

200.2017.480.AI
N° AVS
BEP/REN

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

Jugement du 25 janvier 2019

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
Ph. Berberat, 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 25 avril 2017



En fait:

A.

A. _____, née en 1962, résidant en Suisse depuis 1991, mère de famille divorcée, ouvrière sans formation professionnelle certifiée, a travaillé depuis le 1^{er} novembre 2010 en tant que riveuse dans une entreprise active dans le décolletage et la micromécanique. Le 16 novembre 2012, selon une déclaration d'accident du 27 novembre 2012, elle a été victime d'une chute à son domicile et s'est blessée à l'épaule droite. Le cas a été pris en charge par la Suva, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, ainsi qu'une rechute annoncée le 27 mars 2013. Quatre opérations au niveau de l'épaule droite ont été pratiquées, dont la dernière en novembre 2016. L'assurée n'ayant plus repris son travail depuis le 24 mars 2013, le 29 juillet 2013, son employeur a résilié son contrat de travail avec effet au 31 octobre 2013. Le 31 octobre 2017, la Suva a mis un terme à la prise en charge des soins médicaux et au versement de ses indemnités journalières. Par décision du 18 janvier 2018, elle a par ailleurs refusé d'octroyer une rente à l'assurée, au motif que cette dernière ne subissait aucune perte de capacité de gain; le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité lui a également été refusé. La décision sur opposition rendue le 8 mars 2018 par la Suva, confirmant sa décision du 18 janvier 2018, fait l'objet d'un recours de droit administratif interjeté le 23 avril 2018 par l'assurée auprès du Tribunal de céans (voir JTA LAA/2018/318 rendu le même jour que le présent jugement).

B.

Le 8 mai 2013, l'employeur a adressé à l'Office AI Berne un formulaire de détection précoce concernant l'assurée. Le 17 juin 2013, cette dernière a déposé auprès de l'Office AI Berne une demande de prestations (mesures professionnelles/rente) de l'assurance-invalidité. Saisi de la demande, l'Office AI Berne a procédé à diverses mesures d'instruction, requérant des informations auprès des médecins traitant l'assurée et de l'employeur de celle-ci, ainsi que de la Suva, qui lui a communiqué son dossier.

L'opération de l'épaule alors planifiée a eu pour conséquence d'empêcher d'entreprendre des mesures professionnelles de réadaptation – ce qui a été communiqué à l'assurée par courrier de l'Office AI Berne du 18 juillet 2013. Ce dernier a consulté son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui a produit un rapport circonstancié le 22 juin 2016. Sur cette base, l'Office AI Berne a adressé à l'assurée le 27 octobre 2016 une préorientation l'informant qu'il entendait lui refuser le droit à une rente d'invalidité. A la suite des objections alléguées par l'assurée et d'une nouvelle opération entreprise le 22 novembre 2016, l'Office AI Berne a recueilli une nouvelle prise de position du SMR (établie le 28 février 2017), qui a entériné son rapport du 22 juin 2016, ainsi que les résultats figurant au dossier de la Suva. Par décision du 25 avril 2017, l'Office AI Berne a confirmé en tous points sa préorientation précitée du 27 octobre 2016.

C.

Le 19 mai 2017, l'assurée a recouru contre la décision précitée du 25 avril 2017 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Dans son mémoire de réponse du 7 juillet 2017, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Par réplique du 15 septembre 2017, la recourante, désormais représentée par un avocat, a précisé les motifs de son recours et conclu, sous suite des frais et dépens, à l'annulation de la décision contestée et au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision. Dans sa duplique du 11 octobre 2017, l'Office AI Berne a confirmé ses conclusions. Le 26 octobre 2017, le mandataire de la recourante a produit sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision du 25 avril 2017 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de la

recourante à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. La recourante fait en particulier valoir que l'intimé a rendu sa décision sur la base d'un dossier incomplet, surtout en ce qui concerne les suites de la dernière opération qu'elle a subie le 22 novembre 2016, et que la décision attaquée enfreint le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente.

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 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 exigibles (art. 7 LPGA).

Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4).

2.2 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré exerçant une activité lucrative aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale de comparaison des revenus; art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 c. 3.4.2, 128 V 29 c. 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). Il incombe tout d'abord au médecin d'évaluer l'état de santé et, si nécessaire, de décrire son évolution

dans le temps, c'est-à-dire de réunir les résultats des investigations en procédant à un examen médical selon les règles de l'art, en tenant compte des plaintes subjectives, puis de poser un diagnostic en se fondant sur ces résultats. En cela, l'expert accomplit sa tâche spécifique, pour laquelle l'administration et les tribunaux ne sont pas compétents. Le médecin n'a en revanche pas la compétence de statuer en dernier ressort sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Il se contente bien plus de prendre position sur l'incapacité de travail, à savoir de procéder à une évaluation qu'il motive de son point de vue le plus substantiellement possible. En fin de compte, les données fournies par le médecin constituent un élément important pour l'appréhension juridique de la question des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré. Au besoin, afin de déterminer la capacité économiquement exploitable, il convient de recourir, en complément du dossier médical, aux spécialistes de l'intégration et du conseil professionnels (ATF 140 V 193 c. 3.2).

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 moyens de preuve 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). 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).

3.

3.1 Pour nier le droit de la recourante à une rente d'invalidité, l'Office AI Berne s'est essentiellement fondé sur le rapport du 22 juin 2016 d'une spécialiste en orthopédie du SMR. Sur cette base, dans la décision contestée, l'Office AI Berne a considéré que dans une activité adaptée à son handicap, l'assurée pourrait réaliser un revenu de Fr. 44'024.- sur un marché du travail équilibré, et que la comparaison de ce revenu avec celui de Fr. 47'724.- qu'elle réaliserait sans handicap aboutit à un degré d'invalidité de 8%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Dans son mémoire de réponse du 7 juillet 2017, l'intimé est par ailleurs d'avis que la recourante ne parvient pas à mettre objectivement en doute l'appréciation médicale et le profil d'exigibilité établis par le SMR, et que l'abattement de 15% pris en compte dans la comparaison des revenus sur le revenu d'invalidité retenu dans la décision du 25 avril 2017 s'avère plus que bienveillant envers la recourante. En dupliquant, l'intimé a encore précisé que si le droit à une rente pouvait être exclu même sans réadaptation, il pouvait être refusé sans la mise en œuvre préalable de mesures professionnelles.

3.2 La recourante invoque pour sa part en substance que l'appréciation de l'Office AI Berne n'est pas fondée sur des données médicales fiables, celles-ci étant incomplètes et ne tenant pas compte de la dernière opération qu'elle a subie le 22 novembre 2016, postérieure au rapport du SMR du 22 juin 2016. Quant à la prise de position ultérieure du SMR du 28 février 2017, la recourante allègue qu'elle ne fait nullement mention des nouvelles douleurs ressenties dès le mois de janvier 2017 et indique même une capacité de travail de 100% dès la mi-janvier 2017 dans une activité adaptée, ce qu'elle conteste entièrement. Elle fait aussi valoir l'illégalité de la décision contestée, du fait que celle-ci enfreindrait le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente.

4.

Concernant l'état de santé et la capacité de travail de la recourante prévalant le 25 avril 2017, date déterminante (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V

138 c. 2.1) à laquelle la décision contestée a été rendue, les éléments suivants ressortent en particulier du dossier.

4.1 A la suite de l'accident survenu le 16 novembre 2012, la recourante a subi le 23 juillet 2013 une première opération de plastie acromiale et reconstruction arthroscopique par une suture du tendon du muscle sus-épineux, effectuée en milieu hospitalier. Dans un rapport du 26 septembre 2013, l'orthopédiste traitant ayant effectué l'opération décrit une évolution post-opératoire initiale favorable et pose un pronostic optimiste, estimant que des travaux physiques devraient être à nouveau possibles sans problème environ quatre mois après l'opération. La situation s'est néanmoins révélée insatisfaisante par la suite en raison de la persistance de douleurs, malgré notamment une infiltration entreprise le 19 mars 2014 par l'orthopédiste traitant, qui constate ce jour-là l'existence d'une bursite sous-deltoïdienne et d'une inflammation du long tendon du biceps (rapport du 19 mars 2014).

Dans un rapport du 14 mars 2014, le médecin d'arrondissement de la Suva note toutefois une évolution clinique post-réparation de la coiffe des rotateurs à droite effectuée en juillet 2013 favorable et réjouissante, et considère que les douleurs résiduelles décrites au niveau du biceps droit évoquent en premier lieu une origine musculaire, tout en précisant que sur le plan médico-asséculo-logique, la situation n'était pas encore stabilisée et qu'on pouvait espérer qu'elle le soit à une année/une année et demie de la dernière intervention. Sur le plan de l'exigibilité, le médecin d'arrondissement considère que la patiente dispose d'une pleine capacité dans l'exercice d'une activité professionnelle réalisée indifféremment en position assise ou debout, sans limitation du membre supérieur gauche, en ayant de façon idéale le coude ou l'avant-bras droit reposant sur un support, en évitant les mouvements de rotation répétés de l'épaule droite, sans port de charge supérieure à 2 kg du membre supérieur droit, sans activité effectuée au-dessus du niveau de la tête à l'aide du membre supérieur droit, tout à fait compatible avec l'activité de riveuse qui était la sienne jusqu'au mois de juillet 2013.

4.2 Au vu de la persistance des douleurs ressenties par la recourante, une opération de ténotomie du long chef du biceps, de débridement et de

synovectomie partielle par arthroscopie a été entreprise le 27 mai 2014. Dans son rapport du 24 février 2015 à l'attention de l'intimé, l'orthopédiste traitant fait état d'une évolution postopératoire positive et déclare que la patiente ne ressent plus que peu de douleurs, et que celles-ci ont nettement diminué après une infiltration subacromiale effectuée le 20 octobre 2014 en raison d'une bursite résiduelle. Il atteste à la recourante une incapacité de travail totale du 27 mai au 8 juillet 2014 et indique, du point de vue de l'épaule, une entière capacité de travail pour des activités légères adaptées, de type administratif ou ne nécessitant pas le port de charges au-dessus du niveau horizontal; il réserve encore une certaine limitation découlant d'une enflure au niveau du poignet droit, d'origine et d'étiologie indéterminées.

Le 8 mai 2015, un rhumatologue, consulté par la recourante, a adressé son rapport à la Suva. Il diagnostique des scapulalgies droites persistantes (syndrome sous-acromial et possible arthropathie acromio-claviculaire) post-traumatiques, et un status après deux arthroscopies en juillet 2013 (suture d'une rupture partielle du sus-épineux et acromioplastie) et en juin [recte: mai] 2014 (ténodèse du long biceps). Il évoque une évolution peu favorable, avec des douleurs persistantes et invalidantes lors des activités et mouvements de l'épaule, que les multiples traitements (chirurgicaux et médicaux) n'ont pas influencées de façon significative. Il constate à l'examen que la mobilité de l'épaule est libre, mais douloureuse en fin d'amplitude, notamment en élévation et adduction dans le plan horizontal, avec un testing de coiffe peu net, des tests de conflit non spécifiques et quelques douleurs localisées sur le trochiter et sur l'articulation acromio-claviculaire. Son pronostic est incertain, compte tenu de l'évolution chronique de plus de deux ans réfractaire aux traitements. Il conclut que la patiente ne pourra très vraisemblablement pas reprendre son travail d'ouvrière dans l'horlogerie, mais qu'une activité sans élévation du bras au-dessus de l'horizontal et port de charges lourdes et/ou répété restait toutefois exigible, et qu'un dommage demeurerait probablement (état douloureux chronique), au vu d'une évolution de plus de deux ans et de l'échec des traitements (douleurs chroniques).

Le 1^{er} juin 2015, l'assurée a de nouveau consulté son orthopédiste traitant. Dans son rapport du 10 juin 2015, ce dernier constate la présence de douleurs à l'épaule droite antérieure d'origine indéterminée et soupçonne un début d'arthrose acromio-claviculaire, sans signe de capsulite, mais avec des conséquences fortement invalidantes. Une infiltration a été pratiquée à l'hôpital le 22 juillet 2015 en vue de soulager la patiente (dos. AI 52.2/1).

Dans un rapport du 21 août 2015, la généraliste traitant la recourante décrit cependant la persistance de douleurs constantes au niveau de l'épaule et du bras droit, fortes pour le moment, et lui atteste une incapacité de travail actuellement totale. Elle précise que sa patiente ne peut pas porter du lourd avec le bras droit, pose un pronostic réservé et estime qu'il est difficile de se prononcer quant à l'activité lucrative exigible, laissant ce soin au spécialiste orthopédiste.

4.3 Après une nouvelle consultation ambulatoire le 31 août 2015, lors de laquelle une lésion de l'intervalle de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite a été constatée, la recourante a subi une troisième intervention chirurgicale le 22 septembre 2015, consistant en une reprise de cette lésion ainsi qu'un ancrage trans-osseux avec légère re-acromioplastie, effectuée par le médecin-chef du service d'orthopédie de l'hôpital (dos. AI 60/9 et 60/7). Les rapports de consultations ambulatoires des 19 janvier et 19 avril 2016 font état de douleurs persistantes à l'épaule droite, s'intensifiant lors de charges, mais indiquent une évolution post-opératoire en elle-même favorable. La poursuite de la physiothérapie est préconisée et une incapacité de travail totale est attestée, devant toutefois être revue régulièrement.

4.4 Le 22 novembre 2016, la recourante a subi une quatrième opération effectuée par son orthopédiste traitant, consistant en un débridement intra-articulaire, une synovectomie, une bursectomie et une adhésiolyse accompagnées de multiples biopsies par voie arthroscopique. L'orthopédiste traitant lui atteste une incapacité de travail de 100% du 22 novembre 2016 au 29 janvier 2017 (dos. AI 79.24 et 79.26).

Dans son rapport du 12 janvier 2017 à la suite d'une consultation ambulatoire du 5 janvier 2017, la médecin cheffe du service hospitalier d'orthopédie relève que la patiente indique une nette diminution de ses douleurs depuis l'opération, qu'elle ne ressent plus qu'une légère gêne, les douleurs préexistantes ayant disparu. La praticienne fait état d'une évolution postopératoire normale et que l'épaule concernée jouit désormais d'une mobilité sans limitation et peut être entraînée avec des poids légers et des mouvements de bras de levier. Dans une attestation du 7 mars 2017 à l'attention de la Suva, la même spécialiste retient que sa patiente dispose d'une capacité de travail sans limitations pour les activités avec des mouvements du bras en-dessous de 90 degrés (dos. AI 79.3).

5.

5.1 Avant de rendre la décision contestée du 25 avril 2017, l'intimé a fait appel à deux reprises à son SMR afin de clarifier la situation.

5.1.1 Dans un rapport du 22 juin 2016 (soit avant la dernière opération du 22 novembre 2016), une spécialiste en orthopédie du SMR a pris position sur le cas de l'assurée. Au vu des avis médicaux antérieurs, elle reconnaît que des limitations sont médicalement justifiées pour les travaux au-dessus de la poitrine et de la tête et qu'un travail physique lourd n'est plus exigible depuis la première opération du 23 juillet 2013. Pour tous les autres types de travaux, elle estime en revanche qu'aucune limitation ne peut être retenue. Elle reprend le profil d'exigibilité déjà établi dans les rapports du 24 février 2015 de l'orthopédiste traitant et du 8 mai 2015 du rhumatologue (voir ci-dessus c. 4.2) et conclut, mis à part des périodes de convalescence de trois mois après chaque opération, à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée en position variée, sans soulèvement ni port de charges moyennement lourdes ou lourdes, sans être exposée aux courants d'air, au froid et à la pluie, sans travaux au dessus de la poitrine et de la tête et sans travaux sur des échelles ou des échafaudages.

A la suite des objections de la recourante contre la préorientation du 27 octobre 2016 et compte tenu de l'opération du 22 novembre 2016, une nouvelle prise de position du SMR est intervenue le 28 février 2017. Une

autre spécialiste en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur y confirme l'appréciation de sa consœur du 22 juin 2016. Elle considère que six semaines après l'intervention du 22 novembre 2016, soit dès la mi-janvier 2017, une pleine capacité de travail doit être admise selon le profil d'exigibilité déjà défini.

5.1.2 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 LPGA (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 (voir ci-après; TF 8C_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3; 8C_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

5.2 La recourante allègue que c'est à tort que l'intimé s'est fondé sur les avis médicaux précités du SMR ainsi que sur ceux du 12 janvier et du 7 mars 2017 (voir ci-dessus c. 4.4) de la médecin cheffe du service hospitalier d'orthopédie, car ces documents ne tiendraient pas compte des nouvelles douleurs apparues à la fin du mois de janvier 2017. A l'appui, elle produit un rapport du Service extérieur de la Suva du 16 février 2017 (dos. rec. 4), selon lequel elle a déclaré à l'inspecteur de la Suva que l'évolution post-opératoire après le 22 novembre 2016 avait été rapidement très positive, de sorte qu'elle avait déjà pu travailler la force dans les séances de physiothérapie, mais que depuis fin janvier, sans savoir pourquoi, son épaule avait commencé à devenir très douloureuse, raison pour laquelle elle avait à nouveau consulté sa généraliste traitante. Elle invoque aussi une consultation et une infiltration prévues le 25 septembre 2017 auprès du service d'anesthésiologie et de thérapie de la douleur de l'hôpital, un rapport de consultation ambulatoire du 13 juin 2017 et un certificat médical du 6 septembre 2017 de l'orthopédiste traitant. Selon elle, il ressortirait de ces éléments que l'intimé n'a pas tenu compte de l'ensemble des données médicales au moment du prononcé de la décision attaquée.

5.3 Le point de vue de la recourante ne peut être partagé.

5.3.1 S'agissant tout d'abord des avis médicaux et des éléments nouvellement intervenus après la décision contestée du 25 avril 2017, il convient de souligner qu'une éventuelle détérioration de l'état de santé de la recourante postérieure à cette date ne peut être prise en compte dans la présente procédure. En effet, la légalité des décisions attaquées doit être appréciée, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle

décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). Il ne peut pas être tenu compte dans le jugement des rapports médicaux rédigés après le prononcé de la décision sur opposition, à moins que ceux-ci soient de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Or, tel n'est pas le cas en l'occurrence, dans la mesure où aucun avis médical apte à établir une détérioration de l'état de santé susceptible d'influencer la capacité de travail de la recourante au cours de la période s'étendant entre le certificat du 7 mars 2017 de la médecin cheffe du service d'orthopédie hospitalier (voir ci-dessus c. 4.4) et la date à laquelle la décision contestée a été rendue ne figure au dossier, ni n'a été produit par la recourante. A cet égard, on relèvera en particulier que le rapport du 14 août 2017 du médecin d'arrondissement de la Suva (dos. rec. 2), que la recourante a elle-même produit et qui s'appuie notamment sur les conclusions de l'orthopédiste traitant du 13 juin 2017, conclut d'ailleurs lui aussi à l'exigibilité en pleine capacité d'une activité professionnelle conforme au profil d'exigibilité tel que défini plus haut. Quant au rapport précité du Service extérieur de la Suva du 16 février 2017, ne s'agissant pas d'un avis médical, il n'établit aucunement une incapacité de travail médicalement fondée et n'évoque d'ailleurs pas cette question.

5.3.2 Pour le surplus, on relèvera que tous les avis médicaux au dossier convergent quant aux diagnostics posés, qui sont incontestés par les parties. Dans le contexte de la capacité de travail, force est aussi de constater que les deux avis du SMR, sur lesquels l'intimé s'est fondé pour rendre la décision contestée, reprennent consciencieusement les rapports des spécialistes en orthopédie de l'hôpital dans lequel la recourante s'est fait soigner. Seuls les nombreux certificats médicaux, attestations et rapports de la généraliste traitante figurant au dossier indiquent des périodes et des degrés d'incapacité de travail plus étendus. Or ces avis succincts de la généraliste ne sont pas étayés autrement que par les plaintes subjectives de la patiente. Ils ne sont donc pas à même de remettre en question les évaluations convergentes de la capacité de travail de la recourante (définissant un profil d'exigibilité) effectuées par les orthopédistes l'ayant traitée à l'hôpital et le rhumatologue ayant donné son appréciation en mai 2015, reprises dans les rapports du SMR.

Certes, pour étayer leurs conclusions, les deux orthopédistes du SMR n'ont elles-mêmes procédé à aucun examen personnel de l'assurée. Un tel examen n'est cependant pas strictement nécessaire, en particulier 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 (voir l'art. 49 al. 2 RAI; TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références). Or, tel est bien le cas en l'espèce puisque le dossier contient des données précises quant au contexte médical général dans lequel s'inscrit la problématique de santé concernée et au type de symptômes induits par celle-ci. Par ailleurs, les deux médecins consultés par l'intimé auprès du SMR disposaient d'une spécialisation en orthopédie, branche de la médecine correspondant précisément à la pathologie (potentiellement) invalidante. Même si, d'un point de vue formel, le caractère probant d'un rapport au sens de l'art. 49 RAI du SMR ne dépend pas en soi d'une telle adéquation de la spécialisation (TF 9C_643/2016 du 18 janvier 2017 c. 4.3), en l'espèce, les conclusions tirées de leur analyse par les deux spécialistes n'en sont que plus convaincantes.

5.3.3 En conséquence, il faut donc constater que les deux spécialistes du SMR ont étudié le dossier de manière complète et l'ont consciencieusement résumé. Elles ont en outre notamment retranscrit les plaintes de la recourante, l'anamnèse personnelle, les status, les limitations fonctionnelles et les diagnostics, et les ont pris en considération, décrivant clairement le contexte médical. Finalement, elles ont motivé toutes leurs conclusions médicales en analysant de façon critique les pièces au dossier pour rendre une évaluation autonome. Par conséquent, rien ne permet de douter de la fiabilité des conclusions du SMR, quand bien même il s'agit d'un service de l'intimé; de ce fait, le rapport du 22 juin 2016 et la prise de position du 28 février 2017 revêtent une entière valeur probante quant à la capacité de travail et au profil d'exigibilité d'une activité lucrative de la recourante à la date où la décision contestée a été rendue (voir ci-dessus c. 5.1.2 et 5.3.1). Aucune autre mesure d'instruction ne doit dès lors être ordonnée en l'espèce. Les griefs relatifs à la contestation de la fiabilité de ces avis du SMR doivent être rejetés.

6.

Sur cette base, il reste à évaluer le degré d'invalidité de la recourante.

6.1 La comparaison des revenus (voir ci-dessus c. 2.2) s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des deux revenus hypothétiques et en les comparant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b).

6.2 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être prises en compte (ATF 143 V 295 c. 4.3.1, 129 V 222). En l'occurrence, la recourante n'a définitivement plus repris son dernier emploi durable d'ouvrière d'usine, depuis le lundi 24 mars 2013, suite à la rechute annoncée des atteintes subies lors de l'accident du 16 novembre 2012. Elle a déposé sa demande de prestations de l'AI le 17 juin 2013. Aux termes de l'art. 29 al. 1 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 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré. En outre, une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (dans le dernier emploi) a au plus tôt été attestée depuis la rechute de mars 2013 (voir c. 2.2 ci-dessus). Un droit à une rente ne pouvait à tout le moins pas naître avant mars 2014. Comme hypothèse de calcul, on peut se fonder sur l'année 2014 comme année de référence pour la comparaison des revenus. Il faut toutefois relever qu'en mars 2014, une capacité de travail totale dans une activité adaptée dont celle précédemment exercée, a été attestée (voir c. 4.1 ci-dessus) jusqu'à l'opération du 27 mai 2014. La question de l'interruption notable du délai

d'attente peut cependant rester ouverte compte tenu du résultat de la comparaison des revenus (voir c. 6.4 ci-dessous).

6.3

6.3.1 Pour déterminer le revenu de personne valide, il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser sans atteinte à la santé, selon un degré de vraisemblance prépondérante, au moment du début potentiel du droit à la rente. Il y a lieu en règle générale de prendre pour base le dernier salaire gagné par la personne assurée, en l'adaptant le cas échéant en fonction de l'indice des salaires nominaux, qui tient compte du renchérissement et de l'évolution des salaires réels (ATF 139 V 28 c. 3.3.2, 134 V 322 c. 4.1; SVR 2017 IV n° 52 c. 5.1). Ce que la personne assurée pourrait gagner dans le meilleur des cas n'est pas déterminant (ATF 135 V 58 c. 3.1, 131 V 51 c. 5.1.2).

Selon les données fournies par l'ancien employeur qui figurent au dossier, si elle était restée au service de l'entreprise en question, la recourante aurait réalisé en 2013 un revenu de Fr. 47'840.- (Fr. 3'680.- x 13; compte salaire 2013, dos. AI 2/12); indexé à 2014, on obtient un revenu de Fr. 48'492.-, qu'il y a lieu de retenir en l'espèce comme revenu sans invalidité (table T1.2.10 de l'Office fédéral de la statistique [OFS], indice des salaires nominaux, femmes, 2011-2017, industries manufacturières: indice 2013 = 102.7, indice 2014 = 104.1).

6.3.2 La recourante a été employée en dernier lieu comme ouvrière riveuse dans une entreprise active dans le domaine de la micromécanique. Si l'on se réfère au salaire statistique qui ressort de la table TA1 2014 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'OFS (www.bfs.admin.ch), plus spécifiquement la rubrique 24-25 "métallurgie; fabr. produits métalliques", femmes, niveau 1 (tâches physiques ou manuelles simples selon la nouvelle classification des niveaux de compétences dès l'ESS 2012, voir lettre circulaire AI n° 328 du 22 octobre 2014 publiée par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS]), on aboutit à un revenu adapté au temps de travail hebdomadaire usuel dans la métallurgie en 2014 de 41,3 heures par semaine (d'après la statistique publiée par l'OFS; ATF 126 V 75 c. 3b/bb par analogie) de Fr. 57'044.-

(Fr. 4'604.- x 12 [mois] x 41,3 / 40). Le revenu sans invalidité déterminé plus haut de Fr. 48'492.- est donc inférieur de plus de 5% au salaire statistique usuel de la branche de Fr. 57'044.-.

Dans une telle situation, lorsque, comme en l'espèce, rien au dossier ne permet de penser que la personne assurée en bonne santé a délibérément choisi d'exercer durablement une activité lucrative modeste en deçà de ses possibilités (ATF 135 V 58 c. 3.4.3 et 3.4.6), il faut considérer que le revenu effectivement réalisé est nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (p. ex. faible formation scolaire, absence de formation professionnelle, manque de connaissances linguistiques), qu'il faut neutraliser, et il convient de tenir compte de cette circonstance lors de l'évaluation de l'invalidité d'après l'art. 16 LPGA en effectuant un parallélisme des deux revenus à comparer (ATF 141 V 1 c. 5.4, 135 V 58 c. 3.1; TF 8C_141/2016, 8C_142/2016 du 17 mai 2016 c. 5.2.2). C'est la seule méthode garantissant le respect du principe qui veut que les facteurs étrangers à l'invalidité réduisant le salaire ne soient, soit pas du tout pris en considération, soit comptés de façon égale dans les deux revenus à comparer. Ce parallélisme doit néanmoins seulement porter sur la part qui excède le taux minimal déterminant de 5% (ATF 135 V 297 c. 6.1.2 et 6.1.3). En l'occurrence, il y a donc lieu de se fonder sur un revenu d'assuré valide de Fr. 54'192.- (Fr. 57'044.- diminué de 5%).

6.4 Lorsque, depuis la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'a plus exercé d'activité lucrative, ou du moins plus d'activité exigible adaptée à son état, l'évaluation du revenu d'invalidé peut se fonder sur l'ESS, selon la jurisprudence (ATF 143 V 295 c. 2.2). Comme les salaires bruts standardisés de l'ESS sont fondés sur un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures, ils doivent être réévalués en fonction de la durée de travail hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises (ATF 126 V 75 c. 3b/bb).

En l'espèce, la recourante n'a plus exercé durablement d'activité lucrative exigible adaptée à son état de santé depuis la rechute de mars 2013 de l'accident qu'elle a subi le 16 novembre 2012. Concernant le revenu d'invalidé, l'intimé s'est donc à bon droit fondé sur l'ESS. Il convient en l'espèce d'avoir recours au salaire statistique correspondant au niveau de

compétence le plus bas, soit dans l'ESS 2014, au niveau 1 (voir ci-dessus c. 6.3.2). Le montant du revenu annuel est donc de Fr. 51'600.- (TA1, total, femmes, niveau 1, Fr. 4'300.- par mois 12 fois l'an). Ce résultat doit encore être adapté à la durée normale du travail dans les entreprises en 2014, soit 41,7 heures par semaine (ATF 126 V 75 c. 3b/bb), ce qui correspond à un salaire hypothétique d'invalidé de Fr. 53'793.- (Fr. 51'600.- x 41,7 / 40).

L'Office AI Berne qui, dans son calcul, a omis de paralléliser les deux revenus à comparer, a retranché du revenu d'invalidé un abattement de 15% qu'il motive, dans la décision attaquée, par les restrictions liées au handicap. Dans son mémoire de réponse, l'intimé précise néanmoins que ce dernier s'avère plus que bienveillant envers la recourante, dans la mesure où on peut raisonnablement exiger d'elle qu'elle exerce une activité d'auxiliaire corporellement légère à plein temps. Par ailleurs, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximal de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2015 IV n° 1 c. 2.2; TF 8C_327/2018 du 31 août 2018 c. 4.4.2 concernant plus spécifiquement l'âge des assurées). Au surplus, comme c'est le cas en l'occurrence, il faut remarquer que les facteurs étrangers à l'invalidité éventuellement déjà pris en considération lors de la mise en œuvre du parallélisme des revenus à comparer ne peuvent pas être pris en compte une seconde fois dans le cadre de l'abattement pour circonstances personnelles et professionnelles (ATF 135 V 297 c. 5.3, 134 V 322 c. 6.2). En conséquence, un abattement de tout au plus 5% sur le salaire d'invalidé résultant de l'ESS s'avère approprié aux circonstances du cas d'espèce (par ex. TF 8C_327/2018 du 31 août 2018 c. 4.4.2). Il en résulte un revenu d'invalidé déterminant de Fr. 51'103.- qui, comparé avec le revenu sans invalidité déterminé plus haut de Fr. 54'192.-, aboutit à une perte de gain de Fr. 3'089.- et, partant, à un degré d'invalidité de 5,7%, nettement inférieur à la limite de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité (voir ci-dessus c. 2.2).

6.5 L'incapacité de travail de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (délai d'attente) est mesurée en fonction de la profession de la personne assurée (art. 6 LPGA auquel l'art. 28 al. 1 let. b LAI renvoie). En l'espèce, le délai d'attente a pu, au plus tôt, arriver à échéance en mars 2014 (voir ci-dessus c. 6.2). Durant les périodes de convalescence consécutives aux opérations, non seulement l'incapacité de travail, mais aussi l'incapacité de gain, et donc l'invalidité de la recourante, ont pu atteindre et dépasser le seuil de 40% (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Toutefois, une dégradation de la capacité de gain n'est déterminante pour l'accroissement du droit aux prestations que dès le moment où elle a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI). Or, selon les données médicales au dossier analysées par le SMR, la capacité de travail de 100% de la recourante dans un emploi adapté n'a été interrompue que par des périodes de convalescence d'au plus trois mois après chaque opération. Cette durée n'est donc pas suffisante pour ouvrir un éventuel droit à une rente limitée dans le temps pour lequel les dispositions applicables à la révision s'appliqueraient par analogie (art. 17 al. 1 LPGA; ATF 109 V 125 c. 4a; VSI 1998 p. 121 c. 1b).

7.

La recourante conteste enfin le fait que l'intimé a directement statué sur la question de la rente d'invalidité, sans avoir au préalable examiné ou réexaminé la question de l'octroi de mesures de réadaptation, en particulier de mesures d'ordre professionnel. Ce faisant, d'après la recourante, l'intimé aurait fait fi du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente.

Tel n'est cependant pas le cas. En effet, dans sa jurisprudence, le TF a précisé que si l'octroi d'une rente peut d'emblée être nié, la décision de refus de celle-ci peut être prononcée indépendamment de la question d'éventuelles mesures de réadaptation (TF 8C_515/2010 du 20 octobre 2010 c. 2.2). C'est donc à bon droit que l'intimé a nié le droit à une rente sans organiser de mesures de réadaptation préalables. A cet égard, comme l'intimé l'a rappelé dans sa duplique du 11 octobre 2017, il est toujours loisible à la recourante de le contacter en vue d'examiner à nouveau l'éventualité de telles mesures.

8.

8.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

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

8.3 Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés avec 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,
 - à REVOR-Fondation de libre-passage, case postale 5365, 3001 Berne.

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).