

**200.2019.416.AI**  
N° AVS  
DEJ/REN

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

**Jugement du 22 septembre 2020**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
J. Desy, greffier

**A.** \_\_\_\_\_  
représentée par Me B. \_\_\_\_\_  
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 12 avril 2019



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1965, sans formation professionnelle, divorcée et mère de trois enfants (nés en 1987, 1991 et 1993), a occupé divers postes de travail, notamment dans la vente, la restauration ou comme ouvrière, avant de travailler, en dernier lieu et du 1<sup>er</sup> décembre 2002 jusqu'à son licenciement intervenu en 2017, comme contrôleuse dans une entreprise de traitements et de revêtements de métaux.

La prénommée a subi un accident de la circulation en novembre 2004 alors qu'elle était passagère d'un véhicule. Elle a souffert de multiples fractures (notamment de l'omoplate droite, des vertèbres lombaires L1 à L3 et de l'os cuboïde du pied gauche) et d'un traumatisme crânien avec perte de connaissance. Elle a bénéficié du versement d'indemnités journalières de la SUVA et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle. Déclarée en incapacité de travail depuis le 21 novembre 2004 jusqu'au 31 mars 2006 (d'abord à 100%, puis à 50%), elle a repris son activité dès le 1<sup>er</sup> avril 2006 dans la même mesure et chez le même employeur qu'avant l'accident, soit au taux de 52%. Depuis novembre 2011, l'assurée est soutenue par les services sociaux, d'abord partiellement, puis complètement dès 2017.

L'assurée a déposé une demande de prestations AI (datée du 12 janvier 2012) reçue par l'Office AI Berne le 1<sup>er</sup> février 2012, invoquant des douleurs lombaires irradiant dans les membres inférieurs. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a procédé à diverses mesures d'instruction, notamment auprès du médecin traitant de l'assurée et de son employeur. Le service médical régional (SMR) de l'AI a également été consulté, lequel a rendu son rapport le 11 juillet 2012, puis une enquête économique sur le ménage a été ordonnée (rapport du service des enquêtes y relatif du 16 avril 2013). Sur cette base, l'Office AI Berne a nié à l'assurée, par préavis du 23 avril 2013 (lequel n'a suscité aucune réaction de l'assurée) puis par décision du 4 juin 2013, un droit à une rente d'invalidité. Le recours interjeté auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) le 5 juillet 2013 a été admis

par jugement du 15 août 2014 (JTA AI/2013/612) et la cause renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

**B.**

Saisi à nouveau de la cause, l'Office AI Berne a organisé une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique), qui a eu lieu les mois de février et mars 2015. Sur cette base, il a ensuite annoncé à l'assurée, par préavis du 23 novembre 2015, qu'il envisageait de refuser toute rente AI. Celle-ci, représentée en procédure, a protesté le 16 décembre 2015 contre ce préavis et présenté des rapports médicaux de ses médecins traitants, ensuite de quoi l'Office AI Berne a demandé conseil à son SMR le 10 février 2016, puis fait parvenir à l'assurée le 25 juillet 2016 un nouveau préavis, identique au précédent. L'assurée, toujours représentée, a une nouvelle fois formulé des observations à l'encontre de cette communication et a transmis cinq rapports médicaux de ses médecins traitants à leur appui. L'Office AI Berne a alors requis une nouvelle expertise bidisciplinaire (qualifiée d'évolutive; rhumatologique et psychiatrique) auprès des mêmes experts que ceux ayant officié en 2015, laquelle expertise a été menée en juin et juillet 2017. Sur la base des conclusions contenues dans le rapport consécutif, l'Office AI Berne a alors à nouveau informé l'assurée, par préavis du 17 novembre 2017, qu'il envisageait de lui refuser tout droit à une rente d'invalidité. L'assurée, toujours représentée en procédure, s'est une nouvelle fois opposée à ce préavis le 22 décembre 2017 en présentant différents certificats médicaux de ses médecins traitants. L'Office AI Berne a alors demandé un complément d'expertise à l'expert rhumatologue, tout d'abord en janvier 2018, puis, après la production de nouveaux rapports médicaux, en mai et juin 2018, une seconde fois en août 2018. Par décision du 12 avril 2019, l'Office AI Berne a alors confirmé le contenu de son dernier préavis et refusé tout droit de l'assurée à une rente d'invalidité.

## **C.**

Le 28 mai 2019, l'assurée, représentée par une nouvelle mandataire professionnelle, a porté la cause devant le TA en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision précitée et, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité d'un degré à dire de justice ou, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'Office AI Berne pour la réalisation d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. La recourante a joint à son recours une requête d'assistance judiciaire et de nomination de sa mandataire en qualité d'avocate d'office.

Le 28 juin 2019, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens.

La recourante a présenté la note d'honoraires de sa mandataire le 17 juillet 2019. Le 3 septembre 2020, elle a encore fait parvenir au TA deux nouveaux rapports médicaux.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision du 12 avril 2019 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, quant à lui, sur l'annulation de cette décision et l'octroi d'une rente d'invalidité correspondant à un taux d'invalidité de 40% (soit un quart de rente d'invalidité) à tout le moins ou sur la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire. Sont particulièrement critiqués par la recourante la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire, principalement son volet rhumatologique, et les empêchements pris en compte pour définir le revenu avec invalidité.

**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 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], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20], et art. 15, 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 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 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). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 145 V 215 c. 5.1). 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).

**2.3** 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). 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).

**2.4** 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 (let. b) et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. 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.

**2.5** 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; 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).

**2.6** 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.**

**3.1** Quant aux thèses des parties, elles sont les suivantes.

**3.1.1** L'Office AI Berne considère que les expertises, impliquant une évaluation bidisciplinaire, organisées selon la demande du TA et actualisées à plusieurs reprises, s'avèrent probante et que la capacité de travail de 75% (à tout le moins) qu'elles retiennent n'a été remise en question par aucun des arguments ou preuves présentés par la recourante, notamment en ce qui concerne le volet rhumatologique et l'existence prétendue d'une polyarthrite rhumatoïde. Il a également indiqué qu'au vu de l'absence de diagnostic psychiatrique avec effet sur la capacité de travail et, quoi qu'il en soit, en raison de motifs d'exclusion, il n'était pas nécessaire de procéder à une analyse selon les indicateurs mis en place par la jurisprudence.

**3.1.2** La recourante fait valoir que l'expertise bidisciplinaire sur laquelle se base l'Office AI Berne s'avère insuffisamment probante pour servir de base de décision, compte tenu de son ancienneté, de sa réalisation par des experts partiels et du fait que le volet rhumatologique émane d'un médecin ne pratiquant plus depuis 2009, qui a émis un avis en contradiction totale avec tous les autres avis médicaux au dossier. Par ailleurs, elle conteste que l'on puisse retenir seulement un rendement diminué de 25% et considère que le calcul du degré d'invalidité de l'Office AI Berne devrait à tout le moins atteindre 40%.

**3.2** Le TA a annulé la décision rendue par l'Office AI Berne le 4 juin 2013. En l'absence dès lors de toute décision matérielle entrée en force depuis la demande de prestations AI, déposée à l'agence AVS communale (organe compétent en matière d'AI) le 29 janvier 2012 et reçue par l'intimé le 1<sup>er</sup> février 2012, il s'agit d'examiner si un droit aux prestations, plus spécifiquement à une rente AI (selon l'objet de la contestation et du litige),

a pu naître du fait de la demande introduite le 29 janvier 2012 (art. 29 LPGA) jusqu'à la date de la décision attaquée, soit le 12 avril 2019 (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1).

#### **4.**

Les faits pertinents suivants ressortent du dossier.

**4.1** Dans son jugement de 2014, le TA avait en substance jugé qu'un statut mixte, à savoir 50% d'activité lucrative et 50% d'activité ménagère, avait été retenu à tort par l'Office AI Berne et que la recourante devait être qualifiée de personne exerçant une activité lucrative à 100% (JTA précité c. 4.4). Par ailleurs, il avait également jugé que l'instruction de la situation médicale n'était pas suffisante pour pouvoir trancher en toute connaissance de cause l'atteinte à la santé existante et le degré d'invalidité qui en résultaient, raison pour laquelle il avait annulé la décision attaquée et renvoyé la cause à l'Office AI Berne pour instruction médicale complémentaire.

**4.2** A réception du JTA précité, l'Office AI Berne a organisé une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique).

**4.2.1** Suite à son examen personnel de la recourante le 10 mars 2015, l'expert psychiatre a diagnostiqué, sans effet sur la capacité de travail, un trouble somatoforme douloureux (ch. F45.4 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), des difficultés familiales (CIM-10 Z63) et des problèmes financiers (CIM-10 Z59). Concernant la capacité de travail, il a indiqué qu'elle avait toujours été entière.

**4.2.2** Après un examen personnel de la recourante le 18 février 2015, l'expert en rhumatologie a mentionné une première opération chirurgicale des cervicales intervenue le 16 février 2013, de même que la prochaine réalisation d'une seconde intervention chirurgicale. Tout en indiquant que les plaintes exprimées ne correspondaient pas à des substrats somatiques, il a retenu le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de syndrome

cervical et syndrome douloureux lombo-sacro-spondylogène avec irradiation vers le postérieur. Sans effet sur la capacité de travail, il a indiqué les diagnostics de fibromyalgie étendue (douleurs myo-fasciocutanées), de status après fracture multiple de l'omoplate droite le 21 novembre 2004 et pseudo-arthrose, de status après traumatisme crano-cérébral le 21 novembre 2004, de douleurs plantaires du côté gauche, de synovite des tendons des doigts II-IV du côté droit, de mâchoire enflée en train d'être explorée et, finalement, de status après cholécystectomie. Concernant la capacité de travail, l'expert en rhumatologie l'a estimée entre six ou six heures et demie par jour, soit une incapacité de travail de l'ordre de 25% comprenant la perte de rendement. Quant au profil, l'expert a retenu un travail léger permettant des changements de position fréquents avec port de charge de 10 kg au maximum et il a encore fait savoir que ses conclusions devaient être revues après l'opération prévue.

**4.2.3** Dans leur consilium commun, les experts ont retenu une incapacité de travail reposant sur l'aspect rhumatologique et indiqué qu'il n'avait jamais existé d'incapacité de travail reposant sur une atteinte psychiatrique. L'incapacité de travail a ainsi été estimée à 25%, mais devait être réexaminée après l'opération prévue, dans la mesure où ses conséquences et bénéfices visés apparaissent incertains.

**4.3** Après l'envoi d'un préavis lui niant tout droit à une rente de l'AI le 23 novembre 2015, la recourante a protesté en décembre 2015 et indiqué que l'opération du dos intervenue le 18 août 2015, sous la forme d'une décompression L3/L4 des deux côtés et d'une spondylodèse dorsale L4/L5 selon les rapports d'août à novembre 2015 rédigés par le chirurgien orthopédique opérant et transmis le 6 janvier 2016 par l'assurance perte de gain en cas de maladie, avait péjoré sa situation médicale. L'Office AI Berne a alors, après avoir encore reçu une (nouvelle) demande de prestations AI complétée par la recourante et envoyée par l'assurance perte de gain de son employeur le 6 janvier 2016, requis une prise de position de son SMR, qui a répondu le 10 février 2016 par un spécialiste en médecine interne qu'il existait une incapacité totale de travail entre le

18 août 2015 et le 31 décembre 2015, puis que la capacité de travail correspondait à ce qu'avait décrit l'expert rhumatologue.

**4.4** A l'appui de ses objections du 15 septembre 2016 contre le second préavis de l'Office AI Berne, daté du 25 juillet 2016, la recourante a produit différents rapports médicaux. Il ressort ainsi d'un certificat de son psychiatre traitant du 24 août 2016 l'existence d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 F32.2) et le rhumatologue traitant s'est quant à lui référé à un rapport rédigé par un confrère en décembre 2015 pour diagnostiquer une polyarthrite rhumatoïde séropositive. Par la suite, l'Office AI Berne a reçu le rapport rédigé le 29 décembre 2016 à la suite d'un consilium au sein d'un hôpital universitaire duquel il ressort le diagnostic principal de syndrome douloureux chronique (de type fibromyalgique) et les atteintes secondaires de syndrome douloureux de la péri-hanche droite et de raccourcissement des ischio-jambiers. L'Office AI Berne a alors requis, sur conseil de son SMR, une nouvelle expertise bidisciplinaire de suivi ("évolutive") auprès des mêmes experts, qu'il a reçue le 20 juillet 2017.

**4.4.1** Sur le plan psychiatrique, l'expert psychiatre a diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux (CIM-10 F45.4), des problèmes financiers, une résiliation du contrat de travail et un résultat négatif reçu de la part de l'Office AI Berne en novembre 2015 (CIM-10 Z59), ainsi que des troubles de l'adaptation ou une réaction dépressive de longue durée (CIM-10 F43.21). Il a estimé que la capacité de travail n'avait jamais été entamée par les atteintes psychiques.

**4.4.2** Sur le plan rhumatologique, l'expert rhumatologue a diagnostiqué un syndrome douloureux lombo-sacro-spondylogène avec irradiation vers le postérieur. Sans influence sur la capacité de travail, il a également relevé les diagnostics de fibromyalgie généralisée (douleurs myo-fascio-cutanée, panalgie non objectivable), un trouble douloureux chronique au niveau des cervicales, un status après fracture multiple de l'omoplate en 2004 et pseudo-arthrose, un status après traumatisme cranio-cérébral en 2004, des douleurs plantaires du côté gauche, une mâchoire enflée encore en train d'être explorée et un status après cholécystectomie intervenue en 2011. Quant à la capacité de travail, l'expert en rhumatologie l'a estimée à 80%

dans la dernière activité exercée, et à 90% dans une activité légère adaptée.

**4.4.3** Dans leur consilium du 13 juillet 2017, les experts ont considéré qu'il existait une incapacité de travail de l'ordre de 10% dans une activité légère adaptée, liée aux atteintes organiques rhumatologiques et que la réapparition des douleurs, pas immédiatement après l'opération d'août 2015 mais peu après, pouvait s'expliquer par le processus de cicatrisation post-opératoire ou par un regain du syndrome douloureux chronique.

**4.5** A l'appui de ses observations du 22 décembre 2017 formulées contre le troisième préavis de l'Office AI Berne du 17 novembre 2017, la recourante a présenté un rapport de son rhumatologue traitant attestant la présence d'une polyarthrite rhumatoïde, cette fois séronégative, ainsi qu'un rapport médical du 31 octobre 2017 du chirurgien orthopédique qui l'avait opérée en août 2015 et qui a indiqué le diagnostic de lombo-radiculopathie chronique avec douleur au fessier du côté gauche et une légère faiblesse du pied gauche, et un status après décompression L3/L4 et L4/5 et spondylodèse L4/L5 réalisées le 18 août 2015 dans le cadre d'un syndrome douloureux et des troubles dégénératifs, ainsi qu'une polyarthrite séropositive prouvée. L'Office AI Berne a alors requis de l'expert en rhumatologie une prise de position relative aux derniers rapports médicaux, ce qui a été le cas par complément d'expertise du 24 janvier 2018, dans lequel l'expert a maintenu ses diagnostics et exposé que l'explication subsidiaire apportée par le chirurgien orthopédique, à savoir l'existence d'un trouble de la douleur, semblait plus adéquate, de même qu'il a réfuté l'existence d'une polyarthrite rhumatoïde en se basant sur ses constats personnels et sur le rapport de l'hôpital universitaire.

**4.6** Le 14 mars 2018, la recourante a fait parvenir à l'Office AI Berne un rapport radiologique faisant état d'un canal lombaire étroit en L3/L4 en rapport avec un débord discal global circonférentiel et une hernie discale postérieure à base large comprimant dans les récessus les émergentes L4 bilatéralement, avec pour conséquence un rétrécissement canalaire. Le même rapport mentionnait également une compression dans le foramen gauche de la racine L3 gauche, de même que des arthrodèses au niveau L4/L5 et L5/S1. Le 8 juin 2018, différents rapports médicaux ont été

adressés à l'Office AI Berne, dont notamment un rapport du rhumatologue traitant rappelant le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde atypique. Par ailleurs, il était rapporté l'existence de différentes douleurs au dos, à la hanche et au genou gauche, ainsi que plusieurs atteintes de type ORL (dont notamment l'ablation de la glande submandibulaire gauche). Des examens de gastro-entérologie se sont avérés normaux. Le 28 août 2018, l'expert rhumatologue a une nouvelle fois pris position en insistant sur le fait que l'échec des traitements médicamenteux mis en place par le rhumatologue traitant s'expliquait par l'absence d'arthrite rhumatoïde et le diagnostic de fibromyalgie. Concernant la problématique dorsale mise en évidence par l'IRM réalisée en janvier 2018, l'expert en rhumatologie a indiqué qu'il ne pouvait objectiver aucun élément nouveau et a mentionné qu'il y avait lieu de prendre en compte la problématique fibromyalgique existante avant d'envisager une opération. Quant aux éléments ORL et gastro-entérologiques, ils ne jouent aucun rôle en ce qui concerne la capacité de travail. En conclusion, il a indiqué que son expertise de juin 2017 conservait toute sa valeur.

**4.7** A l'appui de son recours, la recourante a produit différents rapports médicaux, dont celui du rhumatologue traitant qui a rappelé le 24 avril 2019 l'existence d'une polyarthrite rhumatoïde séronégative. Par ailleurs, les rapports d'une IRM réalisée le 1<sup>er</sup> avril et radiologiques du 1<sup>er</sup> mai 2019 ont recensé l'absence d'anomalie abdominale et un aspect normal des hanches. La recourante a également fait connaître son hospitalisation du 1<sup>er</sup> au 8 mai 2019 en raison de coxalgie avec lombo-cruralgie sur hernie discale L2 droite, hospitalisation qui l'a conduite à consulter un neurochirurgien le 9 mai 2019. Finalement, elle a encore transmis au TA deux rapports médicaux faisant état d'une opération de la colonne vertébrale intervenue le 20 mai 2020.

## **5.**

Il convient d'examiner la valeur probante des expertises bidisciplinaires, en insistant principalement sur la plus récente, qui a également fait l'objet de complément à deux reprises sur le plan rhumatologique.

**5.1** 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).

**5.2** Sur le plan formel, les expertises bidisciplinaires au dossier répondent aux exigences posées par la jurisprudence dans la mesure où elles reposent sur un examen personnel de la recourante, ont pris en compte ses plaintes subjectives, son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle), ainsi que les documents médicaux produits. Les résultats ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance du dossier et les conclusions sont par ailleurs détaillées, étayées et ne laissent pas apparaître d'élément permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise, ce qui n'est du reste pas contesté par la recourante. Toujours sur le plan formel, il faut également constater que le rapport de la seconde expertise psychiatrique du 13 juillet 2017 contient les éléments nécessaires à l'évaluation structurée selon l'ATF 141 V 281 (voir ci-avant c. 2.3 et ci-après c. 6.1.2), ainsi que requis dans le recours, la recourante ne contestant d'ailleurs nullement le volet psychiatrique de cette expertise bidisciplinaire. Par contre, celle-ci conteste l'impartialité des experts lors de la seconde expertise bidisciplinaire réalisée en 2017, motif donné qu'ils avaient déjà procédé à une expertise en 2015 et que la recourante avait perdu toute confiance en eux, notamment eu égard à certaines phrases qu'ils auraient prononcées. Par ailleurs, la recourante remet en question les compétences professionnelles de l'expert rhumatologue, qui ne figure pas ou plus sur la liste des experts externes publiée par l'Office AI Berne et à propos duquel elle peine à trouver renseignements.

**5.2.1** Concernant le premier grief, la recourante avait certes contesté que la deuxième expertise bidisciplinaire soit à nouveau confiée aux experts

ayant déjà rédigé la première expertise en 2015. Elle avait ainsi fait valoir dans son courrier du 8 mars 2017 que les deux experts avaient exprimé des réflexions de façon peu respectueuse et qu'elle avait l'impression que leur seul but était de prouver et de confirmer l'absence d'incapacité de travail (voir dos. AI 101). Toutefois, suite à ce courrier, l'Office AI Berne avait rendu une décision le 24 avril 2017 confirmant la désignation des experts précités en exposant que cette expertise qualifiée d'"évolutive" n'avait pas pour vocation de permettre aux experts de s'exprimer sur l'expertise précédente. Cette décision, sujette à recours, n'a pas été contestée par la recourante. A noter encore que les propos (qui l'ont choquée) qu'elle a rapportés par l'intermédiaire de son avocate d'alors n'ont plus du tout été invoqués dans le cadre de la présente procédure et qu'elle n'avance plus les griefs précis en question au stade du recours. En tout état de cause, le fait que les deux experts, lors de la première expertise réalisée en 2015, étaient arrivés à un résultat excluant une rente n'est pas un motif faisant douter de leur objectivité (ATF 132 V 93 c. 7.2.2; SVR 2017 IV n° 27 c. 5.2, 2013 IV n° 30 c. 5.3.2).

**5.2.2** Quant aux compétences médicales de l'expert rhumatologue, il appert, selon les informations données par l'Office AI Berne qu'il est décédé au cours du printemps 2019, raison pour laquelle il n'est plus présent sur la liste des experts externes. Par ailleurs, le fait allégué qu'il ne pratiquait plus la médecine dans le canton de Berne depuis 2009 ne constituait pas un obstacle à un fonctionnement en tant qu'expert, étant également précisé à ce stade qu'il appartenait à la recourante de contester les capacités de l'expert au moment de sa désignation, ce qu'elle n'a pas fait (voir ci-avant c. 5.2.1).

### **5.3**

**5.3.1** Sur le plan matériel, l'expert psychiatre, se référant aux faits postérieurs à sa précédente expertise de 2015, a indiqué que le préavis de refus de rente de novembre 2015 avait impliqué un nouveau traitement psychiatrique (un tel traitement ayant déjà été suivi en 2010 dans le contexte de l'appréhension de l'examen du permis de conduire), mais qu'avec le temps, la recourante s'était ressaisie et qu'il constatait qu'elle n'était plus accablée d'idées suicidaires, avait un bon appétit, parvenait à

se conformer à une certaine structure quotidienne, entretenait certaines relations sociales, avait repris contact avec sa mère, s'était fait tatouer les initiales de son fils sur son bras gauche en 2016 et qu'à plusieurs reprises pendant l'examen, son humeur s'était améliorée. Il a également recensé plusieurs facteurs étrangers à l'invalidité défavorables, à savoir une longue période d'incapacité de travail, la fin des indemnités journalières après l'opération d'août 2015, la résiliation du contrat de travail, le manque de motivation à reprendre une activité professionnelle ou encore l'âge.

**5.3.2** L'expert psychiatre a également spécifiquement pris position sur le rapport médical du psychiatre traitant du 24 août 2016 (voir ci-avant c. 4.4) en indiquant que plusieurs des symptômes mis en évidence par ce médecin ne correspondaient pas à ses propres observations, en particulier la perte de poids retenue s'avérant fausse et contraire à la réalité.

**5.3.3** Finalement, l'expert a procédé à un examen selon les indicateurs et a conclu à l'absence de toute atteinte invalidante à la santé sur le plan psychiatrique. Il a ainsi considéré que la recourante présentait certaines caractéristiques (*Hinweise*) parlant en faveur de l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, tout en précisant que l'ensemble des éléments nécessaires à ce diagnostic n'était pas réuni. L'expert a également indiqué le résultat partiellement positif du traitement psychiatrique débuté en décembre 2015, de même que l'absence de comorbidité sur le plan psychiatrique dès lors qu'une dépression réactive est réversible. L'expert psychiatre a également décrit la recourante comme sachant évaluer la réalité et maîtrisant sa capacité de jugement et ses impulsions, étant toutefois précisé un affect pas optimal, à l'inverse de l'intentionnalité, complètement maîtrisée. Soulignant encore l'absence totale de trouble de la personnalité, il a encore indiqué la présence de nombreux contacts sociaux et familiaux, ou encore un niveau d'activité presque normal, à l'exception d'une réduction dans le domaine du travail. Finalement, l'expert psychiatre a souligné l'absence d'effort de réadaptation professionnelle, un bénéfice secondaire lié à la maladie et une différence entre la description subjective des douleurs et le comportement, tout en précisant que son collègue rhumatologue estimait que la tendance à l'exagération était moindre par rapport à la dernière expertise.

**5.3.4** Sur le vu de ce qui précède, le TA ne voit pas de raisons de remettre en question les conclusions du volet psychiatrique de l'expertise bidisciplinaire réalisée en 2017, à l'instar du reste de la recourante, qui n'a pas contesté les conclusions du volet psychiatrique de cette expertise.

**5.4** Matériellement, sur le plan rhumatologique, il ressort ce qui suit de la seconde expertise et de ses compléments.

**5.4.1** L'expert rhumatologue a tout d'abord indiqué qu'il n'existait pas de grande modification depuis sa dernière expertise, en ce sens que la panalgie d'ordre fibromyalgique dominait, de même qu'existait un trouble de la douleur inexplicable. Pour arriver à ce résultat, il a mis en évidence une douleur diffuse (*Schmerzen vom Kopf bis Fuss*) et difficile à cerner ou à individualiser, de même que l'absence totale d'indication pour une maladie rhumatologique (pas de déformation des articulations ou de synovite). A noter encore que l'expert rhumatologue a constaté dans l'anamnèse personnelle que les douleurs existant avant l'opération précitée du dos n'avaient pas changé ou évolué et que les douleurs depuis lors avaient tendance à croître, ce qui tendrait à accréditer la thèse d'un trouble de la douleur plutôt qu'une atteinte somatique. L'expert a encore pu préciser que la recourante lui donnait une impression de dysthymie et a surtout indiqué que les réponses ne correspondaient pas toujours au dossier et se révélaient même parfois contradictoires, notamment en ce qui concerne la localisation de la douleur, étant également répertoriée une sensibilité à la douleur encore plus marquée qu'en 2015.

**5.4.2** L'expert rhumatologue s'est par ailleurs prononcé sur les autres avis médicaux au dossier et les a réfutés de manière convaincante, notamment en ce qui concerne le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde. Contrairement à ce que prétendent le rhumatologue traitant et la recourante, il est en effet difficile de comprendre l'avis de l'hôpital universitaire (voir ci-avant c. 4.4) comme confirmant le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde, à tout le moins sous sa forme séropositive, dès lors que les médecins de ce centre ont bien davantage insisté sur le diagnostic de trouble de la douleur. Du reste, le rhumatologue traitant a fait évoluer son diagnostic dans la mesure où l'arthrite rhumatoïde qualifiée dans un premier temps de séropositive (voir ci-avant c. 4.4) est devenue séronégative dans un second temps (voir ci-

avant c. 4.5). Par ailleurs, le fait que ce diagnostic ait été mentionné par d'autres médecins au dossier ne signifie pas qu'il ait été soigneusement vérifié et non simplement repris tel quel. En tout état de cause, l'expert rhumatologue est formel dans ses compléments (notamment celui du 24 janvier 2018), au vu de ses constats en 2017, en ce sens que s'il existait, par hypothèse, une arthrite rhumatoïde (séronégative), il n'y aurait de toute façon pas de modifications structurelles susceptibles de conduire à une incapacité de travail. C'est également le lieu de préciser que la jurisprudence du TA citée par la recourante (JTA AI/2014/26 du 6 janvier 2014), et sur la base de laquelle elle avait prétendu dans la procédure en question à une instruction complémentaire, partait d'une autre constellation, dès lors qu'un médecin avait préconisé la réalisation d'une IRM ou d'une scintigraphie supplémentaire pour pouvoir se prononcer sur l'éventuelle existence d'une arthrite rhumatoïde. L'absence de cet examen avait conduit le TA à admettre le recours et à renvoyer la cause à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire. Toutefois, après que l'Office AI Berne eut procédé au dit examen, un nouveau recours a été adressé au TA et il est apparu qu'un tel examen n'apportait finalement, en tant que tel, pas véritablement d'indications quant à l'existence d'une telle maladie (JTA AI/2017/455 du 16 novembre 2018 c. 4 et 5), dans la mesure où ce sont les signes cliniques qui s'avèrent déterminants en cas d'arthrite rhumatoïde séronégative, des signes qui ne sont pas présents en l'espèce chez la recourante, à l'exception des allégations de la recourante concernant une certaine raideur matinale.

**5.4.3** Quant aux autres documents médicaux présentés par la recourante (voir ci-avant c. 4.6), l'expert rhumatologue a pris position de manière convaincante à leur propos en énonçant qu'un rapport d'imagerie médicale ne se révèle pas déterminant en tant que tel pour déterminer, sans même une comparaison avec un état antérieur, une éventuelle indication opératoire; un tel rapport IRM doit bien davantage être complété par un examen clinique. Par ailleurs, il a pu énoncer de manière convaincante que les atteintes ORL et gastroentérologiques ne jouaient aucun rôle sur le plan de la capacité de travail, ce qui ne semble pas être contesté par la recourante.

**5.5** Les nouveaux rapports médicaux joints au recours (voir ci-avant c. 4.7) concernent pour la plupart des états postérieurs à la date de la décision attaquée, dont notamment ceux en relation avec l'atteinte à la jambe droite de la recourante (ainsi par exemple la PJ 9 du recours, faisant état d'une hospitalisation du 1<sup>er</sup> au 8 mai 2019, de même que la PJ 11 rapportant une consultation auprès d'un spécialiste de chirurgie spinale du 9 mai 2019 [et mentionnant une recrudescence des douleurs depuis dix jours], ou encore la PJ 10, décrivant, le 13 mai 2019, la réussite d'un traitement relatif à un état après fracture de la tête radiale droite Mason 1, alors que la décision attaquée est datée du 12 avril 2019), si bien qu'il ne peut en être tenu compte à ce stade, le juge des assurances sociales appréciant la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). Il en va de même des nouveaux rapports médicaux présentés en septembre 2020 et faisant état d'une opération de la colonne vertébrale intervenue en mai 2020, ceux-ci concernant manifestement des faits (très) postérieurs à la date de la décision attaquée (12 avril 2019). Il est ainsi tout au plus loisible à la recourante d'introduire une nouvelle demande de rente auprès de l'Office AI Berne en établissant de façon plausible que sa situation médicale s'est péjorée (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Quant aux autres documents médicaux présentés à l'appui du recours, susceptibles d'informer sur la situation ayant prévalu jusqu'à la décision, ils ne permettent pas non plus de remettre en question les conclusions de l'expertise bidisciplinaire précitée. En effet, à titre d'exemple, le rapport médical du 24 avril 2019 du rhumatologue traitant de la recourante ne fait que rappeler son diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative et, en plus, précise expressément que le diagnostic est maintenu "malgré l'absence de marqueurs immunorhumatologiques spécifiques", ce qui tend à indiquer qu'il n'est pas absolument catégorique concernant son diagnostic.

**5.6** Sur le vu de ce qui précède, la seconde expertise bidisciplinaire (avec les compléments apportés par l'expert rhumatologue) se révèle probante. Il appert donc que la situation n'a pas véritablement changé depuis l'expertise de 2015 (qui concluait à une incapacité de travail y compris perte de rendement, dans le dernier emploi, mais aussi pour une

activité adaptée, de grosso modo 25%) et que l'incapacité de travail médico-théorique, uniquement somatique, est désormais évaluée à 10% dans une activité idéalement adaptée (légère et avec des positions alternées, de même que pour le ménage) et à 20% dans l'ancien emploi, qui n'est cependant plus disponible. D'autres mesures d'instruction sont superflues.

## 6.

**6.1** L'Office AI Berne n'a pas remis en question l'appréciation de la capacité de travail effectuée par les experts. Sous l'angle juridique, on doit toutefois nuancer son avis lorsqu'il fait valoir que l'appréciation structurée de la capacité de travail sur le plan psychiatrique n'est pas nécessaire en raison précisément de l'absence d'incapacité de travail attestée. En effet, une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI 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, qui ont trop peu été pris en considération en pratique. 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 127 V 294 c. 5a). Partant, dans une telle situation, un droit à une rente doit être exclu, même si les critères de classification d'un trouble psychique sont réalisés (cpr. art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA). 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 symétrique 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).

**6.2** En l'occurrence, si l'expert psychiatre est arrivé à une absence de diagnostic psychiatrique invalidant, c'est précisément parce qu'il a proposé une évaluation de la situation de la recourante comprenant les deux niveaux de l'analyse structurée juridique énoncée ci-dessus, et cette proposition doit, justement selon la jurisprudence, être vérifiée, sur le plan juridique, par les organes d'application de l'AI. En l'espèce, il n'a pas été renoncé à la procédure probatoire structurée (voir notamment les questions posées aux experts). Du reste, dans sa réponse du 28 juin 2019, l'Office AI Berne a tout de même expliqué, à titre subsidiaire, que même si l'on procédait au contrôle de l'analyse structurée, les signes d'exagération permettraient déjà d'exclure le caractère invalidant des atteintes psychiques au premier niveau. Même si cet avis devait être remis en doute, l'analyse au second niveau des indicateurs effectuée par l'expert psychiatre, qui n'a pas été aussi catégorique que l'intimé dans son rapport dans la mesure où il a admis une certaine gravité du trouble de la douleur diagnostiqué, s'avèrerait en tout état de cause correcte et convaincante, notamment sur le plan des ressources encore présentes chez la recourante ou encore de l'absence de retrait social marqué. Rien n'autoriserait à s'en écarter. C'est le lieu de noter qu'une enquête à domicile, effectuée le 20 février 2019 dans le cadre d'une demande d'allocation pour impotent introduite par la recourante en avril 2018 et rejetée le 27 juin 2019, a également pu mettre en évidence l'existence de contacts sociaux (avec la belle-sœur de la recourante, son troisième fils ou encore des voisins et le concierge de son immeuble), de même que l'existence de ressources, lui permettant par exemple d'aller faire des courses ou de se procurer des médicaments.

**6.3** Sur le vu de ce qui précède, l'appréciation médicale de la capacité de travail de la recourante résultant de la proposition des experts peut être confirmée sur le plan juridique.

## 7.

**7.1** Pour évaluer le taux d'invalidité de la recourante, le revenu qu'elle aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus 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; SVR 2019 BVG n° 16 c. 4.4.2). 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. 4.1.3, 129 V 222).

**7.2** C'est à juste titre que l'Office AI Berne s'est référé aux tables statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFS; statistiques également disponibles en ligne) pour déterminer le revenu hypothétique sans invalidité. La règle générale voudrait certes que l'on se base sur le dernier salaire gagné par l'assurée (ATF 145 V 141 c. 5.2.1, 134 V 322 c. 4.1). Toutefois, en l'espèce, comme le dernier emploi a été quitté ou perdu du fait d'une incapacité de travail subjective, qui n'a pas été confirmée par l'appréciation médicale subséquente (voir résultat de l'expertise et ci-avant

c. 5.6), la référence à des données statistiques en corrélation avec les circonstances personnelles et professionnelles dans le cas concret se justifie (TF 8C\_80/2014 du 11 juillet 2014 c. 4.2). En tablant sur les statistiques correspondant à l'année à partir de laquelle la recourante pourrait prétendre à une rente d'invalidité, soit 2012 (plus précisément dès le 1<sup>er</sup> juillet 2012: voir ci-avant c. 3.2 et l'art. 29 al. 1 et 3 LAI [délai de carence de 6 mois dès l'introduction de la demande]), l'Office AI Berne est parti du montant réalisable par une femme dans une activité simple et répétitive dans la branche de la métallurgie et la fabrication de produits métalliques, à savoir Fr. 4'209.- (table ESS 2012 TA1 tirage\_skill\_level, femmes, niveau de compétence 1, branches 24-25), puis a augmenté ce chiffre en fonction de la durée normale du travail dans les entreprises (table DNT), à savoir 41,4 heures pour les branches 24-25 (les données ESS sont calculées en fonction d'un horaire standardisé de 40 heures par semaine), pour arriver à un résultat de Fr. 52'276.- (Fr. 4'209.- x 12 mois / 40 heures x 41,4 heures). A noter que le revenu en 2012, à temps plein, de la dernière activité lucrative exercée à 52,5% est très proche de ce chiffre, soit Fr. 53'139.- (Fr. 2'146.- x 13 [mois] x 100 / 52,5 [taux de travail exercé]; voir dos. AI 8/3).

**7.3** Selon la jurisprudence, l'évaluation du revenu d'invalidé se fonde en principe sur l'ESS, si, 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 (ATF 143 V 295 c. 2.2; SVR 2019 IV n° 28 c. 5.1.3).

**7.3.1** C'est dès lors à raison que l'Office AI Berne est parti de ces données, notamment du montant réalisable par une femme dans une activité simple et répétitive (en se basant sur le profil d'exigibilité défini par les experts), à savoir Fr. 4'112.- (table ESS 2012 TA1 tirage\_skill\_level, femmes, niveau de compétence 1, valeur "Total"), puis a adapté ce chiffre en fonction de la table DNT en 2012, à savoir 41,7 heures (rubrique "Total"). En tenant compte d'une diminution de la capacité de travail médicale de 25%, il a abouti à un revenu avec invalidité de Fr. 38'580.85 (soit Fr. 4'112.- x 12 mois / 40 heures x 41,7 heures x 75%). Il faut relever que, généreusement, l'Office AI Berne s'en est tenu à l'évaluation de

l'incapacité de travail, y compris perte de rendement, de la première expertise 2015 et non à celles de 10 à 20% évaluée dans l'expertise de suivi bien que cette dernière constate aussi que la situation n'avait pas véritablement changé.

**7.3.2** Se pose ensuite la question d'un éventuel abattement à appliquer sur le revenu d'invalidité. Il faut en effet tenir compte du fait que le travailleur invalide, lorsqu'il accomplit un travail non qualifié, reçoit en règle générale, même sur un marché du travail équilibré, un salaire inférieur à celui d'un salarié valide (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3). 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 2018 IV n° 46 c. 3.3). Il est à noter que les restrictions de santé déjà intégrées dans l'évaluation de la capacité de travail au plan médical ne peuvent être également prises en compte dans la fixation de l'abattement lié au handicap, sous peine de donner lieu à une double comptabilisation du même aspect (TF 8C\_378/2019 du 18 décembre 2019 c. 4.1; SVR 2018 IV n° 45 c. 2.2).

En l'espèce, l'Office AI Berne a retenu l'existence d'un abattement de l'ordre de 5% au titre de désavantage salarial. Rien ne justifie que le Tribunal intervienne en l'espèce dans le pouvoir d'appréciation de l'intimé. Cela vaut d'autant plus que l'incapacité de travail prise en compte pour le calcul du revenu avec invalidité, à savoir 25%, correspond à celle définie dans la première expertise qui mentionnait que ce taux couvrait tant la réduction d'horaire que la perte de rendement due au handicap (voir ci-avant c. 7.3.1). Le revenu avec invalidité se monte ainsi à Fr. 36'652.- (Fr. 38'580.85 x 95%).

**7.4** De la comparaison des revenus de valide et d'invalidité, avec un abattement de 5%, résulte une perte de gain de Fr. 15'624.- (Fr. 52'276.-

Fr. 36'625.-), ce qui engendre une invalidité de 30% (29,88% arrondis: ATF 130 V 121 c. 3.2 et 3.3), ce qui n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité.

**7.5** Il reste encore à examiner l'éventuel impact de l'incapacité de travail totale (ce qui débouche sur une invalidité de même degré) admise par l'expertise de 2017 pour la période de réhabilitation post-opératoire du 18 août au 31 décembre 2015 (dos. AI 113.1/9). C'est la seule période qui fait exception à l'incapacité de travail, notamment dans le dernier emploi (25% selon ce qui a été reconnu ci-avant et dont résulte une invalidité de 30%), qui a été attestée comme constante et ce, depuis apparemment 2009 (voir. dos. AI 113.1/25 et 66.1/17). Il découle de ces fluctuations que la condition d'une invalidité d'au moins 40%, nécessaire au droit à une rente (voir ci-avant c. 2.4: art. 28 al. 1 let. c LAI), n'a pu se réaliser que du 18 août au 31 décembre 2015, l'expert ayant précisé que dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016 la capacité de travail usuelle avait été recouvrée (dos. AI 113.1/6). Un tel droit est toutefois aussi soumis à la condition de l'échéance du délai d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI. La jurisprudence considère que le calcul de la moyenne d'au moins 40% doit s'appuyer sur une diminution de la capacité de travail (ininterrompue) d'au moins 20%, à considérer comme notable (VSI 1998 p. 126 c. 3c). Au cas d'espèce, selon la formule à appliquer ([a jours à 25% d'incapacité de travail] + [b jours à 100 % d'incapacité de travail] = 365 jours à 40 % au moins d'incapacité de travail; voir Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité [CIIAI] publiée par l'OFAS ch. 2017 et 2018 et annexe II CIIAI), la moyenne de 40% est atteinte après 292 jours à 25% (préalables) et 73 jours d'incapacité de travail à 100% depuis le 18 août 2015, à savoir le 30 octobre 2015. Ce jour-là, l'invalidité était bien de 100% mais le niveau de la rente à l'issue du délai d'attente dépend tant du degré d'incapacité de gain existant encore après échéance de ce délai que du taux d'incapacité de travail moyen donné pendant ce délai d'attente (ATF 121 V 264 c. 6; TF 9C\_900/2013 du 8 avril 2014 c. 6.). Selon cette jurisprudence, étant par ailleurs évident qu'à cette date la condition formelle de l'art. 29 LAI (délai de carence de 6 mois depuis le dépôt de la demande de prestations) est aussi remplie, la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2015 (naissance du droit le 30 octobre [art. 29 al. 3 LAI] et invalidité de 40% correspondant à la moyenne du délai d'attente [CIIAI

ch. 4001-4002]). Le droit à ce quart de rente a pris fin le 30 décembre 2015 puisque, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, l'incapacité de travail avait désormais retrouvé son niveau de 25% (et l'invalidité celui de 30%), donc pour une longue période, ainsi que l'expert l'a constaté, ce qui constitue un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA, qui s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif (ATF 131 V 164 c. 2.2, 125 V 413 c. 2d) et qui, au cas particulier, se répercute sans délai sur le droit à la rente (art. 88a al. 1 phr. 1 RAI). Compte tenu de cette amélioration, le degré d'invalidité de 100% qui prévalait le 30 octobre 2015 n'ayant pas subsisté pendant encore trois mois (art. 88a al. 2 RAI), il n'a pu justifier l'augmentation du quart de rente (résultant du taux moyen d'incapacité de travail pendant le délai d'attente) à une rente entière (voir ATF 121 V 264 c. 6b/dd et 7; TF I 632/05 du 25 octobre 2006 c. 4.5).

## **8.**

**8.1** Au vu de tout ce qui précède, la recourante a droit à un quart de rente du 1<sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2015. Le recours doit être (très) partiellement admis et la décision attaquée annulée dans cette mesure. L'intimé fera procéder au calcul du montant de ce quart de rente limité dans le temps. Pour le surplus, le recours doit être rejeté.

**8.2** Les frais (l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI déroge à l'art. 61 let.a LPGA) et dépens doivent par conséquent être liquidés, sous réserve de la requête d'assistance judiciaire, en fonction d'un gain partiel, qu'il y a lieu d'estimer à une part de 1/10<sup>ème</sup> (la recourante ayant conclu à l'octroi d'au moins un quart de rente depuis le 1<sup>er</sup> août 2012).

**8.2.1** Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont ainsi mis par Fr. 720.- à la charge de la recourante et par Fr. 80.- à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

**8.2.2** Assistée d'une avocate agissant à titre professionnel, la recourante a droit au remboursement de ses dépens selon l'étendue de son gain de cause devant le TA (art. 61 let. g LPGA; art. 104 al. 1 et 3 et art. 108 al. 3

LPJA). En l'espèce, puisque le recours n'est admis que très partiellement et sur un point qui n'a aucunement été soulevé par la recourante, une indemnité forfaitaire de Fr. 300.- lui est accordée (Fr. 270.- d'honoraires, Fr. 8.55 de débours et Fr. 21.45 de TVA). Pour le surplus, la recourante ne peut prétendre au remboursement de ses dépens.

**8.3** La recourante a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire (avec désignation de son avocate comme mandataire d'office).

**8.3.1** Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès. Aux mêmes conditions, une avocate ou un avocat peut en outre être désigné à une partie si les circonstances de fait et de droit le justifient (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

**8.3.2** En l'espèce, la recourante perçoit des prestations de l'aide sociale (voir pièce justificative [PJ] 13 du recours). Il est ainsi manifeste que la condition formelle de l'assistance judiciaire est réalisée. En ce qui concerne la condition matérielle posée pour une dispense des frais judiciaires, on ne saurait d'emblée déclarer que la cause était dépourvue de chances de succès (ATF 140 V 521 c. 9.1). Vu la complexité de la matière juridique et médicale, on ne peut par ailleurs nier le caractère justifié d'un mandataire professionnel devant le TA (ATF 103 V 46 c. 1b). La requête doit dès lors être admise et la recourante mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. Partant, les Fr. 720.- de frais de procédure mis à sa charge sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire et l'avocate qui a représenté la recourante durant la présente procédure est désignée en qualité de mandataire d'office.

**8.3.3** La note d'honoraires du 17 juillet 2019 fait état d'un montant de Fr. 1'903.70 (Fr. 1'641.60 d'honoraires, de Fr. 126.- de débours et de Fr. 136.10 de TVA au taux de 7.7%). Elle ne prête pas à discussion compte tenu de l'importance et de la complexité objectives de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables. Sous

déduction de la part de gain de cause partiel, les honoraires peuvent être taxés à Fr. 1'371.60 (5,08 h. à Fr. 270.-) auxquels s'ajoutent Fr. 117.45 de débours et Fr. 114.65 de TVA. Eu égard à la jurisprudence du TF (ATF 132 I 201 c. 8.7) et à la part de gain partiel, la caisse du Tribunal versera la somme de Fr. 1'220.75 au titre du mandat d'office (Fr. 1'016.- d'honoraires [5,08 heures à Fr. 200.-], Fr. 117.45 de débours et Fr. 87.30 de TVA); voir aussi les art. 41 et 42 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11], l'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811] et l'ordonnance cantonale du 20 octobre 2010 sur la rémunération des avocats et avocates commis d'office [ORA, RSB 168.711]).

**8.3.4** La recourante doit en outre être rendue attentive à son obligation de remboursement si elle devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272]).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est partiellement admis et la décision attaquée est annulée dans la mesure où un quart de rente d'invalidité est accordé à la recourante du 1<sup>er</sup> octobre 2015 au 31 décembre 2015. L'intimé procédera au calcul et au versement de cette prestation en rendant la décision nécessaire. Pour le surplus, le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire est admise et Me B. \_\_\_\_\_ est désignée comme mandataire d'office.
3. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis par Fr. 720.- à la charge de la recourante et par Fr. 80.- à la charge de l'intimé. Il est renoncé à leur perception de la part de la recourante au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.

4. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 300.- (débours et TVA compris) au titre de participation à ses dépens pour la présente procédure. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens.
5. Les honoraires de Me B.\_\_\_\_\_, dans la mesure où la recourante n'obtient pas gain de cause, sont taxés à Fr. 1'371.60, auxquels s'ajoutent Fr. 117.45 de débours et la TVA; la caisse du Tribunal lui versera la somme de Fr. 1'220.75 (honoraires: Fr. 1'016.-, débours: Fr. 117.45 et TVA: Fr. 87.30) au titre du mandat d'office. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
6. Le présent jugement est notifié (R):
  - à la mandataire de 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).