

**200.2020.212.AI**  
N° AVS  
DEJ/EGC

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

**Jugement du 16 mars 2022**

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président  
M. Moeckli et A.-F. Boillat, juges  
J. Desy, greffier

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

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 10 février 2020



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1976, mariée et mère de trois enfants (nés en 2001, 2011 et 2013), possède une formation certifiée de coiffeuse (CFC). En dernier lieu, elle a travaillé en tant qu'aide-soignante dans un home pour personnes âgées jusqu'en avril 2010. En août 2010, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en expliquant souffrir d'une hernie cervicale C5 opérée en 2007. L'Office AI Berne a alors recueilli les rapports du rhumatologue traitant, puis a diligenté une expertise neurologique et une enquête sur le ménage. Par décision du 10 juillet 2013, il a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité.

**B.**

Le 25 août 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI, datée du 14 août 2017, expliquant souffrir d'endométriose, de hernie discale cervicale et de polyarthrite rhumatoïde. L'Office AI Berne a recueilli des rapports médicaux du rhumatologue traitant, puis pris conseil auprès de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR). Sur avis de ce service, il a organisé une expertise pluridisciplinaire (rhumatologie, psychiatrie, médecine interne générale et chirurgie orthopédique), qui a eu lieu en juillet 2019. Le Service des enquêtes a ensuite mené une enquête sur le ménage et l'activité lucrative en novembre 2019. Par préavis du 20 décembre 2019, l'Office AI Berne a fait savoir à l'assurée qu'il envisageait de refuser l'octroi de toute rente AI. L'assurée s'est opposée à ce préavis le 10 janvier 2020. L'Office AI Berne a confirmé celui-ci dans une décision formelle du 10 février 2020.

**C.**

Par recours du 12 mars 2020, complété le 11 mai 2020, l'assurée, désormais représentée en procédure, a porté le litige devant le Tribunal

administratif du canton de Berne (TA). Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision rendue par l'Office AI Berne le 10 février 2020 et à la condamnation de cet office au versement des prestations légales; subsidiairement, au renvoi de sa cause à l'autorité précédente pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans son mémoire de réponse du 6 juillet 2020, auquel était joint un rapport complémentaire d'expertise, l'Office AI Berne a principalement conclu au rejet du recours et, subsidiairement, à l'admission du recours en vue d'une instruction médicale complémentaire auprès des experts et nouvelle décision, les frais de procédure devant en tout état de cause être mis à la charge de la recourante et aucune allocation de dépens ne lui étant accordée. Celle-ci a confirmé ses conclusions le 15 septembre 2020, précisant qu'elle se ralliait à la nécessité de procéder à une instruction complémentaire. Le 16 octobre 2020, son mandataire a produit une note d'honoraires.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI Berne du 10 février 2020 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et refuse toute rente d'invalidité à la recourante. L'objet du litige porte sur l'annulation de ladite décision et l'octroi d'une rente, ou, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sont principalement contestées l'évaluation de la capacité de travail effectuée par les experts et la prise en compte des empêchements rencontrés dans l'activité ménagère.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie

générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

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

## **2.**

**2.1** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (anc. art. 7 al. 1 LPGA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020; cf. art. 82a 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).

## **2.2**

**2.2.1** 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).

**2.2.2** Conformément à la volonté claire du législateur exprimée à l'art. 7 al. 2 LPGA, il y a lieu d'admettre en vertu d'une approche objective que la personne assurée est en principe valide (ATF 141 V 281 c. 3.7.2). 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). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, 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).

**2.3** 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.

**2.4** Selon la jurisprudence, le statut d'une personne assurée qui accomplit des tâches ménagères (personne exerçant une activité lucrative à temps complet, à temps partiel ou sans activité lucrative) ne dépend pas de l'activité qu'elle déployait avant son mariage; ce fait ne constitue qu'un indice. Il y a bien plus lieu de considérer les circonstances personnelles, familiales, sociales et professionnelles dans lesquelles la personne assurée se trouve impliquée, les éventuelles tâches éducatives et d'assistance en faveur des enfants, de même que l'âge, les capacités professionnelles, la formation, ainsi que les aspirations et les talents de la personne assurée. A cet égard, il faut se fonder sur l'expérience générale de la vie pour apprécier la situation concrète et les indications de la personne assurée (ATF 144 I 28 c. 2.3, 117 V 194 c. 3b; SVR 2019 IV n° 3 c. 5.1).

## **2.5**

**2.5.1** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente. La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable. C'est notamment le cas d'une amélioration de la capacité de travail en raison de l'accoutumance ou de l'adaptation au handicap. Un motif de révision est, selon les circonstances, également donné lorsqu'une autre manière d'évaluer l'invalidité trouve application ou en cas d'évolution dans les travaux habituels (ATF 144 I 103 c. 2.1, 141 V 9 c. 2.3; SVR 2018 UV n° 22 c. 2.2.1).

**2.5.2** Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce

changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI). Pour autant, à la différence de ce que prévoit l'art. 88a al. 1 RAI en cas d'amélioration de la capacité de gain, il n'est pas nécessaire que la modification, après qu'elle a duré trois mois sans interruption notable, perde probablement encore dans le futur. L'exigence légale d'une modification d'une certaine durée est en principe réalisée une fois le délai d'attente de trois mois arrivé à échéance (SVR 2017 IV n° 71 c. 2.3.1).

**2.6** 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).

**2.7** 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** Les thèses des parties sont les suivantes.

**3.1.1** Pour rendre la décision attaquée, l'Office AI Berne s'est basé, d'une part, sur l'expertise pluridisciplinaire réalisée en juillet 2019, afin de retenir que la recourante était capable d'exercer dès octobre 2017 une activité lucrative à 80% dans un emploi adapté. D'autre part, il s'est appuyé sur l'enquête économique sur le ménage réalisée au domicile de l'assurée, qui a mis en évidence un empêchement de 20.9% dans les activités ménagères. Le degré d'invalidité, compte tenu d'une répartition de 65% d'activité lucrative et 35% d'activité ménagère, a ainsi été fixé à 28%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Au stade de la réponse au recours, après avoir appris la survenance de deux opérations (arthrodèse sous-talienne) survenues en septembre et décembre 2019 et requis un complément d'expertise, l'Office AI Berne a considéré que cela pouvait justifier un renvoi par-devant lui pour instruction complémentaire et nouvelle décision pour la période à partir de septembre 2019.

**3.1.2** La recourante fait quant à elle valoir que la décision attaquée doit être annulée non seulement en raison des nouvelles atteintes à sa santé ayant engendré des opérations en septembre et décembre 2019, mais également en raison de l'évaluation erronée de la capacité de travail effectuée par les experts. Selon la recourante, cette évaluation ne tient notamment compte ni des opérations envisagées, ni du diagnostic de polyarthrite rhumatoïde admis, mais non discuté, et dont le traitement est pourtant jugé adéquat. Finalement, la recourante conteste encore les empêchements tels que retenus dans le rapport d'enquête économique sur le ménage, dans la mesure où, à son avis, ils sont clairement sous-évalués et ne prennent nullement en considération les difficultés rencontrées à la suite des nouvelles opérations, ainsi que le ressenti subjectif.

**3.2** En l'occurrence, l'Office AI Berne a accepté d'entrer en matière sur la seconde demande de rente déposée par la recourante en août 2017 (la première demande ayant été refusée par décision du 10 juillet 2013), si bien qu'il appartient également au TA d'examiner la présente cause au fond (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1). Il s'agit ainsi de déterminer si la recourante a présenté une modification de son état de santé avec répercussion sur sa capacité de travail entre la situation prévalant en 2013 et celle existant à la date de la décision attaquée, le 10 février 2020.

**3.3** On notera encore que, dans la mesure où l'Office AI Berne a conclu, subsidiairement, à l'admission du recours et au renvoi de la cause devant lui pour la période postérieure au mois de "septembre voire décembre 2019", il formule des conclusions concordantes avec celles de la recourante, à tout le moins pour cette dernière période. En l'état toutefois, il appartient au TA de procéder d'office au contrôle de ces conclusions concordantes, ce d'autant plus que la détérioration de l'état de santé de la recourante consécutive à l'opération du 19 décembre 2019 et justifiant ces conclusions, ne pourrait déployer ses effets juridiques qu'après une période de trois mois (voir art. 88a RAI), c'est-à-dire après la décision attaquée, qui a été rendue le 10 février 2020.

#### 4.

Il ressort du dossier les faits pertinents suivants.

**4.1** Pour rendre sa décision de refus de rente du 10 juillet 2013, l'Office AI Berne s'est principalement basé sur une expertise en neurochirurgie réalisée le 11 juin 2012, de laquelle il ressortait les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de syndrome douloureux chronique de la nuque avec une mauvaise position du rachis, des troubles dégénératifs des cervicales, un status après microdiscectomie et pose d'une prothèse en décembre 2007 et révision de cette prothèse intervenue en février 2011. Sans répercussion sur la capacité de travail, il était notamment mentionné un syndrome douloureux lombaire. Selon l'experte en neurochirurgie, les activités de coiffeuse et d'aide-soignante n'étaient plus exigibles, mais une activité légère avec possibilité de changer de position et ne sollicitant pas le rachis était possible à 100%, avec une diminution de rendement de 10%. Une enquête économique sur le ménage a également été organisée en mars 2013, de laquelle il est ressorti des empêchements de 7.25% dans les activités ménagères, ainsi qu'une répartition de 60% d'activité lucrative et 40% d'activité ménagère. Le taux d'invalidité se montait ainsi à 19%, excluant tout droit à une rente.

**4.2** Après avoir accepté d'examiner matériellement la nouvelle demande de rente AI déposée en août 2017, l'Office AI Berne a, à l'invitation d'un médecin de son SMR du 13 novembre 2018, organisé une expertise pluridisciplinaire, qui a eu lieu durant les mois de mai et juin 2019 et dont le rapport final a été rendu le 19 juillet 2019.

**4.2.1** L'experte en rhumatologie, après avoir examiné personnellement la recourante le 22 mai 2019, a diagnostiqué un syndrome SAPHO (Synovite, Acné, Pustulose palmo-plantaire, Hyperostose et Ostéite; depuis octobre 2017), des douleurs des chevilles/pieds des deux côtés sur impingement talo-fibulaire, fragments ostéochondraux libres, kystes arthro-synoviaux, enthésite (selon IRM des chevilles pratiquée en janvier 2018), des cervicalgies chroniques in status post-décompression, changement d'une prothèse Bryan C5-C6, mise en place d'une cage C6-C7 et spondylodèse C6-C7 pour hernie discale C6-C7 (opération du 22 mars 2011), status post-

microdiscectomie et mise en place d'une prothèse Bryan C5-C6 pour hernie discale C5-C6 (intervenue le 17 décembre 2007), des dorsalgies chroniques sur troubles dégénératifs étagés (discopathies étagées), des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs modérés (discopathie L4-L5) et une coxarthrose bilatérale débutante prédominant à droite. Quant à la capacité de travail, l'experte l'a considérée comme étant inexistante depuis octobre 2017 dans l'activité exercée jusqu'alors en raison des atteintes des pieds et du diagnostic de SAPHO, mais estimé qu'il existait a contrario une capacité de travail totale avec une perte de rendement de 20% (en raison des arthralgies et de la fatigue) dans une activité adaptée. Cette activité devait avoir lieu sans déplacement, sans station debout, sans efforts physiques, sans travaux répétitifs des articulations, sans port itératif de charges de plus de cinq kilos et dans un environnement tempéré.

**4.2.2** L'expert psychiatre s'est entretenu avec la recourante le 8 mai 2019, puis a retenu, à titre de seul diagnostic, un épisode dépressif léger avec syndrome somatique (ch. F32.01 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]). Sur le plan de la capacité de travail, il a évalué que celle-ci était complète jusqu'en janvier 2018, puis inexistante jusqu'au mois d'avril 2018 en raison d'une fatigabilité, de troubles de la concentration et d'idées suicidaires limitant les contacts sociaux. Selon l'expert psychiatre, la capacité de travail était à nouveau totale depuis mai 2018.

**4.2.3** L'expert en médecine interne générale a examiné la recourante le 8 mai 2019. Il n'a pas recensé de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, mais a relevé un surpoids (BMI à 28,3), un status post-amygdalectomie, un status post-hystérectomie, une endométriose avec status post-exérèse d'un nodule intramusculaire de la paroi abdominale et un status post-exérèse de cinq naevi des cuisses. Sur le plan de la médecine interne générale, il a estimé que la capacité de travail était entière.

**4.2.4** L'expert en orthopédie a personnellement examiné la recourante le 22 mai 2019. Dans son rapport, il a retenu les diagnostics de cervicalgies et déficit fonctionnel du rachis cervical avec hernie discale C5-C6 ayant

débuté en 2004, un status après microdiscectomie et implantation d'une prothèse de Bryan C5-C6 le 17 décembre 2007, un status après changement de la prothèse de Bryan C5-C6, discectomie, foraminotomie, implantation d'une cage C6-C7 et spondylodèse C6-C7 avec greffe osseuse autologue et ostéosynthèse antérieure par plaque le 3 février 2011, des dorsalgies chroniques avec épisodes aigus, centrées sur le segment D6-D8 avec des discopathies étagées de quasi toute la colonne dorsale, particulièrement de D1 à D10 avec des lésions de spondylose antérieure, des lombalgies chroniques avec épisodes de lumbagos avec une discopathie L4-L5 et une spondylarthrose hypertrophique, ainsi qu'une coxarthrose débutante des deux côtés, légèrement plus marquée à droite. Concernant la capacité de travail, l'expert en orthopédie a considéré qu'elle était inexistante depuis février 2011 (deuxième opération de la colonne vertébrale) dans l'activité exercée d'aide-soignante, mais qu'il existait une capacité de travail entière et sans diminution de rendement depuis le mois de juillet 2012, dans une activité adaptée.

**4.2.5** Dans leur consilium du 19 juillet 2019, les experts ont recensé l'ensemble des diagnostics précités et ont considéré que la capacité de travail de la recourante était, sur le plan orthopédique, nulle depuis le mois de février 2011 dans la précédente activité d'aide-soignante. Ils ont ajouté que, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était également nulle entre les mois de janvier et avril 2018. Sur le plan ostéo-articulaire, ils ont en revanche admis l'existence d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée depuis le mois de juillet 2012, avec toutefois une perte de rendement de 20% depuis le mois d'octobre 2017. Globalement, ils ont indiqué que l'ancienne activité d'aide-soignante n'était plus exigible depuis février 2011, mais que dans une activité adaptée, il existait une capacité de travail complète et sans perte de rendement de juillet 2012 à octobre 2017, puis avec une perte de rendement de 20% à partir d'octobre 2017.

**4.3** A l'appui de son recours, l'assurée a présenté un rapport médical du 22 avril 2020 de son rhumatologue traitant critiquant le fait que les experts n'aient pas retenu le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde et mentionnant

deux opérations intervenues en septembre et décembre 2019. Elle a également remis un rapport opératoire du 21 décembre 2019, faisant état d'une arthrodèse sous-talienne par voie arthroscopique réalisée de façon ambulatoire le 19 décembre 2019. Invités à prendre position sur ce nouvel élément médical, les experts ont indiqué le 15 juin 2020 que le profil d'exigibilité dressé par leur soin était valable au moment de la réalisation de leur expertise (soit en mai et juin 2019), les opérations du pied n'étant alors à ce moment-là qu'envisagées. Compte tenu des nouveaux éléments médicaux, les experts ont laissé ouverte la question du profil d'activité encore adapté et de la capacité de travail depuis la date de la première opération alléguée, soit en septembre 2019.

**4.4** Une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de la recourante le 6 novembre 2019, au terme de laquelle des empêchements dans les activités ménagères de l'ordre de 20.9% ont été recensés par l'enquêtrice. Celle-ci a également retenu que la recourante travaillerait à hauteur de 65% si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

## **5.**

Il y a ainsi lieu de commencer par définir la capacité de travail médico-théorique de la recourante en examinant la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire.

**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** En l'espèce, sur le plan formel, l'expertise pluridisciplinaire ne répond pas aux exigences posées par la jurisprudence.

**5.2.1** Certes, les experts, dont les qualifications médicales ne sauraient être mises en doute, ont procédé à un examen personnel de la recourante, ont pris en compte ses plaintes subjectives, son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle), ainsi que l'ensemble des documents médicaux au dossier (voir la "synthèse de dossier", p. 46 à 50 de l'expertise; dos. AI 100.7). Les résultats ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance du dossier. Les conclusions de chacun des volets de cette expertise sont par ailleurs détaillées, étayées et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise.

**5.2.2** On doit toutefois relever une incohérence dans les conclusions du consilium des experts, dès lors qu'il ressort de façon très claire de celui-ci une "capacité de travail en activité adaptée de 100% sans perte de rendement de juillet 2012 à octobre 2017" et "une capacité de travail de 80% dès octobre 2017" dans une telle activité (dos. AI 100.2/7, ch. 4.9) en même temps qu'une incapacité de travail totale de janvier à avril 2018 sur le plan psychiatrique, également dans une activité adaptée (dos. AI 100.2/6, ch. 4.7 et 4.8). Dans cette mesure, à tout le moins concernant la période allant de janvier à avril 2018, on ne peut considérer les conclusions des experts comme étant bien étayées et bien motivées. En ce sens, cette expertise pluridisciplinaire se révèle insuffisamment probante sur le plan formel.

**5.3** Quant au plan matériel de cette expertise, on peut en déduire ce qui suit.

**5.3.1** A titre liminaire, il s'agit de relever que les experts ont à nouveau été consultés par l'Office AI Berne après le dépôt du recours, en raison des nouveaux documents médicaux produits par la recourante faisant état d'opérations intervenues en septembre et décembre 2019. Ils ont alors indiqué que, jusqu'à la date de la première opération, une activité adaptée comme décrite dans l'expertise était possible, mais qu'ils ne pouvaient pas se prononcer, sans voir la recourante, sur la situation prévalant après ces

interventions. Il faut ainsi considérer que l'expertise pluridisciplinaire effectuée ne peut valoir que jusqu'au mois de septembre 2019.

### **5.3.2**

**5.3.2.1** Sur le plan rhumatologique, l'experte, qui a admis une perte de rendement de 20% dans une activité adaptée, n'a nullement banalisé ou nié les atteintes de la recourante, soulignant toutefois que la situation actuelle semblait relativement bien stabilisée en ce qui concernait les articulations périphériques, à l'exception des chevilles et pieds qui allaient bénéficier dès septembre 2019 d'une prise en charge orthopédique. Quant à ses constats, elle a pu relever l'absence de signe de synovite et indiquer que les articulations étaient d'amplitudes articulaires conservées, de même que le prélèvement sanguin ne montrait pas de signes d'inflammation. Concernant l'évolution liée à sa spécialité médicale, l'experte a indiqué l'apparition en 2016 de douleurs aux chevilles puis aux poignets et aux mains, accompagnées d'une importante raideur matinale. Elle a en outre relevé qu'un bilan biologique réalisé en novembre 2016 avait mis en évidence une discrète augmentation des facteurs rhumatoïdes, ce qui avait conduit au diagnostic de polyarthrite séropositive posé par le rhumatologue traitant. Après l'essai de nombreux traitements, la recourante a alors été envoyée auprès de deux spécialistes et l'experte a constaté qu'il existait une controverse entre les avis donnés par l'Hôpital de l'île (diagnostic de SAPHO, certes pas formellement posé, mais énoncé en octobre 2017 sous la forme d'une tendance ou d'une existence probable [*Verdacht*], le spécialiste précisant que même si les éléments de la médecine nucléaire tendaient à exclure un tel diagnostic, il fallait interpréter la problématique dans ce sens; voir dos. AI 77/7, 17-18, 23 et 24) et les HUG (fibromyalgie avec un syndrome douloureux diffus). Si elle a souligné que le diagnostic de SAPHO était un syndrome rare, elle l'a toutefois retenu au motif que l'ensemble des éléments (Synovite, Acné, Pustulose, Hyperostose et Ostéite) n'avaient pas besoin d'être réunis, si un ensemble d'éléments cliniques, biologiques et radiologiques étaient présents, comme en l'espèce. A ce propos, elle a également fait savoir qu'elle ne pouvait mettre en évidence aucun critère indiquant une fibromyalgie, mais qu'il était fort possible que, au cours de l'évolution de la maladie de la recourante, un

syndrome fibromyalgique ait été constaté, dès lors que cette symptomatologie accompagne volontiers un syndrome inflammatoire. C'est sur la base de tous ces éléments, et en particulier en raison des diagnostics rhumatologiques retenus et de l'atteinte aux chevilles/pieds, que l'experte a considéré de façon parfaitement cohérente que l'ancienne activité d'aide-infirmière n'était plus exigible depuis octobre 2017, date correspondant au diagnostic rhumatologique SAPHO énoncé comme probable par le spécialiste en rhumatologie de l'Hôpital de l'île. En outre, elle a estimé de manière pleinement soutenable qu'une activité adaptée avait de tout temps été réalisable à temps plein, avec toutefois une perte de rendement de l'ordre de 20% dès la date du diagnostic précité en raison des arthralgies et de la fatigue. On peut encore indiquer que l'experte a mentionné qu'une opération chirurgicale par arthroscopie pour enlever les fragments chondromateux de la cheville droite (ou éventuellement une arthrodèse) était prévue en septembre 2019, si bien qu'elle a tenu compte de cet élément pour évaluer la capacité de travail précitée (voir également ci-avant c. 5.3.1).

A ce stade, on peut également relever que la même experte a pris position de manière cohérente et bien étayée sur les remarques du rhumatologue traitant jointes au recours et reprochant l'absence de diagnostic de polyarthrite rhumatoïde. Elle a ainsi rappelé que le but d'une expertise était de déterminer l'état de santé d'un assuré et les capacités respectant les limitations fonctionnelles en résultant, le diagnostic n'ayant d'importance que pour l'évaluation des lésions et un éventuel pronostic. Ce faisant, elle a énoncé que, si la pose d'un diagnostic était certes importante, son travail d'experte lui imposait d'évaluer la capacité professionnelle encore exigible au vu de la situation de santé globale de l'assuré. Sur le fond, elle a ainsi souligné que deux avis universitaires avaient été requis auprès de l'Hôpital de l'île et des HUG, et qu'aucun d'eux n'avait retenu un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde, notamment eu égard à des facteurs rhumatoïdes faiblement positifs et non spécifiques. L'experte a également indiqué que tant une polyarthrite rhumatoïde qu'un syndrome SAPHO étaient susceptibles d'engendrer des poussées inflammatoires articulaires, si bien qu'il était possible que la recourante ait également présenté une polyarthrite rhumatoïde associée, mais que cela ne changeait en rien

l'évaluation des capacités ou limitations fonctionnelles. Il en allait de même concernant les médicaments utilisés pour lutter contre le syndrome SAPHO, qui étaient en partie ceux utilisés contre la polyarthrite rhumatoïde. Le traitement avait stabilisé la maladie, ce qui permettait de tirer des conclusions quant à la capacité de travail. Dans ces conditions, la diminution de rendement attestée depuis octobre 2017 par l'experte apparaît comme étant convaincante et le Tribunal ne voit pas de raisons de s'en écarter.

**5.3.2.2** L'expert psychiatre a mis en évidence un épisode dépressif léger avec syndrome somatique, accentué entre janvier et avril 2018 en raison d'une perte de confiance avec idées suicidaires, engendrant une pleine incapacité de travail durant cette période. Selon l'expert, cette incapacité totale de travail a toutefois été très limitée dans le temps en raison de la très bonne réponse de la recourante au traitement médicamenteux. Il n'a cependant que peu exposé son raisonnement en se reposant sur les indicateurs jurisprudentiels, alors qu'il lui appartenait normalement de motiver son diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification étaient effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Seuls ressortent en effet de l'expertise des propos relatifs à la cohérence entre l'histoire clinique et l'apparition de la symptomatologie psychiatrique et à la bonne réaction aux médicaments qui tend à conforter l'idée d'une bonne plausibilité clinique. Il est également fait courtement mention du fait que la recourante dispose de bonnes ressources en raison de ses capacités d'introspection, de sa volonté de s'adapter aux situations difficiles, d'accepter les soins et de l'amélioration de sa stabilité sentimentale. Compte tenu de ce qui précède et sans davantage de précisions, on ne saurait conférer une force probante importante ou suffisante à ce volet de l'expertise pluridisciplinaire.

**5.3.2.3** Sur le plan de la médecine interne générale, l'exclusion de toute atteinte invalidante à la santé apparaît convaincante, ce que la recourante ne conteste d'ailleurs pas véritablement. L'expert a ainsi pu exposer les opérations successives de la colonne cervicale, mais également la présence d'une asthénie intense et d'atteintes rhumatologiques.

Concernant l'asthénie, sans la nier, il a toutefois relevé que la recourante était plutôt loquace et présentait une énergie apparente. De même, il a souligné que la recourante pouvait accéder aux trois niveaux de sa maison, montant et descendant les escaliers, pouvait faire les courses et s'occuper de ses trois enfants, ce qui indiquait, selon lui, une certaine exagération de la sensation douloureuse, toutefois bien présente compte tenu des pathologies existantes. Sur le plan spécifique de la médecine interne générale, les diagnostics mis en évidence par l'expert, à savoir un surpoids (BMI de 28.3), un status post-amygdalectomie et post-hystérectomie, une endométriose avec status post-exérèse d'un nodule intramusculaire de la paroi abdominale et, finalement, un status post-exérèse de cinq naevi des cuisses, ne semblent pas non plus susceptibles d'engendrer une diminution de la capacité de travail, si bien que ce volet de l'expertise pluridisciplinaire doit être confirmé.

**5.3.2.4** Sur le plan orthopédique, nonobstant les reproches formulés par le rhumatologue traitant dans sa prise de position du 22 avril 2020, l'expert n'a nullement banalisé ou ignoré les atteintes cervicales ou dorsales de la recourante, énonçant du reste en détail leur historique et les opérations successives de la colonne cervicale avec pose de prothèses. Mais il a surtout expliqué de façon convaincante que les atteintes au rachis cervical s'étaient stabilisées depuis début 2012, soit environ une année après la seconde intervention, et qu'à partir de ce moment les atteintes de type rhumatologique avaient progressivement pris le dessus. Sur le plan clinique orthopédique, il a mis en évidence un déficit de mobilité de la colonne cervicale, en particulier en flexion et dans les inclinaisons, mais a également rapporté l'absence de déficit fonctionnel au rachis dorsal et lombaire. Compte tenu d'une coxarthrose débutante plus marquée du côté droit et des douleurs rachidiennes, l'expert a souligné la difficulté pour la recourante d'effectuer des activités impliquant la flexion de la colonne cervicale, à l'exemple de la lecture, du travail à l'ordinateur ou, de façon générale, des positions en porte-à-faux. C'est ainsi sur la base de tous ces éléments, auxquels s'ajoutent l'existence de douleurs intenses aux chevilles et aux arrières-pieds, à droite plus qu'à gauche, de même que l'ensemble des douleurs rhumatismales et "des douleurs dans tout le corps", selon les mots de la recourante, que l'expert a considéré que la

capacité de travail était entière dans une activité correspondant aux aptitudes de la recourante. Selon celui-ci, cette activité devait limiter le travail en flexion de la nuque ou les positions prolongées et/ou mouvements itératifs contraignant pour le rachis cervical en inclinaison, exclure la rotation/extension de la nuque, le port de charge de plus de cinq kilos, le travail en hauteur ou les bras levés, les longs déplacements particulièrement en terrain inégal, les mouvements itératifs d'accroupissement, les travaux à genoux, la montée ou descente itérative des escaliers, ainsi que le travail avec des engins à ondes à basse fréquence. On notera à ce stade que l'évaluation de l'expert orthopédique recoupe en très grande partie celle de l'expertise réalisée en 2012, qui retenait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec toutefois une diminution de rendement de l'ordre de 10%. Au vu de ce qui précède, le Tribunal ne voit pas de raisons de s'écarter de ce volet de l'expertise pluridisciplinaire. A noter toutefois que l'expert a mentionné qu'une opération chirurgicale de l'arrière-pied droit par arthroscopie était prévue en septembre 2019 et qu'il faudrait voir dans les mois qui suivent cette intervention, son résultat quant à une éventuelle amélioration de la capacité de travail de la recourante. Dans cette mesure, il faut considérer que la capacité de travail évaluée par l'expert orthopédique tient compte de cette opération prévue, mais ne se révèle pas pertinente pour la période allant au-delà de l'intervention (voir également ci-avant c. 5.3.1). Le Tribunal ne voit ainsi pas de raisons de s'écarter des conclusions de ce volet de l'expertise pluridisciplinaire.

**5.3.2.5** Dans leur consilium, les experts ont repris l'ensemble des éléments retenus dans leurs domaines respectifs et ont considéré, toutefois sans en expliquer les raisons, que seules les atteintes orthopédiques et rhumatologiques avaient des répercussions sur la capacité de travail de la recourante. Ils n'ont en revanche pas considéré que les diagnostics sur les plans de la médecine générale et psychiatrique avaient une telle répercussion, alors même qu'une incapacité de travail relevant de cette dernière spécialité est clairement attestée pour la période allant de janvier à avril 2018, ce tant dans l'activité exercée jusqu'alors (ch. 4.7 de l'expertise) que dans une activité adaptée (ch. 4.8 de l'expertise). Ils ont ainsi retenu une capacité de travail complète dans une activité adaptée

depuis juillet 2012, à savoir pas de travail en flexion de la nuque, avec changements de position possibles, avec une perte de rendement de 20% existant depuis octobre 2017 en raison du syndrome SAPHO expliquant les arthralgies et la fatigue. Or, rien dans ce consilium, auquel tous les experts ont pris part, ne permet de comprendre les raisons qui ont motivé ceux-ci à ne pas tenir compte des répercussions sur la capacité de travail de la recourante du diagnostic psychiatrique de dépression. Celle-ci était certes légère, mais a engendré une incapacité totale de travail de janvier à avril 2018, attestée de façon non équivoque par l'expert psychiatre. En tout état de cause, comme on l'a vu précédemment, (voir c. 5.3.2.2 ci-dessus), il ne ressort nullement du volet psychiatrique (ni du consilium d'ailleurs) un examen complet selon les indicateurs jurisprudentiels expliquant l'absence d'incapacité de travail sur la base d'une atteinte psychique. On ne peut ainsi déduire implicitement des propos des experts qu'ils ont considéré que l'atteinte psychiatrique était surmontable. Dans ces circonstances, on ne saurait considérer ce consilium comme probant.

**5.3.2.6** Sur le vu de ce qui précède, il apparaît que le volet psychiatrique de l'expertise ne permet pas au Tribunal de vérifier la bonne application des indicateurs jurisprudentiels. Par ailleurs, le consilium rédigé en présence des différents experts est insuffisamment motivé et contradictoire en tant qu'il diverge, sans aucune explication, du volet psychiatrique quant à l'existence d'une incapacité de travail reposant sur une atteinte de cette nature. Certes, le fait de se fonder tout de même sur une expertise pluridisciplinaire, alors même que l'un des rapports partiels qui la composent n'est pas considéré comme probant, ne viole pas déjà l'art. 43 al. 1 LPG. Inversement, il en va de même si les évaluations de tous les rapports partiels composant l'expertise s'avèrent concluantes, alors que les conclusions de l'expertise principale – qui n'a pas été rédigée lors d'une discussion de coordination interdisciplinaire entre les médecins impliqués – ne peuvent être comprises et ne correspondent pas aux constatations des rapports partiels (ATF 143 V 124 c. 2.2.4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.2). Toutefois en l'espèce, aussi bien l'expertise psychiatrique que l'expertise principale (qui a été rendue en présence de l'ensemble des experts) ne permettent pas au Tribunal de se prononcer dans le cas d'espèce. En outre, il convient de rappeler que l'objectif d'un consilium, rédigé à l'issue

d'une expertise médicale comprenant différentes spécialités, est précisément de mettre en évidence et de pondérer les éventuelles interactions existant entre les atteintes à la santé résultant de différents domaines de la médecine. Or, en l'occurrence, il appert ainsi précisément que l'expertise pluridisciplinaire rédigée en juillet 2019 ne permet pas de mettre en évidence avec précision les interactions existant entre les différentes spécialités médicales (en particulier les interactions entre les atteintes psychiatriques et somatiques), ni ne retient une capacité de travail globale suffisamment motivée. Elle se révèle ainsi insuffisamment probante.

**5.4** Il apparaît que l'Office AI Berne ne pouvait se baser uniquement sur l'expertise pluridisciplinaire pour juger de la capacité de travail de la recourante, ainsi qu'il l'a pourtant fait. De plus, selon la dernière prise de position des experts, il y a lieu d'investiguer davantage les conséquences des opérations aux chevilles réalisées à fin 2019. On ne peut par conséquent exclure que les opérations subies par la recourante en septembre et décembre 2019 aient pu engendrer une incapacité de travail de plus de trois mois (durée déterminante pour une éventuelle modification du droit, voir art. 88a al. 2 RAI), et ce avant la date de décision attaquée (février 2020).

## **6.**

Sur le vu de ce qui précède, il apparaît que l'intimé ne pouvait pas se fonder sur l'expertise pluridisciplinaire réalisée en 2019 pour prononcer la décision attaquée. Il devait instruire davantage l'existence et l'importance de l'atteinte psychiatrique, de même que la question de l'interaction entre cette atteinte et les maux somatiques. Par ailleurs, il devait également prendre en compte les conséquences des opérations aux chevilles intervenues à fin 2019 et dont il avait connaissance. Faute d'avoir agi en ce sens, l'intimé a donc fondé sa décision sur un état de fait médical insuffisamment éclairci et a, partant, violé le principe d'instruction d'office auquel il était tenu (art. 43 al. 1 LPG). Il convient dès lors d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction

complémentaire. Celui-ci mettra en œuvre (éventuellement sous la forme d'un complément d'expertise) une instruction médicale se prononçant sur la capacité de travail de la recourante et permettant de définir avec précision, d'une part, les atteintes psychiatriques et leur interaction avec les maux somatiques et, d'autre part, les conséquences des opérations survenues à fin 2019. Sur le vu de ce renvoi en raison de l'absence de valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire, point n'est besoin de trancher la question du caractère probant de l'enquête économique sur le ménage.

## **7.**

**7.1** En conclusion, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

**7.2** Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). On ne peut en effet suivre l'Office AI Berne lorsqu'il fait valoir que les frais de la présente procédure doivent être mis à la charge de la recourante, dès lors que celle-ci a tardé à faire connaître les opérations survenues à fin décembre 2019. Comme on l'a vu, ces opérations étaient déjà mentionnées dans l'expertise pluridisciplinaire, si bien que l'Office AI Berne ne pouvait ignorer leur survenance.

**7.3** Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Cette règle s'applique indépendamment de la question de savoir si la partie recourante a conclu au renvoi ou si sa conclusion au renvoi a été prise à titre principal ou à titre subsidiaire (SVR 2017 KV n° 9 c. 9.1). Assisté d'un avocat agissant à titre professionnel, la recourante a donc droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA, dans la mesure fixée par le tribunal (art. 61 let. g LPGA et art. 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 19 novembre 2019 qui ne prête pas à discussion compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité de la

procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, sont fixés à un montant de 1'129.75 (honoraires de Fr. 1'001.-, débours de Fr. 48.- et TVA de Fr. 80.75; le tarif horaire de Fr. 130.- est appliqué en cas de représentation par un organisme reconnu d'utilité publique [voir la Circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales en cas de telle représentation, consultable sur le site internet du TA: [www.justice.be.ch/ta](http://www.justice.be.ch/ta) → Thèmes → Frais → Assistance judiciaire).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis et la décision de l'Office AI Berne du 10 février 2020 est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais versée par la recourante sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement.
3. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 1'129.75 (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - au mandataire de la recourante,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:  
e.r. B. Rolli, Juge

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).