

**200.2018.652.AI**  
N° AVS  
BEP/REN

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

**Jugement du 16 mars 2020**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
E. Furrer et C. Tissot, juges  
Ph. Berberat, greffier

**A.** \_\_\_\_\_  
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 28 août 2018



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1961, bénéficie d'une rente de veuve de l'assurance-veillesse et survivants (AVS), allouée par décision du 18 août 2011 de la Caisse de compensation du canton de Berne (CCB) avec effet rétroactif à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2010. Après s'être établie en Suisse en 1993 avec son époux, elle a travaillé en tant qu'indépendante, exploitant successivement deux salons cosmétiques de 1995 à 2003 et de 2007 à 2011. Elle n'a plus exercé d'activité lucrative depuis lors. L'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), datée du 21, réceptionnée le 27 juillet 2016, indiquant souffrir depuis 2001 de dépression et de problèmes de dos. Saisi de la demande, l'Office AI Berne a recueilli des rapports des thérapeutes ayant traité l'assurée (généralistes, rhumatologue, psychologue et psychiatres). Sur recommandation d'une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR) invitée à se prononcer sur le cas, il a organisé une expertise bidisciplinaire (psychiatrie et rhumatologie). Les experts mandatés à cet effet ont rendu leurs rapports les 28 novembre 2017 (Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) et 16 janvier 2018 (Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie). A la suite de ces investigations, par préorientation du 1<sup>er</sup> février 2018, l'Office AI Berne a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. Nonobstant les objections présentées les 27 février et 25 mars 2018 par l'assurée, après avoir encore obtenu une prise de position du SMR du 16 mai 2018, l'Office AI Berne a confirmé sa préorientation par une décision formelle du 28 août 2018.

**B.**

Par acte du 12 septembre 2018, l'assurée a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision précitée du 28 août 2018, concluant à son annulation, et requis le bénéfice de l'assistance judiciaire. La recourante ayant omis de présenter une requête

d'assistance judiciaire en bonne et due forme dans le délai imparti par ordonnance du 13 septembre 2018 de la juge instructrice, ladite requête a été rayée du rôle du Tribunal par ordonnance du 1<sup>er</sup> octobre 2018. La demande de restitution du délai à cet égard a été rejetée par ordonnance et décision incidente de la juge instructrice du 16 octobre 2018. Le 29 octobre 2018, la recourante a versé l'avance de frais de procédure requise. Dans son mémoire de réponse du 23 novembre 2018, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours en renvoyant entièrement à la décision.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision du 28 août 2018 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 sur l'annulation de cette décision et l'octroi de prestations de l'AI. La recourante conteste en particulier la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire sur laquelle se fonde la décision contestée.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes minimales prescrites et par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi du 19 juin 1959 sur l'AI [LAI, RS 831.20] et art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

**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). 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).

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

**2.2** Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en corrélation avec l'art. 7 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2016 IV n° 2 c. 4.2, 2014 IV n° 2 c. 3.1). Les experts doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

Une atteinte à la santé psychique importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue (ATF 141 V 281 c. 2.2.1 et 2.2; SVR 2016 IV n° 25 c. 6). Si une atteinte à la santé assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation systémique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). En règle générale, il convient de prendre en considération des indicateurs standards classés selon leurs caractéristiques communes (c. 4.1.3), qui sont répartis dans les catégories "degré de gravité fonctionnel" (c. 4.3) et "cohérence" (c. 4.4). La grille d'évaluation présentée est de nature juridique

(c. 5). La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (c. 6).

**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 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; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1). Il incombe tout d'abord au médecin (expert) 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; SVR 2017 IV n° 75 c. 4.1.1).

**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). 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 139 V 99 c. 2.3.2, 125 V 351 c. 3b/bb; SVR 2019 IV n° 40 c. 3, 2018 IV n° 27 c. 4.2.2). 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). 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).

L'administration, en tant qu'autorité de décision, et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus

retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 144 V 427 c. 3.2).

Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1).

### **3.**

**3.1** A l'appui de la décision contestée, l'Office AI Berne a considéré qu'aucun des documents médicaux recueillis ne justifiait de manière probante une diminution permanente ou de longue durée de la capacité de travail et de gain de l'assurée dans l'exercice de toute activité correspondant à ses compétences, et qu'elle ne présentait dès lors pas d'atteinte à la santé au sens de la loi. Il se réfère à une prise de position du 16 mai 2018 de la spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR en charge du dossier, qui est d'avis que l'expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique des 28 novembre 2017 et 16 janvier 2018 présente une pleine valeur probante et ne voit aucune raison médicale pour que l'évaluation interdisciplinaire soit effectuée à nouveau par d'autres experts.

**3.2** Pour sa part, la recourante déclare que la décision contestée doit être annulée et revue rétroactivement en fonction du fait qu'elle souffre de lombalgies aiguës et sciatalgies depuis de nombreuses années, s'est soumise sans succès à diverses thérapies psychologiques et psychiatriques, et qu'elle est en arrêt de travail depuis de nombreuses années. Elle allègue que l'intimé s'est basé à tort sur l'expertise bidisciplinaire des 28 novembre 2017 et 16 janvier 2018, qui n'a pas été effectuée de manière concluante.

#### 4.

**4.1** A la lecture de l'expertise bidisciplinaire des 28 novembre 2017 et 16 janvier 2018 ordonnée par l'Office AI Berne sur recommandation du 25 avril 2017 d'une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de son SMR, on constate ce qui suit:

**4.1.1** Dans son rapport du 28 novembre 2017, l'expert psychiatre n'a retenu aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a constaté un trouble d'assimilation de la douleur (ch. F54 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) ainsi qu'un trouble dépressif récurrent sans précision (ch. F33.9 CIM-10). Relatant en détail les indications subjectives de la patiente, l'expert indique notamment que celle-ci a déclaré qu'elle souffrait depuis des années de maux de dos et de tête ainsi que d'insomnies, qu'elle était en traitement de 2004 à 2016 auprès d'un psychologue, une fois par semaine, mais que ce traitement ne l'avait pas beaucoup aidée et qu'elle avait changé de praticien, le psychiatre qu'elle consultait dorénavant, qui parle espagnol et qu'elle considère comme un père, lui convenant mieux. Il ressort aussi du rapport d'expertise, que l'assurée a précisé qu'elle n'allait pas bien et subissait des troubles du sommeil depuis qu'elle était restée 18 jours au chevet de son fils qui avait eu un grave accident de la circulation en 2003, le plongeant dans le coma pendant trois mois. Toujours selon le rapport de l'expert, l'assurée a encore parlé de sa fille qui, elle aussi, avait vécu un grave accident de voiture en 2001. L'expertise expose encore l'évaluation que fait l'assurée de la situation qui résulte de ces événements: ses deux enfants bénéficient d'une rente entière de l'AI, son fils vivant au loin en Colombie, où il s'est marié, et sa fille à D.\_\_\_\_\_, où elle lui rend visite pratiquement chaque jour; en outre, le fait que son mari l'avait, deux jours après l'accident de son fils, éloignée du chevet de ce dernier pour la violer dans la chambre mise à leur disposition par l'hôpital, l'avait poussée à une séparation après 29 ans de mariage; les nombreux médicaments et thérapies contre les douleurs ne l'avaient pas beaucoup soulagée; quant à son salon cosmétique, elle l'avait fermé en 2014 car elle ne supportait plus

les clientes et n'arrivait plus à travailler, par manque d'énergie et de confiance dans les gens mais aussi parce qu'elle souffrait de douleurs incessantes.

Dans son évaluation du cas en fonction des indicateurs applicables selon la jurisprudence à l'appréciation de l'invalidité en cas d'atteintes psychiques (voir ci-dessus c. 2.2; pour être précis, à la date de l'expertise ici en question, ce mode d'évaluation structurée ne s'appliquait pas encore à l'ensemble des troubles psychiques mais seulement aux troubles psychosomatiques du genre de ceux diagnostiqués en l'espèce), l'expert relève notamment que lors de l'examen, la patiente avait donné une impression de personne active et énergique, et que l'atmosphère était détendue, l'assurée souriant et riant, étant de bonne humeur, et qu'il n'avait pas dénoté chez elle d'oppression due à une souffrance. Il estime que les atteintes somatiques en présence ne permettent pas d'expliquer l'ampleur des plaintes émises par la patiente ni sa conviction subjective de ne plus être capable de travailler et qu'il y a lieu d'admettre une interférence psychique, car l'assurée ne souffre pas quotidiennement de grandes douleurs lancinantes, organise activement ses journées et entreprend régulièrement des voyages relativement longs. Il retient l'existence de troubles dépressifs légers récidivants en relation avec les graves accidents de la circulation subis par les enfants de l'assurée, mais précise qu'elle n'est actuellement pas dépressive, même s'il reconnaît un certain retrait social, tout en relevant qu'elle est en mesure de s'occuper de manière autonome. Il est d'avis que la patiente n'est pas entravée dans sa vie quotidienne et dans la mise en valeur de ses ressources par les maussaderies dépressives occasionnelles qu'elle ressent plutôt rarement et que ces épisodes ne provoquent pas non plus de limitations en relation avec ses troubles somatiques. Par ailleurs, l'expert constate que l'assurée ne suit pas de thérapie et ne consomme pas régulièrement de médicaments analgésiques, ce qui le fait conclure à un trouble d'assimilation de la douleur, et non pas à un trouble douloureux en tant que tel. Il réfute la présence de troubles de la mémoire invoqués par l'assurée, celle-ci ayant décrit très précisément ses conversations avec son psychiatre traitant, ses origines et son curriculum vitae, même si elle déclarait ne pas se souvenir de son récent voyage en Colombie, ni vouloir

parler des accidents de ses enfants, car ces événements seraient trop pénibles à évoquer pour elle. Le praticien pense dès lors que l'assurée a tendance à occulter les souvenirs désagréables pour elle en relation avec les accidents de ses enfants et à qualifier cette tendance comme étant des troubles de la mémoire, qui ne sont en réalité pas objectivables. En outre, il estime que l'assurée ne montre aucune disposition à réintégrer le monde du travail et que cet état d'esprit contribue vraisemblablement à ce qu'elle se sente plus limitée que ce que les constatations objectives permettent d'admettre. Il nie toutefois la présence d'une tendance à l'aggravation. S'agissant des ressources dont dispose l'assurée, l'expert indique qu'elle est soutenue par son compagnon, a un bon contact avec ses enfants et de bonnes facultés de communication, bien qu'elle vive socialement retirée. Quant aux traitements et réadaptations, il constate que l'assurée suit une psychothérapie ambulatoire, qui l'aide à assumer les séquelles des accidents subis par ses enfants, et qu'elle prend un neuroleptique à faible dose pour s'endormir, mais ne suit pas de thérapie antidépressive et n'a entrepris aucune mesure de réadaptation. Il ne préconise pas d'autre option thérapeutique et déclare que des mesures de réadaptation seraient exigibles à plein temps et sans limitation, mais qu'elles seraient sans doute vouées à l'échec en raison de la conviction subjective profonde de l'assurée d'être malade. Sur le plan de la consistance, il ne remarque pas de discrépance entre les symptômes décrits et le comportement de la patiente au cours de l'examen personnel, mais déclare qu'au vu des nombreuses activités qu'elle entreprend (tenue du ménage, visites pratiquement quotidiennes chez sa fille, promenades, séjour de trois mois en Colombie chez son fils), le fait qu'elle se sente subjectivement inapte au travail n'est pas compréhensible. Prenant position face aux avis médicaux antérieurs, l'expert retient essentiellement une réaction psychotique aiguë survenue en 2004 après le grave accident du fils, qui a nécessité une hospitalisation de l'assurée pendant trois jours, ainsi qu'une autre hospitalisation de deux jours en 2014 après une prise excessive de somnifère, à la fin de laquelle les médecins hospitaliers ont congédié leur patiente en niant la présence de symptômes dépressifs et de pensées suicidaires. Face au diagnostic de trouble dépressif récidivant avec épisode sévère diagnostiqué par le psychologue ayant précédemment traité la recourante, l'expert fait remarquer que celle-ci n'avait jamais connu de

traitement psychiatrique stationnaire de longue durée, qu'elle ne suivait pas de traitement antidépressif au moment de l'examen personnel effectué par ses soins et qu'elle lui avait donné l'impression d'être une personne active, énergique et enjouée. Il précise encore notamment que le fait que son psychiatre traitant actuel ne lui prescrit pas de médicaments antidépressifs prouve que l'assurée ne souffre pas d'un trouble dépressif manifeste, et conclut à l'absence d'indices de phases de dépression de longue durée. Dès lors, l'expert psychiatre considère que la recourante dispose d'une capacité de travail à 100% dans son activité antérieure de gérante de salon cosmétique ou dans toute autre activité et qu'elle n'avait jamais subi de limitation de sa capacité de travail d'un point de vue psychiatrique; il ne retient également aucune limitation dans la tenue du ménage.

**4.1.2** Pour sa part, l'expert rhumatologue a lui aussi constaté l'absence de tout diagnostic avec influence sur la capacité de travail de l'assurée dans son rapport du 16 janvier 2018. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a diagnostiqué un syndrome lombovertébral chronique avec une protrusion L5/S1 à droite sans conséquences neurologiques ni irritation radiculaire pour le moment, un status après opération du pouce gauche le 7 avril 2016 et une épicondylite à droite. Après avoir recensé tous les avis médicaux antérieurs et décrit en détail l'anamnèse de la patiente ainsi que les résultats de son examen personnel, il indique dans son appréciation globale du cas que l'assurée dispose d'une capacité de travail entière dans son activité antérieure indépendante dans un salon cosmétique et dans la tenue du ménage, mais reconnaît que des travaux physiques lourds ou en position durablement inchangée (que ce soit assise, debout, en marche, penchée en avant ou en travaillant au-dessus de la tête) ne sont pas exigibles de sa part. Sur la base des rapports médicaux antérieurs figurant au dossier, l'expert déclare que du point de vue rhumatologique, il ne retient pas d'incapacité de travail de longue durée, même si des incapacités ayant duré quelques semaines jusqu'à éventuellement deux à trois mois ne peuvent être exclues. Il remarque à cet égard qu'au vu du dossier, aucune incapacité de travail de l'assurée n'a été attestée pour des motifs somatiques. Il estime que des mesures professionnelles de réadaptation ne sont pas indiquées, du fait que l'assurée considère qu'elle est totalement incapable de travailler et que de telles mesures seraient dès

lors infructueuses. L'expert prend notamment aussi position face au rapport du 11 novembre 2016 du psychiatre traitant, qui est aussi médecin généraliste, dans lequel ce dernier rapporte l'existence d'arthrose généralisée et de problèmes touchant deux vertèbres lombaires affectant deux nerfs. A cet égard, l'expert nie la présence d'une telle arthrose chez la patiente et s'étonne de ces diagnostics, que le psychiatre traitant ne motive pas. Par ailleurs, l'expert relève également des discrédances considérables entre les indications subjectives de l'assurée et ses propres constatations. Il indique notamment que l'assurée a été en mesure d'ôter ses vêtements sans aucun problème, se tenant sur une seule jambe pour enlever ses pantalons, qu'elle n'a pas pu indiquer les noms des médicaments qu'elle consommait bien qu'elle les ait eus dans son sac, alors qu'elle se rappelait en détail de certains événements du passé, et qu'elle s'est plainte d'une hyposensibilité au pouce droit, alors qu'elle avait été opérée d'une atteinte au pouce gauche. Résumant ses constatations, l'expert déclare que le syndrome lombovertébral s'avère très discret, que les modifications dégénératives de la colonne vertébrale lombaire correspondent à l'âge de la patiente et ne seraient susceptibles d'avoir une influence sur la capacité de travail qu'en cas de travaux corporels lourds. Selon lui, l'hyposensibilité du pouce gauche est elle aussi très discrète et n'entraîne pas de limitations fonctionnelles. Quant à l'épicondylite au coude droit, présente depuis plus de cinq ans d'après l'anamnèse, l'expert estime qu'elle n'a pas non plus de conséquences sur la capacité de travail et ne semble pas gêner considérablement l'assurée, dans la mesure où celle-ci n'a entrepris aucune mesure thérapeutique parmi les nombreuses possibilités existantes.

**4.1.3** Dans leur conclusion interdisciplinaire du 15 janvier 2018, les deux experts estiment que l'assurée dispose d'une capacité de travail de 100%, tant dans son activité antérieure de gérante indépendante d'un salon cosmétique que dans toute autre activité légère à moyennement lourde adaptée pour le dos. Ils considèrent que tel est le cas depuis de nombreuses années et qu'aucun indice ne laisse admettre que la capacité de travail de l'assurée aurait été entravée durablement, que ce soit d'un point de vue psychiatrique ou somatique.

**4.2** Au vu des considérations précitées des deux experts, les critiques émises dans le recours du 12 septembre 2018 à l'encontre de leurs conclusions doivent être écartées. En effet, à la lecture des deux rapports des experts, il faut constater d'emblée que ceux-ci ont procédé à une analyse complète et détaillée de l'état de santé psychique et somatique de la recourante et de ses répercussions sur sa capacité de travail en fonction des indicateurs applicables en la matière. S'agissant du déroulement des deux expertises partielles, contesté par la recourante dans ses objections à la préorientation du 1<sup>er</sup> février 2018, il faut souligner que les experts ont décrit en détail le comportement et les réactions de celle-ci au cours des examens personnels effectués, justifiant leurs appréciations et les contradictions qu'ils ont tous deux relevées, ce qui fait indéniablement partie de leur mandat d'expertise visant à établir les faits le plus précisément possible. En outre, une personne chargée de la traduction était présente lors des deux examens; rien ne laisse donc supposer que les experts auraient fait preuve d'un comportement inapproprié envers la recourante. Par ailleurs, les deux experts ont, dans leurs rapports respectifs, pris position de manière circonstanciée face aux autres avis médicaux figurant au dossier, discutant leur appréciation divergente de celle des autres praticiens. Sur le plan psychique comme sur le plan somatique, au vu de l'expertise, il est patent que le degré de gravité des atteintes à la santé diagnostiquées n'est pas suffisant pour justifier une incapacité de travail durable, dans la mesure où la recourante n'a pas suivi de traitement antidépresseur régulier par le passé, qu'elle n'a plus mentionné de telle médication aux experts et qu'elle n'établit pas de handicaps significatifs l'entravant à long terme dans sa vie quotidienne. Il ressort au contraire du dossier, comme les experts le relèvent à juste titre, que malgré un certain retrait social, elle dispose de réelles ressources, car elle mène une vie relativement active, vivant avec son compagnon, rendant visite quasiment quotidiennement à sa fille, vaquant à ses tâches ménagères et n'hésitant pas à se rendre aux Maldives en vacances et en Colombie pour rendre visite à son fils. Face à l'évaluation de la capacité de travail motivée en détail par les experts, les rapports respectifs des médecins traitants présents au dossier (généraliste du 14 août 2016, psychologue du 29 août 2016 et nouveau psychiatre et généraliste du 11 novembre 2016) ne peuvent convaincre selon un degré de

vraisemblance prépondérante de l'existence d'une totale incapacité de travail perdurant à long terme. Les considérations des experts laissent bien plutôt penser que la recourante n'a pas de véritable volonté de mettre en valeur ses ressources pour réintégrer le monde du travail. A la lecture du rapport adressé le 11 novembre 2016 à l'Office AI Berne par le nouveau psychiatre et généraliste traitant la recourante (dont les experts ont eu connaissance), on relève notamment que ce dernier est d'avis que sa patiente a une personnalité ou est une personne anti-sociale, se sent persécutée, a la sensation d'avoir souffert énormément vis-à-vis de sa fille et de son fils et n'aime pas qu'on lui pose des questions car selon elle, il s'agirait de méchanceté. Il recommande une poursuite de la thérapie de soutien entreprise dès août 2016 à raison de deux fois par semaine, considérant qu'elle a besoin d'extérioriser toutes les souffrances intérieures et l'énorme agressivité qu'elle a; il indique en outre que le traitement lors de l'examen du 11 novembre 2016 (il la suit depuis août 2016) consiste en deux antidépresseurs et un somnifère, alors qu'il ressort du rapport du 29 août 2016 du psychologue qui l'avait traitée auparavant de 2004 à août 2016 qu'elle ne prenait jusqu'alors qu'un somnifère. Cela étant, même si le nouveau psychiatre et généraliste traitant atteste à sa patiente une incapacité de travail totale, déclarant qu'à son avis, il s'agit d'une personne qui ne peut pas travailler du fait que les troubles psychiatriques présents sont très graves, toujours présents et lui rendent la vie impossible, il faut reconnaître que cette dernière estimation ne convainc pas par rapport à l'évaluation circonstanciée des experts. En effet, ces derniers se sont prononcés en pleine connaissance du rapport du nouveau médecin traitant. Au surplus, pour ce qui est du volet somatique de l'expertise bidisciplinaire en cause, l'expert rhumatologue décrit en détail le comportement de l'assurée au cours de l'examen personnel et la contrariété de celle-ci lorsqu'elle était confrontée à certaines questions dérangeantes. Or, la recourante ne conteste pas en tant que telles les incohérences que l'expert a relevées et ne fait donc pas valoir d'argument susceptible de mettre en doute l'appréciation de l'expert selon laquelle, en résumé, les constats somatiques qu'il a faits correspondent à la situation de la moyenne des femmes du même âge que l'assurée et ne fondent pas d'incapacité de travail durable. Concernant l'évaluation de la capacité de travail divergente entre les experts et le nouveau psychiatre et généraliste traitant, il faut par

ailleurs observer que s'agissant des avis des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait qu'en égard à la relation de confiance établie avec son patient, le médecin de famille aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). Enfin, les experts ont notamment formulé leur évaluation d'une capacité de travail à 100% de l'assurée à la lumière des critères de classification, des motifs d'exclusion et des indicateurs définis par la jurisprudence, applicables à l'évaluation du caractère invalidant des troubles psychiques (voir ci-dessus c. 2.2).

**4.3** Au regard des conditions définies en la matière par la jurisprudence, pleine et entière valeur probante peut ainsi être reconnue à l'expertise bidisciplinaire des 28 novembre 2017 et 16 janvier 2018; elle est convaincante, se fonde sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assurée et repose sur un exposé clair des faits. Les conclusions des experts, dont les qualifications ne sauraient être mises en doute, sont détaillées, bien étayées, s'avèrent logiques et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Elaborée sur la base d'entretiens personnels avec l'assurée et d'une étude fouillée de l'ensemble du dossier médical, elle comporte des anamnèses précises et très détaillées sur les plans personnel, familial, professionnel et social. Les experts ont également soigneusement consigné les indications subjectives de la recourante, tout comme les constatations objectives découlant de leurs propres observations ainsi que leurs évaluations diagnostiques très détaillées, de même que l'ensemble des rapports médicaux antérieurs présents au dossier. Rien ne justifie dès lors de renvoyer la cause à l'intimé en vue de procéder à une nouvelle expertise médicale, comme le voudrait la recourante.

**4.4** Au vu de ce qui précède, dans le contexte du contrôle juridique de l'appréciation par le médecin ou l'expert des conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail que doivent opérer les organes d'application de l'AI (et le juge en cas de recours; voir ci-dessus c. 2.2), il convient en l'espèce de constater que les explications fondées des experts permettent de suivre leur raisonnement. Les analyses des deux experts, spécialistes

de leurs disciplines respectives, partent de diagnostics posés de manière indiscutable (ATF 145 V 215 c. 5.1) et permettent de comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). En effet, l'expert psychiatre, après avoir procédé à l'analyse structurée qui lui échoit principalement, propose en substance de considérer que le trouble d'assimilation de la douleur et le trouble dépressif récidivant diagnostiqués n'entraînent aucune limitation dans les activités de l'assurée, que ce soit au niveau privé ou professionnel, et que celle-ci, du point de vue psychique, est pleinement capable de mettre ses ressources en valeur et d'exercer à plein temps une activité lucrative correspondant au profil d'exigibilité établi dans les conclusions bidisciplinaires des experts (voir ci-dessus c. 4.1.3). L'expert rhumatologue a mis en évidence des signes d'aggravation chez l'assurée, constatant une différence considérable entre les plaintes subjectives formulées et les constats médicaux objectifs qu'il retient, essentiellement concernant la colonne vertébrale lombaire, qu'il qualifie, comme déjà relevé plus haut, de correspondant à l'âge de 56 ans de la recourante. Il a souligné que l'assurée se pose clairement elle-même des limites et déclare sans équivoque qu'elle a suffisamment travaillé après 40 ans de vie active. Il décrit des répercussions fonctionnelles des atteintes minimales et largement relativisées par l'influence de facteurs étrangers à l'invalidité ainsi que par la tendance à l'aggravation et les incohérences relevées chez l'assurée, les ressources de cette dernière devant être qualifiées de suffisantes pour surmonter ses troubles avec l'aide d'une thérapie appropriée. L'expert psychiatre quant à lui, après les avoir discutés en détail, a sensiblement tempéré les diagnostics psychiques et psychiatriques posés par les médecins et spécialistes ayant suivi ou suivant la recourante, mais n'a pas retenu pour sa part, de tendance à l'aggravation chez l'assurée. Sur cette base, juridiquement, il est douteux qu'on puisse déjà conclure, au premier niveau de l'analyse (voir ci-dessus c. 2.2), à un motif d'exclusion du fait que les limitations prétendues par la recourante reposent uniquement sur une exagération ou une manifestation analogue. En revanche, au second niveau, l'évaluation à l'aide des indicateurs, notamment ceux relevant du degré de gravité fonctionnel et de la cohérence mène indiscutablement à la conclusion que les ressources dont dispose la recourante l'emportent nettement sur les facteurs de

contrainte que représentent ses atteintes somme toute modérées de nature tant physique que psychique. Au cas particulier, les résultats de l'expertise convainquent notamment du fait que les facteurs psychosociaux et socioculturels qui ont marqué la vie de la recourante n'entretiennent ni n'aggravent les conséquences d'une maladie psychique qui serait devenue autonome (ATF 139 V 547 c. 3.2.2; SVR 2010 IV n° 19 c. 5.2).

**4.5** Du point de vue du droit de l'AI, il faut donc se rallier à l'évaluation de la capacité de travail effectuée par les experts et reconnaître que la recourante est en mesure d'exercer à plein temps et sans limitation de rendement toute activité adaptée, et en particulier son activité antérieure de gérante indépendante de salon cosmétique. En outre, s'agissant des conditions posées au droit à une rente, aucun élément au dossier ne laisse supposer, selon un degré de vraisemblance prépondérante, que dans la période couverte par l'objet de la contestation, à savoir dès six mois après le dépôt de la demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI; ici: janvier 2017) jusqu'à la date de la décision contestée du 28 août 2018 (voir ci-dessus c. 2.4 in fine), la recourante ait présenté une incapacité de travail selon l'art. 6 LPGA d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, elle était invalide, au sens de l'art. 8 LPGA, à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Cela étant, en l'absence d'une atteinte invalidante à la santé au sens du droit de l'assurance-invalidité, comme également retenu par l'intimé, il s'avère superflu de procéder à une comparaison des revenus avec et sans handicap – tous deux identiques ou à tout le moins pratiquement équivalents – pour déterminer le degré d'invalidité de la recourante.

## **5.**

**5.1** Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et doit être rejeté.

**5.2** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA et selon l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Les frais de procédure, fixés forfaitairement

à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante, qui succombe, et sont compensés par son avance de frais.

**5.3** La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, ne peut prétendre au remboursement de ses dépens ou à une indemnité de partie (art. 61 let. g LPG; art. 104 al. 2 et 108 al. 1 et 3 LPJA), pas plus que l'Office AI Berne, qui agit dans l'accomplissement d'une tâche de droit public (art. 104 al. 3 LPJA).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - à la recourante,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

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).