarthrite rhumatoïde séronégative (en particulier une incohérence entre les plaintes exprimées, le retentissement fonctionnel allégué et les constatations cliniques, radiologiques ainsi que biologiques, de même que le niveau d'activité demeurant pour les activités ménagères, de loisirs et sociales; voir dos. AI 120.1/15 s.). Cela étant, aucun indice ne justifie de remettre en question le diagnostic retenu par cet expert, à l'inverse du point de vue soutenu par l'intimé et par le SMR (voir p. 3 ch. 9 de la réponse).

6.5 Il est vrai que, contrairement à l'avis de la recourante (voir p. 9 § 7 du recours), l'écrit du SMR du 10 février 2017 émane d'un spécialiste en rhumatologie (voir p. 3 ch. 11 de la réponse), dont l'objectivité ne paraît pas compromise par un quelconque élément ressortant du dossier de la cause (en particulier, le fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne suffit aucunement, voir ATF 125 V 351 c. 3b/ee). Cependant, ce rapport ne saurait l'emporter, dans les circonstances d'espèces, face à l'expertise précitée, d'autant plus qu'il a été établi sans que son auteur n'ait examiné personnellement la recourante (voir également c. 6.2 a fortiori). En effet, ce rhumatologue apparaît tout d'abord peu cohérent. D'une part, il fonde son argumentation sur l'absence de constatations objectives depuis le rapport du rhumatologue traitant du 6 mai 2011 (voir c. 3.1), remettant en cause les tuméfactions rapportées par la recourante dans ce contexte mais admettant la possibilité d'une maladie isolée et bénigne, d'autre part, il critique que le Tribunal ait ordonné la mise en œuvre d'une IRM. Or, une telle mesure, quand bien même elle n'était pas apte à l'exclure, aurait pu confirmer, de façon objective, le diagnostic litigieux (voir à ce sujet dos. AI 82/10 s. et 82/7). On notera par ailleurs que le point de vue du SMR, d'après lequel les raideurs matinales pourraient provenir d'une fibromyalgie (dos. AI 144/3 et 144/7 s.), s'avère lui aussi peu pertinent, dans la mesure notamment où tant l'expertise du 8 décembre 2015 que celle du 12 juin 2013 ont expressément exclu une telle affection. On peine également à suivre le

SMR lorsqu'il se prévaut de l'absence de synovites (dos. AI 144/6), alors même qu'il abonde par la suite dans le sens de l'expertise critiquée, en admettant que le traitement continu de cortisone a pu permettre l'absence d'émergence de synovites (dos. AI 144/8). Il faut encore constater que le spécialiste du SMR reconnaît aussi que les résultats des examens de laboratoire puissent demeurer normaux, même en cas de polyarthrite évidente (dos. AI 144/5). De surcroît, il y a lieu de constater que le rhumatologue du SMR ne discute pas des effets des traitements suivis par la recourante (Méthotrexate puis Simponi), lesquels ont toutefois engendré des complications, telles une pneumopathie (alvéolite allergique) et des plaintes de troubles du rythme cardiaque (dos. AI 97/38-40). Bien que ces derniers troubles n'aient pas été objectivés, ils ont été pris en considération pour la réadaptation de la thérapie. La thèse évoquée par ce spécialiste, selon laquelle la recourante a souffert d'une maladie ponctuelle (polyarthrite œdémateuse; dos. AI 144/4) (sur)traitée lourdement et durant de nombreuses années (dos. AI 144/8 s.), néglige les près de deux ans qui ont été nécessaires pour ajuster le traitement et ne s'impose pas à un degré de vraisemblance prépondérante. Il n'a pas non plus été tenu compte d'éventuelles fluctuations dans l'état de santé de la recourante durant toute la période couverte par l'objet de la contestation (notamment lorsque l'intimé admettait une pleine incapacité de travail, organisant une mesure professionnelle en faveur de la recourante), étant rappelé que dans son rapport du 9 octobre 2012, le SMR a tout d'abord admis l'existence d'une atteinte à la santé invalidante et le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative (voir c. 3.2 ab initio). Finalement, le rhumatologue du SMR ne se prononce pas non plus clairement sur la capacité de travail de la recourante, en particulier s'agissant du dernier emploi de cette dernière, qui requiert pourtant des manipulations manuelles très fines (cette remarque a pourtant déjà été soulevée au c. 4.4 de l'arrêt JTA AI/2014/26 du 6 janvier 2015). Partant, l'avis du rhumatologue du SMR du 10 février 2017 constitue seulement une autre appréciation d'une même situation et ne met pas en évidence des erreurs de raisonnement de l'expert ou des contradictions au sein de l'expertise. Non seulement le rapport du SMR ne saurait en conséquence l'emporter sur les conclusions de l'expertise du 8 décembre 2015, mais encore, en l'espèce, il n'apporte pas non plus d'indices concrets suscitant des doutes tels, quant à la fiabilité des

conclusions de l'expertise, qu'ils nécessiteraient une expertise complémentaire (voir à cet égard: SVR 2017 IV n° 13 [= TF 8C_452/2016 du 27 septembre 2016] c. 3 et 4).

6.6 Au vu de tout ce qui précède, on doit par conséquent accorder toute valeur probante à l'expertise réalisée le 8 décembre 2015 et admettre une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée au profil d'exigibilité défini par l'expert rhumatologue dans son rapport du 11 décembre 2015 (restrictions dans les activités fines faites avec les doigts, limitations dans la préhension et le serrage d'objets et outils, limitations dans la capacité à être exposée à des vibrations avec les mains, absence de position statique des doigts en flexion et en extension, limitations de l'exposition des doigts au froid, voir dos. AI 120.1/13), ce depuis l'expertise du 12 juin 2013 et en tenant compte d'une diminution de rendement. Une incapacité de travail de 100% dans la profession de contrôleuse qualité (opératrice en horlogerie) doit en outre être admise. Cela vaut bien qu'il n'existe pas de retentissement fonctionnel concernant les activités ménagères, de loisirs ou sociales et que des mesures de réadaptation soient réputées exigibles.

7.

7.1 Il découle de ce qui précède que la décision contestée qui, fondée à tort sur l'avis final du SMR d'absence d'invalidité, nie tout droit à de quelconques prestations pour toute la période couverte par l'objet de la contestation, doit être annulée. Une incapacité de travail totale dans l'emploi précédemment exercé de contrôleuse en horlogerie a été attestée depuis le 11 avril 2011 et la demande de prestations datée du 1^{er} septembre 2011 a été réceptionnée le 9 septembre 2011; la décision contestée a été rendue le 31 mars 2017. Même si, pratiquement, il est vrai que des mesures de réadaptation, notamment professionnelles, ne peuvent plus être octroyées rétroactivement (en plus de celles qui l'ont déjà été), la question d'un éventuel droit à une rente, spécialement l'existence d'un taux d'invalidité d'au moins 40%, doit être examinée pour le laps de temps courant depuis avril 2012 (art. 28 al. 1, en particulier let. b et c et art. 29 al. 1 LAI). Selon l'expertise rhumatismale déterminante et probante réalisée le

8 décembre 2015, une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée au profil d'exigibilité, à laquelle s'ajoute une perte de rendement (pas précisée), peut être admise dès le 12 juin 2013, date de la précédente expertise rhumatismale. La capacité de travail d'avril 2012 à juin 2013, sur laquelle le premier expert en rhumatologie ne s'est pas clairement prononcé (même pas dans son complément du 10 juillet 2013 faisant au surplus état du fait que les derniers ajustements de traitement lui avaient échappé), fait l'objet d'estimations totalement opposées, même parmi les médecins du SMR (cpr. avis du 9 octobre 2012 et avis de 2017). En outre, le statut de la recourante (part d'activité lucrative et part de travaux habituels d'assurée travaillant dans le ménage) et ses éventuelles modifications au cours de la période déterminante, qu'il faut définir pour être en mesure d'évaluer l'invalidité (art. 16 LPGA et 28a LAI), n'ont pas été instruits.

7.2 La cause doit ainsi être renvoyée à l'intimé pour qu'il comble les lacunes décrites ci-avant pour toute la période couverte par l'objet de la contestation. L'intimé se procurera les compléments d'information nécessaires à l'estimation de la capacité de travail ayant prévalu d'avril 2012 à juin 2013 et depuis la décision du 31 mars 2017 (rien au dossier ne laissant supposer, en l'état, une modification déterminante de l'état de santé de la date de la dernière expertise à celle de la décision annulée). Il rassemblera les données (notamment possibles fluctuations de la capacité de travail, évaluation de la perte de rendement retenue par le dernier expert et élucidation du statut) permettant de se prononcer sur un éventuel droit à une rente, pouvant être limité dans le temps ou échelonné, pour toute la période antérieure à la décision à rendre et le cas échéant, pour le futur. En outre, selon l'évaluation de l'invalidité à laquelle il aboutira, il envisagera la mise en œuvre de mesures de réadaptation professionnelle.

8.

8.1 En conclusion, le recours est admis, la décision du 31 mars 2017 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

8.2 Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 et al. 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

8.3 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPG (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Cette règle s'applique indépendamment de la question de savoir si la partie recourante a conclu au renvoi ou si sa conclusion au renvoi a été prise à titre principal ou à titre subsidiaire (SVR 2017 KV n° 9 c. 9.1). Assistée d'une avocate agissant à titre professionnel, la recourante a donc droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA. Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 31 juillet 2017 qui, hormis le fait qu'il y a lieu de ne prendre en compte que les activités relatives à la procédure judiciaire, ne prête pas flanc à la critique, compte tenu de l'importance et de la complexité objectives de la procédure, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, sont fixés à Fr. 3'150.- (honoraires, débours et TVA au taux valable en 2017 de 8%).

8.4 Vu l'issue de la procédure, la demande d'assistance judiciaire devient sans objet et doit donc être rayée du rôle.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'Office AI Berne 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. 3'150.- (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. La requête d'assistance judiciaire déposée pour la procédure de recours est rayée du rôle du Tribunal administratif.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la mandataire de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,
 - à [...].

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification 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).