

200.2020.438.AI

N° AVS
NIG/REN

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

Jugement du 24 juillet 2021

Droit des assurances sociales

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

A. _____

recourante

contre

Office AI Berne

Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne

intimé

relatif à une décision de ce dernier du 11 mai 2020



En fait:

A.

A. _____, née en 1965, sans formation professionnelle certifiée, mariée et mère de deux enfants majeurs n'étant pas à sa charge, est arrivée en Suisse pour la seconde fois en 2010 et a travaillé en dernier lieu à 100% en qualité d'opératrice montage auprès d'une manufacture horlogère. Dans le contexte d'une incapacité de travail médicalement attestée (ayant débuté le 18 avril 2016 à 100%, interrompue après environ un mois, puis à nouveau reconnue depuis le 16 novembre 2016 au même taux, hormis une diminution à 50% du 12 décembre 2016 au 2 février 2017) et par un formulaire daté du 19 avril 2017 (reçu le 28 avril 2017 par l'Office AI Berne), l'assurée, par l'intermédiaire de l'assureur maladie en cas de perte de gain de son employeur, a déposé une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI), en indiquant souffrir d'une maladie, à savoir d'une spondylarthrite ankylosante présente depuis 2015 compliquée d'un terrain multi-allergique.

B.

Saisi de cette demande, à laquelle était joint le dossier de l'assureur maladie précité, l'Office AI Berne a essentiellement sollicité un rapport du médecin traitant l'assurée et des informations du dernier employeur. Il a encore demandé à l'assureur maladie perte de gain de celui-ci de lui verser ses autres pièces médicales, puis obtenu des rapports d'un spécialiste en rhumatologie, d'un hôpital régional ayant pris en charge l'assurée, d'un institut de radiologie, de même que d'un service de rhumatologie d'un hôpital universitaire dans lequel l'assurée avait séjourné. L'Office AI Berne s'est de plus procuré un avis actualisé du spécialiste en rhumatologie et un rapport d'un spécialiste en gastroentérologie, avant de recueillir encore un écrit du psychiatre traitant l'assurée. Dans une communication du 5 février 2018, l'Office AI Berne a exclu un droit à des mesures de réadaptation. Il a ensuite requis l'avis du Service médical des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui s'est prononcé le 12 mars 2018. L'Office AI Berne a

alors à nouveau complété la documentation médicale, par un écrit d'un spécialiste en chirurgie ainsi que par de nouveaux rapports des médecins ayant été consultés par la recourante. Après avoir une fois encore consulté le SMR et reçu des rapports médicaux supplémentaires, l'Office AI Berne a diligenté une expertise pluridisciplinaire (en médecine interne, rhumatologie, gastroentérologie et psychiatrie) auprès d'un centre d'expertises médicales de l'AI (soit le centre B._____, à C._____) dont les conclusions ont été rédigées le 4 octobre 2019. Sur ce fondement et après avoir soumis le rapport d'expertise au SMR, qui s'est prononcé le 7 janvier 2020, puis reçu deux certificats médicaux envoyés par courriel du 8 mai 2020 de l'assurée, représentée par une avocate de son assurance de protection juridique, l'Office AI Berne a nié un droit à une rente d'invalidité par décision du 11 mai 2020, confirmant une préorientation similaire du 4 mars 2020, rendue malgré les objections soulevées le 2 avril 2020 par l'avocate de l'assurée.

C.

Par mémoire du 9 mai (recte: juin) 2020, l'assurée a recouru personnellement contre cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant en substance à l'annulation de celle-ci, de même que, principalement, à ce que le droit à une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps et octroyée rétroactivement soit reconnu, subsidiairement, à ce qu'une contre-expertise psychiatrique soit ordonnée, ainsi que, plus subsidiairement encore, au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, le tout sous suite de frais et dépens. Dans sa réponse du 17 juillet 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. La recourante a répliqué le 7 août 2020 et maintenu ses conclusions. L'intimé en a fait de même aux termes d'une duplique du 17 août 2020. Dans un envoi non daté, reçu le 13 novembre 2020 par le TA, la recourante a encore produit une nouvelle pièce justificative (PJ) et s'est enquis de la durée de la procédure de recours. Elle a été renseignée à ce sujet par ordonnance du 13 novembre 2020. L'intimé s'est déterminé sur cette nouvelle pièce dans une prise de position du 20 novembre 2020 et a confirmé ses conclusions.

En droit:

1.

1.1 La décision du 11 mai 2020 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de la recourante à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cet acte et, principalement, sur l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement, sur l'organisation d'une nouvelle expertise psychiatrique, ainsi que, plus subsidiairement, sur le renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Est particulièrement critiqué par la recourante le fait que l'intimé s'est écarté des conclusions de l'expertise du 4 octobre 2019, en se fondant sur un avis du SMR divergeant de ces dernières ainsi que sur son appréciation, de nature juridique, de l'expertise.

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

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

1.4 Le 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.

La recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue.

2.1 Le droit d'être entendu est à la fois une institution servant à l'instruction de la cause et une faculté de la partie, en rapport avec sa personnalité, de participer au prononcé de décisions qui lèsent sa situation juridique (ATF 143 V 71 c. 4.1; SVR 2019 AHV n° 7 c. 3.1.1). Le droit d'être entendu garanti à l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst., RS 101) confère en particulier à la personne concernée un droit personnel de participer à la procédure, de présenter des preuves pertinentes, d'être entendue avec de telles requêtes de preuves et de participer à l'administration des preuves pertinentes. Le pendant de ce droit de participer à la procédure consiste dans l'obligation incombant aux autorités de recueillir les griefs et les requêtes de preuves des parties et de les examiner, ainsi que de verser au dossier les moyens de preuve produits en temps voulu et dans les formes prescrites (ATF 138 V 125 c. 2.1; SVR 2016 BVG n° 6 c. 6.1.1). Il est possible de renoncer à un moyen de preuve requis par une partie lorsque les faits que la partie entend prouver ne sont pas déterminants juridiquement, lorsqu'il s'agit de prouver un fait déjà établi, lorsqu'il apparaît d'emblée que la preuve proposée ne conduira pas à des éclaircissements ou lorsque l'autorité est en mesure d'apprécier les faits par elle-même sur la base de ses propres connaissances du domaine ou de celles de ses employés spécialisés (ATF 122 V 157 c. 1d).

2.2 En l'espèce, la recourante a affirmé que son droit d'être entendue avait été violé du fait que l'intimé n'a pas donné suite à sa requête (formulée dans ses objections) de faire préciser auprès de ses médecins la date du début de l'incapacité de travail, de même qu'à leur soumettre l'expertise pour une prise de position. La recourante a aussi reproché à l'intimé de n'avoir pas considéré les rapports qu'elle lui avait transmis le 8 mai 2020.

2.3 Au cas particulier, dans ses objections, la recourante avait motivé sa requête tendant à faire préciser la date de l'incapacité de travail en expliquant qu'une rente devait être servie avant le 1^{er} janvier 2017. La réglementation de la naissance du droit à la rente en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, à savoir l'art. 28 al. 1 LAI, en relation avec l'art. 29 al. 1 et 3 LAI, dont les teneurs ont été jointes tant au préavis qu'à la décision (droit pouvant naître au plus tôt six mois à compter de la date à laquelle la

personne assurée s'est annoncée à l'AI), permet aisément de comprendre l'appréciation anticipée des preuves (voir à ce sujet c. 2.1 et ATF 144 V 361 c. 6.5) à laquelle l'intimé a procédé pour renoncer à des investigations sur ce point. Du reste, le recours lui-même ne précise plus de date pour le début du droit à la rente revendiquée. Sous l'angle d'une violation de son droit d'être entendue, de même que de la faculté de procéder à une appréciation anticipée des preuves, la recourante ne peut pas non plus reprocher à l'intimé une violation du principe de l'instruction d'office parce qu'il aurait omis d'interpeller les médecins traitants au sujet de leur avis sur les résultats d'une expertise qu'il a organisée et qu'il estime probante. La question de la fiabilité de l'expertise (et de ses conséquences) ressortit à l'examen au fond. Enfin, la recourante a elle-même compris (voir courriel du 12 mai 2020 de sa mandataire d'alors) pourquoi la décision du 11 mai 2020 ne mentionnait pas les deux certificats médicaux des 10 et 19 mars 2020 qu'elle avait adressés le vendredi 8 mai 2020 par courriel à l'intimé (alors qu'elle avait déposé ses observations le 2 avril 2020 dans le délai prolongé qui lui avait été accordé jusqu'au 20 avril 2020). La question de savoir si, comme l'avait requis la recourante, l'intimé aurait dû annuler son prononcé en train d'être expédié (sinon déjà expédié) lorsqu'elle a pris connaissance de ces certificats, peut rester ouverte. En effet, même si une violation du droit d'être entendu (absence de motivation de la décision à ce sujet) devait être admise, celle-ci devrait être considérée comme réparée, puisque la recourante a eu la possibilité de répéter ses réquisitions et productions de preuves devant le TA (voir ATF 137 I 195 c. 2.3.2, 126 V 130 c. 2b; SVR 2019 IV n° 65 c. 4.3).

3.

3.1 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 dans sa teneur [en

français] en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020 ici applicable: art. 83 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).

3.2 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 (ATF 142 V 106 c. 4.4).

3.3 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 et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins,

l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

3.4 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). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (cf. art. 16 LPGA).

3.5 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).

4.

4.1 En l'espèce, l'intimé a exclu un droit à une rente en admettant que la recourante subissait une atteinte à la santé, mais en indiquant qu'elle était en mesure d'assumer son activité ou une autre activité adaptée à 100% avec une diminution de rendement de 20%. En comparant le revenu sans invalidité (soit le salaire qu'elle aurait continué de percevoir auprès du dernier employeur) et celui d'invalidité (calculé sur une base statistique mais ajusté, par parallélisme, au niveau du revenu sans invalidité, nettement inférieur au revenu habituel de la branche, puis en prenant en considération la diminution de rendement précitée), l'intimé a fixé le degré

d'invalidité à un taux de 15%, insuffisant pour ouvrir un droit à une rente. En outre, à propos de l'atteinte psychique, l'intimé a indiqué que les mesures thérapeutiques n'avaient pas été épuisées (aucun suivi en milieu stationnaire n'ayant été tenté), donc qu'une résistance au traitement n'était pas démontrée et qu'en outre, aucune comorbidité physique déterminante n'existait. Aussi, il a rappelé que la recourante conservait une vie familiale remplie et qu'elle accomplissait des activités liées à l'entretien du ménage et du jardin, ainsi que des loisirs, si bien que les limitations n'étaient pas uniformes dans tous les domaines comparables de la vie. Enfin, dans la décision, en réaction aux objections, puis dans sa réponse au recours et ses prises de position subséquentes, l'intimé a précisé que, selon le SMR, les critères pour retenir un diagnostic d'épisode dépressif récurrent modéré à sévère n'étaient pas remplis. Il a certes quand même défendu la valeur probante de l'expertise du 4 octobre 2019 mais affirmé qu'un examen à l'aune des indicateurs standards découlant de la jurisprudence permettait de nier le caractère invalidant de l'atteinte psychique, du fait que la recourante accomplissait encore plusieurs activités et aussi parce qu'elle n'avait jamais essayé de reprendre le travail, ni de participer à des mesures professionnelles. Enfin, l'intimé a fait savoir que les attestations produites après la notification de l'acte attaqué n'apportaient pas d'élément nouveau, le rapport du 15 septembre 2020, nettement postérieur, évoquant une péjoration liée à cette notification et, partant, par essence non invalidante au regard de la jurisprudence.

4.2 Dans son recours et sa réplique (encore complétée par courrier du 11 novembre 2020), l'intéressée a en revanche fait valoir que la décision attaquée était en contradiction avec les conclusions de l'expertise du 4 octobre 2019. En effet, elle a rappelé que les experts avaient reconnu qu'elle présentait une incapacité de travail à 100%, en particulier sur le plan psychiatrique et qu'une incapacité de travail avait été admise depuis le 1^{er} janvier 2017. La recourante a ajouté que cette appréciation concordait parfaitement avec les indications des spécialistes qui l'avaient prise en charge et qui étaient responsables de ses traitements. Elle a encore rappelé qu'elle souffrait d'une maladie lourde autant sur le plan somatique (maladie de Crohn et spondylarthrite ankylosante dont le traitement était compliqué par de multiples allergies médicamenteuses) que psychique.

Elle a d'ailleurs mis en exergue que les difficultés liées à la médication avaient également été soulignées dans l'expertise. De plus, elle a insisté sur le fait que, selon les experts, le traitement psychiatrique était adéquat (raison pour laquelle il était donc disproportionné d'exiger d'elle qu'elle se soumette à une vérification en milieu psychiatrique stationnaire, la recourante précisant que, de toute manière, après une hospitalisation survenue en juillet 2020 lors de laquelle la médication avait été augmentée, celle-ci avait finalement été rétablie). La recourante a dès lors conclu que l'avis du SMR du 7 janvier 2020 ne permettait pas de se distancier de l'expertise. En outre, elle a signalé que même si elle s'adonnait à des activités quotidiennes, celles-ci étaient très réduites et souvent réalisées avec son mari, l'intéressée précisant qu'elle jardinait sans accomplir grand-chose concrètement, qu'elle ne se baladait avec son chien que pour de courtes marches de 15 minutes au plus et que les éventuelles tâches liées à la visite de ses petits-enfants étaient accomplies par son mari.

5.

5.1 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). En l'espèce, par e-mail du 8 mai 2020, la recourante, par sa mandataire, a produit un certificat du 19 mars 2020 de son psychiatre, de même qu'un rapport de son médecin traitant du 10 mars 2020 (dos. AI 100/12). De plus, dans la présente procédure, elle a déposé un rapport de sortie d'une unité de réadaptation psychosomatique d'une clinique, du 15 septembre 2020, relatif à une hospitalisation du 13 juillet au 8 août 2020 (PJ 1 du recours). En l'occurrence, ce dernier document porte uniquement sur des faits postérieurs à la décision attaquée (évoquant surtout une détérioration de l'état psychique en raison de la pandémie liée au COVID-19). De plus, l'aggravation est évoquée en relation avec la notification de l'acte précité (voir à cet égard: arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_10/2017 du 27 mars 2017 c. 6, 9C_668/2015 du 17 février 2016 c. 3). Enfin, ce rapport n'est de

toute manière pas de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. Partant, il ne peut en être tenu compte dans le présent jugement (ATF 116 V 80 c. 6b; 99 V 98 c. 4; RCC 1989 p. 122 c. 3b; SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Quant aux certificats des 10 et 19 mars 2020, ils sont antérieurs à la notification de l'acte entrepris et figurent dans les documents à prendre en considération pour l'établissement des faits dans la présente cause, résumés ci-après.

5.2 Du dossier de l'assureur maladie en cas de perte de gain du dernier employeur, il ressort en particulier que le service d'imagerie médicale d'un hôpital régional a adressé un rapport daté du 29 juin 2016 à la généraliste traitant à l'époque la recourante, dans lequel une lombarthrose ainsi qu'un pincement latéral droit des disques L3/L4 et L4/L5 ont été cités. Il découle en outre de ce dossier que la médecin a posé les diagnostics (impactant la capacité de travail) de maladie de Crohn, de légère iléite érosive coloscopique (en juin 2015), de fissure anale postérieure (aussi en juin 2015), de possible côlon irritable, de status après une maladie ulcéreuse gastro-duodénale (environ en 1994) et de spondylarthrite, dans un rapport du 1^{er} décembre 2016. Une incapacité de travail à 100% a été attestée du 18 au 24 avril 2016 du fait de douleurs articulaires (voir aussi dos. AI 5.2/15). Il apparaît encore que la recourante a été hospitalisée dans l'établissement précité du 5 au 10 avril 2017 en raison de douleurs thoraciques atypiques, le diagnostic principal de syndrome de Tietze sur spondylarthrite mal contrôlée ayant alors été retenu (dos. AI 36.3/10).

5.3 Avec un rapport postérieur (voir c. 5.4), le nouveau généraliste traitant a produit un écrit d'un spécialiste en rhumatologie, du 19 avril 2017, dans lequel le diagnostic de spondylarthrite axiale et périphérique associée à une maladie de Crohn a été posé. Ce spécialiste a noté une aggravation sur le plan rhumatologique, soit une extension des douleurs malgré des tentatives de changement de médication (la situation s'étant détériorée au printemps ainsi qu'en été 2016, voir dos. AI 13/19 et 13/25 s.).

5.4 A la demande de l'intimé, le nouveau généraliste a délivré un rapport le 16 mai 2017 et posé le diagnostic de spondylarthrite ankylosante. Il a écrit que sa patiente souffrait de douleurs importantes diurnes et nocturnes (soit de multiples points douloureux au rachis, des

douleurs aux épaules, aux coudes, aux poignets, à la hanche, aux genoux et aux chevilles), ainsi que d'une humeur anxio-dépressive réactionnelle. Il a de plus exclu le travail posté, la flexion, le levage/port de charges fréquents, la montée d'escaliers/échelles ou de plans inclinés, ainsi que le travail de nuit et les activités comportant un risque de chute. Le travail habituel de la recourante a été jugé inexigible, de même qu'une activité adaptée. Une amélioration de l'état de santé n'a toutefois pas été exclue.

5.5 Selon un document joint au rapport postérieur d'un gastroentérologue (voir c. 5.9), une spécialiste en endocrinologie et diabétologie s'est prononcée le 13 juillet 2017 et a posé les diagnostics de nodule de petite taille du pôle inférieur du lobe thyroïdien droit, de maladie de Crohn et polyarthrite sous immunothérapie avec Cimzia, ainsi que de multiples allergies.

5.6 Le 11 septembre 2017, le spécialiste en gastroentérologie, s'adressant au généraliste, a surtout retenu les diagnostics de maladie de Crohn (diagnostic posé en 2011; dos. AI 33/2, 33/24 et 33/29), de dyspepsie non ulcéreuse, de spondylarthrite axiale et périphérique, de nodule thyroïdien droit d'origine bénigne (en juillet 2017) et d'allergies multiples. Il a notamment indiqué que l'évolution de la maladie de Crohn était relativement satisfaisante mais qu'il persistait d'importantes douleurs rhumatismales et que la patiente présentait aussi une forte dépression secondaire au problème articulaire.

5.7 Le spécialiste en rhumatologie a encore remis un rapport à l'intimé le 3 octobre 2017 et y a confirmé ses diagnostics, évoquant en outre un état dépressif. Il a noté la présence de douleurs diffuses, cervicales, dorsales et aux articulations périphériques, engendrant des restrictions physiques importantes. Il a indiqué que seule une activité exercée dans différentes positions était envisageable à un taux de 30% et fait état d'une limitation de la résistance ainsi que de la capacité d'adaptation. Il a ajouté qu'il était impossible de poser un pronostic et que la situation était mauvaise sur le plan articulaire, attestant une incapacité de travail à 100% dès le 19 avril 2017 (voir aussi le rapport du 31 octobre 2017, à l'attention de l'assureur perte de gain).

5.8 L'hôpital régional précité a encore rapporté, le 13 octobre 2017 (à l'attention du généraliste), que la recourante avait été hospitalisée du 8 au 13 octobre 2017. Il a retenu le diagnostic principal de lombosciatalgies droites non déficitaires d'origine multifactorielle (syndylarthrite et hernie discale L4-5; voir aussi dos. AI 36.3/4-6). De plus, le 1^{er} novembre 2017, une spécialiste en urologie de cet hôpital a surtout posé le diagnostic d'infections urinaires récidivantes.

5.9 Le spécialiste en gastroentérologie, nombreux documents à l'appui, a également confirmé ses précédents diagnostics dans un rapport du 5 décembre 2017, destiné à l'intimé. Il y a expliqué que les limitations fonctionnelles n'étaient pas liées à la maladie de Crohn ou à la dyspepsie non ulcéreuse mais surtout à la pathologie rhumatologique, dont dépendait essentiellement le pronostic.

5.10 Le 12 décembre 2017, le département de l'appareil locomoteur d'un service de rhumatologie d'un hôpital universitaire a fait savoir (dans un rapport transmis à l'intimé par l'assureur perte de gain) que la recourante y avait séjourné du 28 novembre au 12 décembre 2017. Le diagnostic de syndylarthrite ankylosante a principalement été retenu, ainsi que les diagnostics secondaires de maladie ulcéro-gastro-duodénale à *Helicobacter pylori* récidivante et de maladie de Crohn.

5.11 Dans un écrit du 29 janvier 2018 adressé à l'intimé, un psychiatre et psychothérapeute consulté par l'assurée depuis le 20 octobre 2017 a posé le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de trouble dépressif récurrent, épisode moyen. Il a attesté une incapacité de travail à 100% depuis cette même date et pour une durée indéterminée, précisant que sa patiente était inapte à exercer une activité en raison de ses douleurs, de ses difficultés à se mobiliser et de son état psychique. Le pronostic a été réservé (la polyarthrite influençant négativement l'état psychique).

5.12 Un spécialiste en rhumatologie du SMR s'est déterminé le 12 mars 2018 et a retenu les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) de trouble dépressif récurrent, épisode moyennement sévère avec syndrome somatique, de maladie de Crohn, de syndylarthrite associée à une maladie inflammatoire de l'intestin, de lombo-sciatalgies à droite sur hernie

discale L4/5, ainsi que d'urticaire et d'angio-œdème (depuis 1988). Il a relaté que le trouble dépressif impliquait une incapacité de travail depuis octobre 2017 et que la maladie de Crohn était en rémission mais qu'elle pouvait ponctuellement limiter la capacité de travail, à l'instar des infections urinaires survenant à répétition ainsi que des problèmes d'allergie et d'angio-œdème. Ce spécialiste a retenu que le status rhumatologique ne permettait pas en l'état d'admettre de limitations fonctionnelles. Il a cependant demandé des compléments d'instruction sur le plan médical.

5.13 Suite à l'hospitalisation de novembre 2017 et après avoir constaté l'échec de plusieurs traitements par différents types de corticostéroïdes et d'inhibiteurs de TNF (voir dos. AI 47/4-21), le spécialiste en rhumatologie a fait parvenir à l'intimé, début mai 2018, une liasse de documents médicaux, dont son rapport du 2 mars 2018 au généraliste traitant, en relatant que la prise d'inhibiteurs d'interleukines (qu'il avait conseillée; dos. AI 47/3 et 53/12) avait abouti à une situation relativement satisfaisante avec une nette diminution des douleurs.

5.14 Avec un envoi de documents du 30 avril 2018, un spécialiste en chirurgie de l'hôpital régional a notamment renvoyé l'intimé à son rapport du 18 janvier 2018, par lequel il informait le généraliste traitant que la recourante avait été hospitalisée du 12 au 17 novembre 2017 (dos. AI 53/11) pour une gastrite antrale éventuellement médicamenteuse. Il écrivait que malgré la diminution des douleurs suite à la consultation auprès de l'hôpital universitaire précité (voir c. 5.10), la recourante n'était pas soulagée complètement de ses symptômes surtout articulaires. En outre, il relatait qu'une IRM du 20 décembre 2017 s'était révélée normale et avait permis d'exclure un pseudo kyste ou une autre pathologie (dos. AI 48/5).

5.15 Dans un rapport du 14 mai 2018 adressé à l'intimé, le psychiatre de la recourante a répété que l'état psychique s'était détérioré en 2017, suite à l'augmentation des douleurs. Il a rappelé que le status était marqué par des difficultés de mobilité et des douleurs diffuses, ainsi que par une tristesse, une fatigue, un manque de motivation, de même que par une diminution des plaisirs et des envies. Le psychiatre a confirmé le diagnostic de trouble dépressif récurrent et a souligné que la recourante avait déjà présenté un épisode dépressif en 2010 suite au décès de son père.

5.16 La clinique de médecine interne de l'hôpital régional a aussi répondu, le 23 mai 2018, aux questions spécifiques posées le 24 avril 2018 en fonction de l'avis du SMR. Elle s'est exprimée sur les causes d'une hypoxémie subie par la recourante, de même qu'à propos d'un rapport d'IRM du 19 octobre 2017 démontrant une arthrose interfacettaire qui permettrait de conclure à une spondylarthrite.

5.17 Le 3 octobre 2018, le spécialiste du SMR a confirmé ses diagnostics et écrit qu'il existait des contradictions au niveau rhumatologique entre les données cliniques (absence de synovite ainsi que d'arthrite) et le diagnostic de spondylarthrite, de sorte qu'il a demandé des rapports complémentaires de l'hôpital universitaire et de l'hôpital régional impliqués. Le 28 février 2019, après avoir obtenu de tels documents, il a retenu que des doutes persistaient et a conseillé une expertise en médecine interne, rhumatologie, gastro-entérologie et psychiatrie (voir aussi dos. AI 67 s.). Il a en outre obtenu un rapport radiologique, dont il ressort qu'aucun signe de spondylarthrite n'a été constaté (dos. AI 72 s.).

5.18 Une rhumatologue, un gastroentérologue, un médecin interniste et une psychiatre d'un centre d'expertises médicales ont synthétisé les résultats de leurs examens des 21, 23 août et 2 septembre 2019 dans un rapport interdisciplinaire du 4 octobre 2019. Dans le volet rhumatologique de l'expertise, la spécialiste de cette dernière discipline n'a pas posé de diagnostic impactant la capacité de travail et a expliqué en bref que les douleurs rachidiennes étaient liées à des troubles dégénératifs, l'échec des thérapies plaidant contre une spondylarthrite et l'absence de signe inflammatoire ainsi que radiologique excluant un lien avec la maladie de Crohn. Aussi, elle a relevé qu'il n'y avait pas d'indice pour un lupus d'origine médicamenteuse. Elle a en revanche signalé que les critères anamnestiques d'un syndrome fibromyalgique étaient remplis. L'experte a toutefois conclu que les ressources et capacités de la recourante étaient conservées sur le plan ostéoarticulaire pour les activités de la vie quotidienne ainsi que pour l'exercice d'une activité professionnelle et que la capacité de travail était totale depuis toujours, avec une perte de rendement de 20% depuis 2014 (du fait des douleurs articulaires chroniques). Les limitations fonctionnelles suivantes ont néanmoins été

signalées: pas de position statique prolongée, de gestes répétés contraignants pour le rachis cervical et/ou dorsolombaire en flexion/extension/rotation/inclinaison de la nuque et/ou du tronc, de port répétitif de charges de plus de 5 kg, de travail avec des engins émettant des ondes à basses fréquences, de mouvements répétitifs des poignets, de travail avec les bras en hauteur, en position accroupie ou agenouillée, de fréquents/longs déplacements, d'usage répétitif d'escaliers ou encore de travail en hauteur, ajoutant que des changements de position devaient être possibles et que le travail devait être accompli dans un environnement tempéré. S'agissant du volet gastro-entérologique, l'expert n'a pas non plus posé de diagnostic avec effets sur la capacité de travail. Il a relaté que la maladie de Crohn était sous contrôle depuis 2011 et qu'elle n'entraînait aucune limitation fonctionnelle. Il a indiqué qu'il en allait de même des douleurs abdominales d'origine multiple, au regard de l'intensité et de la fréquence de ces dernières. L'expert a donc aussi conclu à une capacité de travail entière depuis toujours. Quant à l'expert en médecine interne générale, il a rappelé que la requérante souffrait d'asthme, d'allergies, d'un syndrome d'apnée du sommeil, d'obésité, d'un nodule thyroïdien, d'infections urinaires et d'un strabisme, mais a souligné que la situation paraissait stabilisée, si bien qu'il n'existait aucune restriction de la capacité de travail. Enfin, l'experte psychiatre a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère (ch. F33.3 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé), en relatant que la requérante était sujette à un état dépressif qui s'était progressivement installé et fortement péjoré en 2017 en raison de l'aggravation des douleurs articulaires. Elle a notamment signalé que l'assurée souffrait d'une fatigue importante, de troubles du sommeil, d'un sentiment de dépendance et d'inutilité, de même que d'un manque d'élan vital et d'une aboulie. A propos des limitations fonctionnelles, l'experte a évoqué un manque d'initiative et d'endurance, une diminution des performances, un retrait, une désorganisation et des difficultés à la confrontation. Elle a conclu à une capacité de travail nulle à partir du 1^{er} janvier 2017. Dans leurs conclusions interdisciplinaires, les experts ont confirmé leurs diagnostics et évaluations de la capacité de travail, en aboutissant à une incapacité de travail totale depuis le début 2017 pour des

raisons psychiques, tant dans l'activité exercée en dernier lieu que dans une autre activité adaptée. Ils ont estimé que la diminution somatique de rendement de 20% conservera son sens même si une capacité de travail pleine venait à être attestée sur le plan psychique.

5.19 Une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR a en résumé indiqué, le 7 janvier 2020, que le diagnostic de trouble dépressif récidivant était compréhensible mais pas l'appréciation de la gravité de l'atteinte et de l'incapacité de travail faite par l'expert psychiatre, au vu du niveau d'activité de la recourante.

5.20 Des rapports envoyés par la recourante le 8 mai 2020, il ressort ce qui suit. Tout d'abord, le 10 mars 2020, le médecin traitant a attesté que la recourante souffrait de polyarthrite avec des douleurs chroniques et invalidantes, d'une maladie de Crohn et d'un syndrome anxio-dépressif. Le 19 mars 2020, le psychiatre de l'intéressée a de son côté confirmé son diagnostic et indiqué que le status psychiatrique était marqué par de la tristesse, de la fatigue, un manque de motivation et par une diminution des plaisirs/envies. Il a ajouté que la recourante pleurait souvent pendant les entretiens, qu'elle avait des difficultés à accepter ses douleurs ainsi que son handicap et qu'elle ne parvenait plus à gérer les tâches ménagères, les difficultés physiques influençant négativement son état psychique.

6.

Se pose la question de la force probante de l'expertise du 4 octobre 2019.

6.1 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes

pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

6.2 En l'occurrence, d'un point de vue formel, l'expertise répond aux exigences posées par la jurisprudence, s'agissant de la valeur probante des documents médicaux. Les qualifications des experts en médecine interne, rhumatologie, gastroentérologie et psychiatrie, ne sauraient être mises en doute. Ceux-ci ont par ailleurs procédé à un examen personnel de la recourante, pris en compte ses plaintes subjectives, son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle), ainsi que les documents pertinents produits (dos. AI 85.7/1-7, voir aussi 85.3/2, 85.4/2, 85.5/2 et 85.6/2). Les résultats ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance du dossier. Ils ont aussi (notamment l'experte en psychiatrie) mis en lumière les éléments nécessaires à l'analyse, sous l'angle de l'exigibilité, des répercussions fonctionnelles des atteintes psychiques et ont proposé une évaluation qu'ils ont motivée en englobant ces éléments. Les conclusions des experts sont par ailleurs détaillées, étayées et ne laissent pas apparaître d'élément permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise.

6.3

6.3.1 Du point de vue matériel et tout d'abord sur le plan somatique, on comprend aisément de l'expertise que même si plusieurs affections ont été soulignées par l'expert en médecine interne (en particulier: des infections urinaires, un kyste thyroïdien, ainsi que des apnées du sommeil; dos. AI 85.5/3), ce spécialiste a retenu que le syndrome d'apnée du sommeil était traité, que la fonction thyroïdienne était substituée de manière adaptée (dos. AI 85.5/7 s.) et que les infections urinaires pouvaient être influencées par les traitements immunomodulateurs mais qu'elles n'impliquaient pas de répercussion sur la capacité de travail. Il découle ainsi logiquement de l'expertise que le même raisonnement a été retenu, s'agissant des autres atteintes mises en lumière, soit une intolérance au froid (au niveau dermatologique), une obésité, la reprise de crises de goutte ainsi que d'asthme (en cas d'allergie), de même qu'à propos des problèmes visuels (du reste corrigés; dos. AI 85.5/3 et 85.5/8). Partant, c'est de façon cohérente que l'expert a retenu que la situation était stabilisée sur le plan

de la médecine interne et qu'il n'y avait pas de pathologie pouvant influencer sur la capacité de travail (dos. AI 85.5/8), ce qui n'est d'ailleurs pas contesté. Quant au développement de l'expert gastroentérologue, il ne prête pas non plus flanc à la critique, celui-ci ayant relevé que la recourante ne s'était pas plainte de façon spontanée au niveau de la sphère digestive et que les douleurs abdominales diffuses rapportées étaient difficiles à définir et à cadrer, malgré de nombreuses questions de l'expert à cet égard (dos. AI 85.4/2 s.). Ainsi, ce dernier a indiqué de façon compréhensible que la localisation et le profil des douleurs ne permettaient pas d'établir un lien avec la maladie de Crohn et que l'intensité ainsi que la fréquence de celles-ci ne justifiaient pas une diminution de la capacité de travail (ce qui pouvait toutefois être le cas, s'agissant du rendement). L'expert a aussi écrit de manière logique que l'activité endoscopique était faible et stable, de même que l'activité inflammatoire, si bien que la maladie de Crohn était sous contrôle et sans effet sur la capacité de travail, l'encadrement médical étant par ailleurs bon et le suivi conséquent (dos. AI 85.5/5). Dès lors, quoi qu'en dise la recourante (voir p. 2 § 1 du recours), on ne voit rien à redire à l'appréciation de cet expert, d'après qui il n'existe pas de limitation de la capacité de travail sur le plan gastroentérologique. Enfin, en ce qui concerne la discipline rhumatologique, l'experte s'est basée de manière convaincante sur des rapports d'IRM des 9 octobre 2017 et 4 février 2019 (illustrant en particulier une arthrose inter-facettaire postérieure des deux côtés en L3/L4 ainsi qu'une hernie discale) pour signaler que la recourante présentait des troubles dégénératifs cervicaux (débutants) et lombaires (plus marqués) compatibles avec son âge, ainsi qu'une hernie discale comprimant la racine L4 et susceptible d'irriter/compresser les racines L5 (dos. AI 85.3/10). Elle a ajouté de manière probante qu'il n'y avait aucun signe de synovite ou d'étiologie inflammatoire (les prélèvements sanguins étant dans la norme, ce qui excluait du reste aussi un lupus d'origine médicamenteuse, voir à cet égard: dos. AI 85.3/11 in fine), de même que de spondylarthrite (au regard de la dernière IRM, ce qui était aussi confirmé par l'échec des thérapies de fond). Partant, l'experte s'est montrée convaincante en relevant que les douleurs rachidiennes étaient en relation avec des troubles dégénératifs et qu'elle a souligné que les critères anamnésiques d'une fibromyalgie étaient remplis, concluant ainsi qu'hormis des restrictions au niveau des efforts contraignants pour le rachis

cervico-dorsolombaire et pour les articulations périphériques (voir pour le détail: dos. AI 85.3/12), les capacités ainsi que les ressources étaient conservées sur le plan ostéoarticulaire (dos. AI 85.3/10-12). Cela étant, on ne saurait critiquer l'évaluation de l'experte rhumatologue, qui qualifie la capacité de travail de totale depuis toujours, avec une perte de rendement de 20% en raison des douleurs articulaires et chroniques depuis 2014.

6.3.2

6.3.2.1 Le rapport qu'elle a établi permet de comprendre les réflexions qui ont guidé l'experte en psychiatrie jusqu'à ses diagnostics. Ainsi, elle a déduit le caractère récurrent de l'état dépressif de deux épisodes antérieurs (à l'âge de 14 ans ainsi qu'en 2010). Pour la suite, sur la base de ses observations lors de l'examen (très rares moments interrompant les pleurs) et de sa connaissance de l'anamnèse médicale, elle a admis que l'état dépressif de la recourante s'était progressivement installé puis fortement péjoré en 2017, des suites de l'aggravation des douleurs articulaires, maladie somatique chronique, pour laquelle, toujours selon l'experte, il n'y a pas lieu de suspecter une majoration des symptômes ou un trouble somatoforme. L'experte a explicité pourquoi elle estimait que les critères du ch. F33.3 CIM-10 étaient réalisés: humeur dépressive anormale, peu influencée par les circonstances, durée de plus de 2 semaines, sans élément maniforme, forte perte d'estime de soi, sentiments de culpabilité, pensées récurrentes de mort, troubles cognitifs, ralentissement, diminution de l'activité psychomotrice, anhédonie et aboulie avec perturbations du sommeil et de l'appétit, vision pessimiste de l'avenir, sentiment d'inutilité (mélancolie), à savoir une symptomatologie mixte, anxieuse mais surtout dépressive, avec des sentiments de honte et un effondrement de l'estime de soi, sans facteur contextuel externe, notamment pas de désinsertion professionnelle de longue durée, présence d'un réseau social, soutien familial fort, maintien d'activités variées (couture, garde de la petite-fille), pas de comorbidité psychiatrique telle que consommation d'alcool ou de substances. L'experte en a conclu qu'il s'agissait d'un contexte adaptatif, mais avec des limitations fonctionnelles et des plaintes douloureuses importantes et chronique, avec un pronostic réservé.

6.3.2.2 Dans sa décision (prise de position sur les objections) et dans son mémoire de réponse, l'intimé, en se référant à l'avis du 7 janvier 2020 du SMR (voir c. 5.19), tout en affirmant le caractère probant de l'expertise, estime que le diagnostic psychique de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, n'a pas été posé correctement par l'experte. Le caractère récurrent du trouble n'est pas contesté (quoique la spécialiste du SMR admette quant à elle deux épisodes précurseurs en 2010 et 2017 et situe l'état actuel dans un troisième stade en alléguant, sans véritablement étayer ce point, que la symptomatologie de 2017 s'est améliorée dans l'intervalle). En revanche, selon l'intimé, l'épisode dépressif ne peut être qualifié de moyen à sévère. La spécialiste du SMR a en effet estimé que l'ampleur du trouble constaté par l'experte pouvait s'être présentée dans la situation d'expertise mais que les symptômes cardinaux d'une dépression faisaient défaut, eu égard au contexte général actif de vie décrit et au fait que la requérante dormait le matin jusqu'à 10 ou 11 heures, le sommeil difficile à trouver la nuit ne correspondant donc pas, à ses yeux, à des insomnies.

6.3.2.3 Les arguments de l'intimé, même étayés par un avis médical spécialisé (cependant émis sans examen personnel de l'assurée) ne convainquent pas. Le fait que l'assurée ne semble pas remplir le critère dépressif du réveil précoce, voire de trouble du sommeil, un des symptômes possibles de la dépression (voir CIM-10, description générale sous F32.- à laquelle renvoie celle sous F33.-), ne suffit pas en soi pour exclure un épisode dépressif sévère. Or l'experte psychiatre recense d'autres symptômes qui figurent dans la CIM-10 (humeur dépressive qui ne varie guère, réduction de l'énergie, fatigue importante, perturbation du sommeil et de l'appétit et de la concentration, diminution de l'estime de soi, idées de culpabilité; dos. AI 85.6/3 et 85.6/7). Le nombre de symptômes présents et l'existence de pensées récurrentes de mort, de troubles cognitifs, d'une vision pessimiste de l'avenir et d'un retrait social, plaident en faveur d'un degré de gravité en tout cas moyen (ch. F32.2 CIM-10) alors que la mention d'un ralentissement psychomoteur important appuie la thèse d'un degré de gravité sévère (ch. F32.3 CIM-10). La gravité de l'atteinte attestée par l'experte apparaît du reste d'autant plus crédible que cette dernière est survenue progressivement et a été fortement péjorée à la

suite de l'exacerbation des douleurs articulaires (dos. AI 85.6/3). Dès lors, contrairement à ce que soutient l'intimé, dans la tâche spécifique relevant de la médecine consistant à poser un diagnostic (voir c. 3.4), les explications fouillées de l'experte à l'appui de son résultat rendent tout à fait plausible celui de trouble dépressif récurrent, épisode moyen à sévère. Au demeurant, s'agissant d'une évaluation purement médicale, l'intimé ne peut pas, d'une part, la contester et, d'autre part, considérer que l'expertise est probante. Ainsi que le relève la recourante en se plaignant d'une violation de son droit d'être entendue (voir c. 2.3), l'intimé aurait à tout le moins dû confronter les experts avec l'avis de son SMR, s'il avait voulu remettre en cause le diagnostic. Il faut cependant aussi concéder que l'impact de la différenciation diagnostique entre épisode dépressif léger à moyen et moyen à sévère en présence d'un trouble dépressif (récurrent ou non) doit quoi qu'il en soit être relativisé avec la jurisprudence ayant étendu à tous les troubles psychiques, dont les troubles dépressifs, l'analyse structurée dont l'application se limitait auparavant aux seuls troubles psychosomatiques. (ATF 143 V 409 c. 5.2.2). C'est dès lors principalement la proposition d'évaluation posée par les experts au sujet de l'impact fonctionnel du diagnostic dépressif léger ou sévère qui importe pour l'appréciation, juridique quant à elle, de l'invalidité. En l'occurrence, une telle proposition a été formulée et étayée par l'experte psychiatre, de même qu'adoptée par les autres experts. L'expertise répond donc également aux conditions de fiabilité jurisprudentielles sur ce point. C'est dans ce contexte (voir c. 7) que les remarques de l'intimé et de son SMR devront être appréciées.

7.

7.1 Il faut par conséquent examiner si les conclusions médico-assurantielles de l'experte psychiatre, déterminantes dans la proposition pluridisciplinaire, peuvent être suivies d'un point de vue juridique. D'après la jurisprudence du TF, le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente (voir c. 3.2) se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1).

7.2

7.2.1 Sur un premier niveau, il convient de vérifier s'il existe des motifs excluant une atteinte assurée, tels que des discordances manifestes entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, des allégations d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, l'absence de demande de traitement, ou lorsque les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée (ATF 127 V 294 c. 5a), les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 c. 2.2 et 2.2.1, SVR 2016 IV n° 25 c. 6).

7.2.2 En l'espèce, il faut relever que même si l'experte rhumatologue a constaté trois des cinq signes de non-organicité de Waddell à hauteur du bassin et a indiqué qu'il existait une certaine discordance entre, d'une part, l'ampleur des plaintes et leur retentissement fonctionnel, ainsi que, d'autre part, les constatations objectives (dos. AI 85.3/7 et 11) et que l'expert gastroentérologue, bien qu'il ait déclaré qu'il n'y avait pas d'éléments incohérents (dos. AI 85.4/5), a rapporté qu'en dépit de nombreuses questions au sujet des douleurs abdominales, ces dernières demeuraient difficiles à définir et à cadrer (dos. AI 85.4/3), l'experte psychiatre a quant à elle nié toute incohérence entre les données anamnestiques, l'examen physique/clinique et les données du dossier. En dépit du diagnostic rhumatologique de fibromyalgie (posé sous réserve de douleurs en lien avec la maladie de Crohn), l'experte en psychiatrie a réfuté l'hypothèse d'une majoration de symptômes ou d'un trouble somatoforme (dos. AI 85.6/7-8). Par conséquent et à mesure qu'une atteinte somatique dégénérative est avérée et que l'évaluation psychiatrique l'emporte à ce sujet (TF 9C_658/2018 du 11 janvier 2019 c. 4.1.2), il n'y a pas lieu de conclure à la présence de motifs d'exclusion.

7.3

7.3.1 Si une atteinte à la santé psychique assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a alors lieu 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 standard. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (c. 6).

7.3.2 Au cas particulier, en ce qui concerne la catégorie "degré de gravité fonctionnelle", s'agissant du complexe "atteinte à la santé" (voir ATF 141 V 281 c. 4.3.1), comme on l'a vu, (voir c. 6.3), le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen à sévère, n'a pas à être remis en cause. En mentionnant, dans l'acte attaqué, que la recourante ne présente aucune comorbidité physique (voir dans le même sens: ch. 10 § 5 de la réponse), puisque seule une diminution de rendement de 20% a été admise par les experts sur ce plan, l'intimé fait fi de la jurisprudence (propre au complexe "comorbidité", voir ATF 141 V 481 c. 4.3.1.3) qui exige de prendre en compte les interactions découlant des maladies physiques concomitantes. Or, il est rappelé plusieurs fois dans l'expertise psychiatrique que l'atteinte psychique s'est installée progressivement, négativement influencée par les douleurs chroniques tenaces éprouvées depuis de très nombreuses années (dos. AI 85.6/7 s.), la présence d'un

trouble somatoforme ayant été exclue. A propos du déroulement et de l'issue des traitements, indicateur certes important sous l'angle du degré de gravité selon le TF (ATF 141 V 281 c. 4.3.1.2), l'intimé doit rester conscient (voir ch. 10 § 4 de la réponse) du fait que l'absence d'épuisement de toutes possibilités thérapeutiques (notamment stationnaires) n'a pas pour autant une importance décisive et qu'il ne suffit pas pour nier le caractère invalidant de l'atteinte psychique (ATF 143 V 409 c. 4.4; TF 8C_423/2019 du 7 février 2020 c. 5.2). En l'occurrence, à ce propos, on ne saurait ignorer les efforts thérapeutiques ambulatoires que l'experte psychiatre a signalés en indiquant que la recourante était investie dans un suivi mensuel par son psychiatre et à raison d'une à deux séances par semaine auprès d'une psychologue, bénéficiant en outre d'ergothérapie et d'une médication psychotrope (dos. AI 85.6/7). L'experte a discuté un éventuel changement de médication et de mesures de réadaptation mais avec beaucoup de prudence compte tenu du terrain multi-allergique et aussi des douleurs, des troubles cognitifs, du traitement antalgique comprenant des dérivés morphiniques, de l'apnée du sommeil et de la maladie de base somatique. C'est donc logiquement qu'elle a jugé la prise en charge mise en place adéquate, a précisé qu'aucune autre mesure n'était indiquée pour l'instant et a ajouté qu'un long suivi allait être nécessaire (dos. AI 85.6/9). Partant, le besoin thérapeutique et le recours aux traitements, à l'encontre de l'avis de l'intimé, parlent plutôt en faveur de la gravité des souffrances attestée par l'experte psychiatre. Il est encore à relever à ce sujet que l'intimé ne saurait reprocher à la recourante de n'avoir pas participé à des mesures de réadaptation (ch. 10 § 4 de la réponse), dès lors qu'il avait reconnu, dans une communication du 5 février 2018, après le premier entretien et la consultation de la documentation médicale disponible à l'époque et sans aucune proposition ou incitation à une reprise d'une activité, que l'état de santé de la recourante ne lui permettait pas d'en entreprendre (voir dos. AI 41/1 ainsi que l'ATF 141 V 281 c. 4.3.1.2 in fine et c. 4.4.2). Pour ce qui touche les complexes "personnalité" et "contexte social" (ATF 141 V 281 c. 4.3.2 s.), l'intimé, suivant en cela la spécialiste du SMR, a relativisé les répercussions fonctionnelles de l'atteinte en affirmant que la recourante avait conservé une vie familiale remplie, qu'elle participait au ménage/jardinage, s'occupait de ses petits-enfants et disposait de loisirs (lecture, télévision, couture, contacts avec des amis et la voisine,

promenades et vacances p. ex.; voir aussi ch. 10 § 6 s. de la réponse). L'experte psychiatre a, il est vrai, énuméré certaines ressources personnelles de l'expertisée, telles que la valorisation que cette dernière a appréciée pendant les 30 ans où elle s'est investie dans son travail (voir aussi dos. AI 17: 1^{er} entretien), la situation familiale et sentimentale stable, la formation en couture (métier toutefois peu pratiqué), les capacités de communication, l'intégration sociale et la conservation d'un certain niveau d'activités ainsi que d'une structure journalière (dos. AI 85.6/6 s.). Ces aspects positifs ont toutefois été sortis de leur contexte par l'intimé. L'experte les a confrontés aux nombreuses limitations qui découlaient de son analyse, à savoir que la structure journalière apparemment bien remplie dépendait majoritairement de l'initiative et de l'aide de tiers et des capacités aléatoires de concentration et physiques du moment (voir dos. AI, 85.2/6, 85.3/5-6, 85.4/4, 85.5/4, 85.6/6). Ainsi, la recourante, à part peut-être un certain goût pour la confection d'habits pour sa petite-fille d'un an, n'a aucun véritable hobby (voir en ce sens: dos. AI 85.3/5), tout au plus des occupations. Selon l'expertise, la prise en charge des petits-enfants et les travaux ménagers auxquels la recourante est associée sont principalement assurés par le mari, qui travaille de nuit, voire leurs filles (dont une en tout cas vit à proximité, voir dos. AI 85.3/5, 85.5/4 et 85.6/4). Les experts relatent que la recourante est dépendante de son entourage pour un grand nombre de travaux et même pour son hygiène personnelle (dos. AI 85.6/8). L'intimé ne peut dès lors en déduire que la recourante réalise des tâches nécessitant une attention soutenue (ch. 10 § 2 de la réponse) alors que l'experte en psychiatrie met justement en évidence que la recourante ne peut pas beaucoup lire ou coudre, faute de capacité de concentration (dos. AI 85.3/5 in fine). L'experte a du reste retenu, parmi les limitations fonctionnelles: une désorganisation (dos. AI 85.6/9), ce qui n'est pas non plus compatible avec la déduction de l'intimé qui soutient que l'assurée peut planifier et structurer son travail (ch. 10 § 6 de la réponse). L'experte a en outre rapporté que la recourante ne pouvait pas marcher sur de longues distances (dos. AI 85.6/6) et que plus aucun voyage n'était prévu, vu le besoin de la recourante de recourir aux soins hospitaliers et la crainte de celle-ci de se rendre dans un établissement de son pays d'origine (dos. AI 85.4/4). Les ressources professionnelles de la recourante doivent aussi être considérées dans leurs limites: les facultés de

communication sont tempérées par un léger retrait actuel, lié à une irritabilité face au bruit et aux rencontres multiples, la maîtrise de plusieurs autres langues que la langue maternelle se situe surtout à un peu de compréhension écrite et à une certaine compréhension et pratique au niveau oral (dos. AI 85.3/6), elle n'a obtenu aucun diplôme professionnel en Suisse (dos. AI 85.5/5) et ne dispose que d'une formation de couturière non certifiée et de peu d'expérience sur le marché du travail (ch. 10 § 6 de la réponse). L'expertise met également en lumière que de nombreuses activités réalisées auparavant avec plaisir ne sont désormais plus possibles (dos. AI 85.3/5 et 85.6/3). L'opinion de l'intimé selon laquelle, à l'encontre de l'avis de l'experte psychiatre, les limitations d'activités ne sont pas uniformes dans tous les domaines, ce qui trahirait d'importantes incohérences au sens de la jurisprudence (ATF 141 V 281 c. 4.4.1), ne correspond donc pas au tableau clinique ressortant du reste du dossier, en particulier de l'ensemble des constatations des experts. En conséquence, la proposition d'évaluation de l'experte en psychiatrie, niant toute capacité de travail, en dépit de la présence de certaines ressources et d'un entourage soutenant, s'impose au degré de la vraisemblance prépondérante.

7.4 Il résulte dès lors de tout ce qui précède qu'aussi d'un point de vue juridique, rien ne permet de s'écarter de l'avis pluridisciplinaire exprimé par les experts, principalement fondé sur l'évaluation psychiatrique, selon lequel la recourante ne présente plus aucune capacité de travail depuis l'apparition du dernier épisode dépressif qui peut être fixée au 1^{er} janvier 2017. Le point de vue de l'intimé, fondé sur le rapport du SMR du 7 janvier 2020, constitue dès lors une appréciation parallèle inadmissible de l'expertise pluridisciplinaire (voir à cet égard: TF 9C_780/2019 du 11 septembre 2020 c. 3.1, 8C_635/2017 du 21 décembre 2018 c. 6.1, 8C_527/2018 du 1^{er} avril 2019 c. 6.1).

8.

8.1 En conclusion, la décision de refus doit être annulée et le recours admis pour la période pendant laquelle la recourante peut prétendre à une

rente d'invalidité. Puisque la demande de prestations a été déposée en avril 2017 (dos. AI 1/1), le droit à la rente peut au plus tôt être reconnu à compter du 1^{er} octobre 2017 (art. 29 al. 3 LAI; voir aussi c. 2.3). A cette date toutefois, la recourante ne pouvait pas se prévaloir d'une période d'incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI). En effet, l'incapacité attestée depuis le 18 avril 2016 a été interrompue pendant plus de 30 jours (art. 29^{ter} du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) et une incapacité de travail continue n'a été médicalement attestée que depuis le 16 novembre 2016, à 100%, sauf une période à 50% du 12 décembre 2016 au 1^{er} février 2017 (voir dos. AI 1/4, 5.3/1-3, 14/7, 17/3, 26/4, 36.2/2, 39/3). Un droit à une rente ne peut donc naître au plus tôt qu'au 1^{er} novembre 2017. A cette date la moyenne de l'incapacité de travail pendant le délai d'attente était supérieure à 70% (ATF 121 V 264 c. 6). De plus, au terme du délai d'attente d'un an (art. 28 al. 1 let. c LAI), la recourante était invalide à 100%, l'expertise ayant, comme évoqué, conclu à une incapacité de travail à 100% pour tout emploi dès le 1^{er} janvier 2017. Au vu des conclusions d'expertise, nul n'est besoin de procéder à une comparaison des revenus pour déterminer le taux d'invalidité (voir art. 16 LPGGA), le taux d'invalidité ne pouvant en l'espèce être que de 100% en présence d'un revenu d'invalidité nul. Partant, une rente entière doit être allouée à la recourante à partir du 1^{er} novembre 2017. L'intimé procédera au calcul du montant des rentes dues.

8.2 Les frais de la procédure de recours fixés forfaitairement à Fr. 800.- sont mis à la charge de l'Office AI qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA).

8.3 Bien qu'elle obtienne gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, pas même en la forme d'une indemnité de partie, à la recourante qui n'est pas représentée en justice et dont les efforts déployés dans le cadre de la présente procédure ne dépassent pas la mesure de ce que tout un chacun consacre à la gestion de ses affaires personnelles (art. 61 let. g LPGGA; ATF 127 V 2015 c. 4b et les références citées).

Par ces motifs:

1. Le recours est partiellement admis. La décision attaquée est annulée et une rente entière d'invalidité est allouée à la recourante à partir du 1^{er} novembre 2017. L'Office AI Berne fera procéder au calcul et au versement de la rente accordée à la recourante. Le recours est rejeté pour le surplus.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais de Fr. 800.- versée par la recourante sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué (A):
 - à la Caisse de pensions D. _____.

La présidente:
e.r. B. Rolli, juge

Le greffier:
e.r. J. Desy, 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).