

200.2020.602.AI

N° AVS
ANP/REN

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

Jugement du 15 avril 2021

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et C. Tissot, juges
P. Annen-Etique, greffière

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 17 juillet 2020



En fait:

A.

A. _____, née en 1968, mariée et mère de deux enfants adultes, reclassée par l'assurance-invalidité (AI) comme secrétaire à partir de 1998 en raison d'un asthme développé dans son ancienne activité dans les nettoyages, s'est par la suite formée et a travaillé dès le 1^{er} juin 2015 comme conseillère en formation professionnelle. Elle s'est annoncée en mars 2018 à l'AI en vue d'une détection précoce (une précédente annonce en mars 2015 étant demeurée sans suite en raison du nouvel emploi alors adapté commencé quelques mois plus tard), puis a déposé courant avril 2018 une demande de prestations AI motivée par une spondylarthrite positive ainsi que des douleurs lombo-fessières, talonnières et articulaires - toutes problématiques décrites comme présentes depuis septembre 2016. Après avoir tenté en vain de reprendre son activité à un taux de 30%, l'assurée s'est vu attester une incapacité de travail continue entière dès le 4 mars 2019 et a perdu le 6 décembre 2019 son droit au salaire; son contrat de travail a cependant été maintenu.

B.

Saisi de la demande AI précitée, l'Office AI Berne a recueilli l'avis de l'ancienne rhumatologue de l'assurée ainsi que celui de sa généraliste traitante. Des mesures d'intervention précoce sous forme d'une adaptation du poste de travail ont été instaurées du 16 octobre 2018 au 30 janvier 2019, puis une observation professionnelle couplée à un job-coaching accordée entre le 14 janvier et le 14 avril 2019. L'Office AI s'est au surplus enquis de l'appréciation du nouveau rhumatologue traitant (régulièrement actualisée à l'instar de celle de la généraliste) et a soumis le cas à un médecin rhumatologue du service médical régional (SMR) de l'AI qui a examiné l'assurée le 10 avril 2019. Ensuite de l'interruption au 3 mars 2019 des mesures professionnelles, cet office a mis fin le 17 juillet 2019 à la réadaptation professionnelle. Une expertise psychiatrique a été ordonnée sur conseil de son SMR (rapport daté du 4 février 2020). Après due

préorientation contestée par l'intéressée, l'Office AI a formellement rejeté le 17 juillet 2020 la demande AI (degré d'invalidité de 36%).

C.

En date du 19 août 2020, l'assurée, assistée d'une avocate qui la représentait déjà en procédure de préorientation, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite de frais et dépens, elle conclut à l'annulation de la décision AI du 17 juillet 2020 ainsi qu'au renvoi du dossier à l'intimé pour investigations médicales complémentaires et nouvelle décision. Dans sa réponse du 28 septembre 2020 à laquelle était jointe une prise de position du 17 septembre 2020 de son SMR, l'intimé a conclu au rejet du recours, ainsi qu'à ce que les frais de procédure soient mis à la charge de la recourante et qu'aucune allocation de dépens ne soit accordée à celle-ci. Les parties ont répliqué et dupliqué les 16 et 25 novembre 2020, moyennant encore production par l'intimé d'une nouvelle détermination de son SMR établie le 19 novembre 2020. La mandataire de l'assurée a transmis le 3 décembre 2020 au Tribunal sa note d'honoraires datée du même jour.

En droit:

1.

1.1 La décision du 17 juillet 2020 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie à l'assurée le droit à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision ainsi que le renvoi du dossier à l'Office AI pour investigations médicales complémentaires et nouvelle décision. Sont critiquées les bases médicales du SMR ayant servi à l'évaluation du degré d'invalidité.

1.2 Interjeté au surplus en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par une mandataire dûment constituée, 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. 15, 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

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

2.

2.1 L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

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). D'après 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.

2.2 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).

2.3 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).

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).

2.4 L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA).

Le principe de l'instruction d'office signifie que l'instance rendant une décision doit instruire et établir l'état de fait déterminant d'office, de sa propre initiative et sans être liée par les arguments et réquisitions de preuve des parties. Sont juridiquement déterminants, tous les faits dont l'existence a une incidence sur les éléments litigieux. Dans ce contexte, les autorités administratives doivent toujours entreprendre des mesures supplémentaires lorsque les allégués des parties ou d'autres pièces du dossier ne constituent pas des éléments suffisants permettant de statuer (ATF 117 V 282 c. 4a). Le principe de l'instruction d'office ne s'applique néanmoins pas de manière illimitée, mais a pour corollaire le devoir de collaborer des parties (ATF 125 V 193 c. 2e, 122 V 157 c. 1a; SVR 2009 IV n° 4 c. 4.2.2).

3.

3.1 L'intimé se rallie aux conclusions du médecin rhumatologue de son SMR et, après avoir par ailleurs écarté l'hypothèse d'une fibromyalgie au moyen d'une expertise psychiatrique, nie la présence chez l'assurée d'une spondylarthrite, à tout le moins d'une maladie active de ce type, n'admettant pour seules limitations fonctionnelles objectives et durables des troubles dégénératifs axiaux. L'Office AI en conclut qu'une activité adaptée légère alternant les postures, sans positions en porte-à-faux répétées pour le dos, telle celle idéalement profilée de conseillère en formation, est exigible à 100% sous réserve d'une baisse de rendement de 20% induite par les pauses accrues imposées par les dégénérescences précitées. De son avis étayé par de nouvelles prises de position du SMR en procédure de recours, les rapports établis par les médecins traitants ne permettent pas une autre appréciation, à l'instar des résultats radiologiques invoqués à leur appui. L'intimé nie, partant, la nécessité d'une instruction médicale complémentaire.

3.2 Pour sa part, la recourante fait grief à l'intimé de s'appuyer sur une appréciation médicale interne dont les tenants, qui privilégient l'existence d'une fibromyalgie au détriment d'une spondylarthrite, n'ont pas pu être confirmés par l'expertise psychiatrique ayant exclu la première affection.

Elle considère qu'en revanche, les résultats cliniques objectivés à la radiologie étayent "sans équivoque" le diagnostic de spondylarthrite posé par son rhumatologue ainsi que ses descriptions de douleurs, soulignant encore que l'expert psychiatre a lui aussi jugé celles-ci cohérentes et crédibles. Selon elle, de bonnes réponses articulaires ont d'ailleurs pu être observées à la suite des traitements instaurés par son rhumatologue, de manière toutefois insuffisante pour lui permettre de reprendre une activité lucrative. Au vu des divergences médicales prédécrites, elle fait grief à l'intimé de ne pas avoir procédé à des investigations supplémentaires en vue de poser un diagnostic et un profil d'exigibilité en adéquation avec sa situation médicale concrète.

3.3 En procédure de recours, l'assurée a produit deux certificats médicaux datés du 11 août 2020 émanant de son médecin rhumatologue et de sa généraliste traitante (un rapport d'IRM du 8 juillet 2020 de l'arrière-pied étant en outre joint au premier certificat; dossier recourante [dos. rec.] 4 et 5). En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie la légalité de la décision attaquée d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (voir à ce sujet: c. 1.1 supra), à moins que les nouveaux rapports médicaux invoqués soient de nature à influencer sur l'appréciation au moment où la décision attaquée a été prononcée (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Au présent cas, les rapports médicaux précités (excepté le rapport d'IRM) sont postérieurs à la décision contestée du 17 juillet 2020. A mesure cependant qu'ils permettent certaines déductions quant à la situation qui prévalait déjà avant le prononcé de cette décision, il y aura lieu d'en tenir compte dans le cadre de l'appréciation des preuves (c. 4 et 5 infra).

4.

Les sources médicales suivantes se prononcent sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante.

4.1 Dans un rapport AI rédigé le 31 mai 2018, l'ancienne rhumatologue traitante a diagnostiqué avec influence sur la capacité de travail un syndrome douloureux généralisé avec suspicion de spondylarthropathie

B27 positive, un status après traumatisme du genou gauche et une suspicion de troubles anxieux. Cette doctoresse a fait état de plusieurs hospitalisations aux urgences en raison de crises douloureuses de sa patiente, sans qu'un diagnostic précis n'ait jusqu'alors pu être posé. Selon ses précisions, un traitement anti-TNF (anti-tumor necrosis factor alpha) avait été introduit en février 2018 mais aucun traitement n'avait jusqu'à présent démontré son efficacité. Dans le cadre de son pronostic, elle a indiqué s'être interrogée sur la présence de troubles somatoformes surajoutés, mais a estimé qu'un réel problème somatique se posait en l'état. Elle a fait mention d'une incapacité de travail entière depuis le 8 janvier 2018 en raison des difficultés observées dans les déplacements de sa patiente et a exclu à ce stade toute réadaptation professionnelle au vu des douleurs présentes. Cette même doctoresse a prescrit une reprise du travail à 30% dès le 4 juin 2018. Dans son ultime rapport médical à l'attention de la généraliste traitante, l'ancienne rhumatologue a encore relaté le 11 mai 2018 qu'elle suivait la recourante depuis octobre 2017 pour un syndrome douloureux diffus initialement attribué à une maladie de Lyme, étant donné que sa patiente avait d'abord bien répondu à un traitement de doxycycline. Cette spécialiste rapportait que cette évolution favorable ne s'était toutefois pas maintenue et que des douleurs généralisées s'étaient à nouveau manifestées au niveau du rachis et du sternum, de même que des talalgies. En l'absence certes d'une atteinte sacro-iliaque établie à l'imagerie radiologique mais en tenant compte de l'antigène HLA-B27 qui s'était avéré positif, elle avait alors supputé une spondylarthropathie avec atteinte périphérique et introduit un traitement anti-TNF (à défaut d'une réponse aux anti-inflammatoires). Elle indiquait ne pas écarter néanmoins l'hypothèse d'une fibromyalgie, mais souhaiter observer pendant trois mois la réponse de sa patiente à cette nouvelle option thérapeutique.

4.2 La généraliste traitante (dès le 20 mars 2018) a quant à elle diagnostiqué le 12 juin 2018 à l'attention de l'AI une maladie de Lyme, un syndrome douloureux (fibromyalgie) et une spondylarthrite ankylosante HLA-B27. Elle a fait état de restrictions fonctionnelles dans les positions statiques, ainsi que de douleurs chroniques faisant obstacle à une réadaptation professionnelle et limitant l'accomplissement des tâches

ménagères. Bien que décrivant une patiente volontaire, elle a concédé ses difficultés à poser un pronostic. Dans un nouveau rapport médical AI du 5 juillet 2018, cette doctoresse s'est référée à tous égards à un rapport établi le 29 juin 2018 par un nouveau médecin rhumatologue consulté le 27 juin 2018 par sa patiente, en particulier au diagnostic retenu alors par ce médecin à un degré de probabilité élevé d'une spondylarthropathie séronégative indifférenciée. La généraliste traitante a mentionné en sus que l'assurée devait répondre à son poste de travail à des exigences en termes de concentration ainsi qu'à raison d'une posture assise, et a fait état de restrictions liées aux douleurs dans les tâches ménagères. Son pronostic était qualifié de positif en raison du caractère volontaire de sa patiente. A l'appui d'un ultime rapport intermédiaire AI du 23 février 2019, cette doctoresse a indiqué que la situation médicale s'était dégradée et a à nouveau renvoyé à l'appréciation précitée du 29 juin 2018 du rhumatologue traitant, évoquant quant à elle au titre des limitations fonctionnelles une fatigue, des douleurs, des troubles de la mobilité ainsi qu'un trouble de la concentration. Le pronostic émis par cette doctoresse était réservé et sa patiente considérée comme apte à retravailler dans son activité usuelle à un taux réduit. Dans une ultime prise de position du 11 août 2020 adressée à la mandataire de sa patiente, cette médecin généraliste a encore indiqué que celle-ci présentait en sus de la spondylarthropathie des tatalgies invalidantes entraînant une surcharge de tout l'appareil locomoteur et articulaire en raison d'une marche inadéquate, de même qu'un trouble de la thymie consécutif aux douleurs omniprésentes. Elle excluait dans le contexte algique et stressant actuel une reprise du travail, même à un petit pourcentage.

4.3 De son côté, le nouveau médecin rhumatologue a transmis à l'appui d'un rapport AI du 3 février 2019 copie de ses précédents rapports de contrôle établis les 29 juin 2018 (voir c. 4.2 supra), 13 octobre 2018 et 29 janvier 2019 à l'attention de la généraliste traitante, ainsi qu'un rapport du 16 janvier 2019 relatif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) du bassin. Il ressort de ces documents que l'assurée souffre d'une spondylarthropathie séronégative non différenciée, avec un début des symptômes en août 2016 et des douleurs autrefois intermittentes changeantes, en présence d'une atteinte du squelette axial associée à des

douleurs importantes et à une rigidité matinale, d'enthésites marquées aux trochanters des deux côtés (selon l'IRM du bassin du 16 janvier 2019), aux ischions (l'IRM des articulations ilio-sacrales du 3 novembre 2017 s'étant révélée dans la norme), au niveau plantaire et au talon d'Achille droit (une sonographie du 27 juin 2018 ayant démontré une enthésite discrète à l'insertion du talon d'Achille), ainsi que de douleurs polyarticulaires par poussées selon l'anamnèse sans enflures jusqu'alors. Selon les précisions de ce médecin, un traitement par Simponi instauré en février 2018 n'avait eu que des effets modérés et les douleurs s'étaient exacerbées lors des épisodes de crises, de sorte que du méthotrexate (MTX) y avait été associé dès juin 2018, avant que le traitement ne soit changé à du MTX/Infliximab (= Remsima) à partir de septembre 2018. A la date de son rapport du 29 janvier 2019, le rhumatologue traitant indiquait qu'en raison d'une évolution insatisfaisante sous anti-TNF, un remplacement de la thérapie par des injections de Cosentyx était envisagé. L'incapacité de travail de 70% en cours était maintenue par ce médecin et une réévaluation de la capacité de travail recommandée d'ici trois à quatre mois. Dans ses rapports de contrôle ultérieurs, le rhumatologue traitant a relaté le 3 avril 2019 que sa patiente avait développé une allergie cutanée aux injections de Cosentyx, de sorte que le traitement à base de MTX/Infliximab avait été réintroduit. Il a également évoqué une importante bursite sous-acromiale révélée en mars 2019 par sonographie et en grande partie améliorée par infiltration sous-acromiale le 26 mars 2019, insistant en l'état sur la prédominance des enthésites, surtout au grand trochanter gauche et au niveau plantaire droit. En date du 6 octobre 2019, il a fait mention d'une enthésite plantaire gauche très marquée survenue le 14 juin 2019 et ayant très bien réagi à une infiltration ciblée, ainsi que d'une situation globalement meilleure sous Infliximab avec, cependant, un recul rapporté par sa patiente du bienfait des injections après un laps de temps de cinq semaines. Il a estimé difficile de se prononcer objectivement sur une composante fibromyalgique ajoutée. De son avis, il était néanmoins avéré que les douleurs scapulaires droites et aux talons s'étaient atténuées après chaque infiltration et que les douleurs au bassin avaient pu être attribuées par imagerie à une enthésite bilatérale massive des trochanters, partant que celles-ci avaient pu être clairement objectivées. Il a ajouté que sa patiente ne lui donnait nullement l'impression d'une patiente atteinte de

fibromyalgie. Le 1^{er} décembre 2019, il a relaté un épisode d'exacerbations des plaintes aux mains, aux articulations des mains, aux pieds ainsi qu'au bas du dos (sa patiente ayant photographié ses enflures aux pieds), et a annoncé un proche changement de thérapie vers du Stelara. En procédure de recours, le rhumatologue traitant a mentionné le 11 août 2020 que l'enthésite plantaire s'était pour partie améliorée du côté droit, mais qu'elle répondait moins bien au traitement de l'autre côté de sorte que l'infiltration avait dû être répétée. Ensuite de l'introduction du Stelara (en février 2020), il a constaté une amélioration des douleurs aux genoux et aux épaules, et de façon plus modérée s'agissant des enthésites au niveau du bassin. Il a réservé une consultation pour sa patiente (au bénéficiaire déjà de chaussures adaptées avec une semelle), en niant cependant toute indication opératoire. Selon lui, les plaintes exprimées étaient absolument vraisemblables et compréhensibles au vu de l'objectivation claire par IRM des importantes enthésites présentes, lesquelles étaient de plus connues pour être très douloureuses et peu réactives aux traitements. A son appréciation était joint un rapport relatif à une IRM de l'arrière-pied réalisée le 8 juillet 2020.

4.4 Dans son expertise psychiatrique du 4 février 2020 établie sur la base du dossier de la cause et d'un examen spécialisé pratiqué le 21 janvier 2020, l'expert mandaté par l'AI a exclu toute atteinte à la santé psychique ayant valeur de maladie. S'il n'a pas nié que l'assurée avait pu présenter un trouble de l'adaptation (F43) en réaction à ses maux physiques marqués et chroniques, il a souligné que ce trouble devait en tous les cas être considéré comme guéri dans un laps de temps de six mois à défaut de quoi un autre diagnostic psychiatrique propre à justifier une incapacité de travail prolongée devait être retenu. Or, de son avis, il y avait d'abord lieu d'exclure chez l'assurée un véritable trouble de la personnalité compte tenu des mécanismes de défenses très éprouvés mis en place face à la maladie ainsi que des excellentes ressources personnelles disponibles, notamment mises au jour dans le contexte professionnel et le déroulement des journées. Il a ensuite exclu tout trouble somatoforme douloureux (TSD; F45.4) persistant, dès lors que l'expertisée avait démontré de très bonnes capacités adaptatives en maintenant longtemps son engagement professionnel en dépit de ses maux, que ses

plaintes s'étaient en partie améliorées sous traitement rhumatologique ciblé et que l'on ne décelait chez elle aucune autolimitation pathologique ni centrage exagéré sur ses plaintes. Tout au plus a-t-il évoqué la présence de symptômes anxio-dépressifs en tant que réaction parfaitement normale aux plaintes somatiques, à raison desquels il a toutefois exclu une véritable psychopathologie au sens d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) - un tel diagnostic, quand bien même il devrait être retenu, étant de toute façon considéré par lui comme insuffisant pour entraver durablement la capacité de travail. Se prononçant plus spécifiquement sur la plausibilité des plaintes invoquées par l'assurée, ce même expert a indiqué qu'il n'avait pu objectiver d'éléments d'inconsistance sous l'angle psychiatrique et que les douleurs corporelles décrites lui étaient apparues adéquates et compréhensibles, sans indices en faveur d'une exagération ou d'une simulation. Il a assorti son pronostic à l'évolution des affections sur le plan physique en mettant en balance, au titre des ressources d'une part, le niveau de fonctionnement social jusqu'alors bon de la recourante et sa motivation en principe intacte à retravailler et, comme facteurs de contrainte d'autre part, sa situation médicale difficile et incertaine assortie à des douleurs persistantes et à des restrictions sous l'angle fonctionnel.

4.5 Le SMR, par l'entremise d'un médecin rhumatologue, s'est également prononcé sur le cas de l'assurée. Dans ses premières conclusions provisoires du 12 mars 2019 (car antérieures à son examen clinique alors imminent), il a retenu avec influence sur la capacité de travail une spondylarthrite indifférenciée et, à titre de diagnostic différentiel (DD), une arthrite de Lyme traitée par l'ancienne rhumatologue ayant jadis aussi évoqué une fibromyalgie. De son avis, le tableau clinique lié à cette dernière maladie était très proche de celui d'une spondylarthrite HLA-B27 sans arthrites ni atteinte axiale constatée. De façon plus générale, il a nié l'existence en l'état de limitations fonctionnelles objectivées dans l'activité usuelle exercée. Son pronostic était qualifié de favorable vu l'absence d'une pathologie inflammatoire destructrice avec déformation secondaire des articulations ou ankylose du dos. Le 11 avril 2019, ce rhumatologue a ordonné des investigations radiologiques en lien avec une éventuelle ostéoporose (niée), puis a sollicité un bilan par ultrason des enthèses ayant révélé le 3 mai 2019 une tendinopathie achilléenne droite, des enthèses

aux deux talons ainsi que des fasciites plantaires. Un consilium radiologique convoqué pour apprécier l'IRM du bassin du 16 janvier 2019 et celle de la cheville du 7 juin 2019 a fait état, le 15 juillet 2019, d'enthésites trochantériennes (davantage prononcées à gauche) et de modifications dégénératives à la colonne vertébrale et aux hanches conformes à l'âge, en l'absence par contre d'une sacro-iliite. A la suite de son examen médical du 10 avril 2019, le médecin du SMR a quant à lui retenu dans son rapport de synthèse du 24 juillet 2019 une fibromyalgie associée à une hyper-mobilité, des scores de 7 au Widespread Pain Index et de 9 à la Symptom Severity Scale avec des douleurs présentes depuis plus de trois ans et l'absence d'une autre pathologie susceptible d'expliquer l'ensemble des douleurs, une spondylarthrite indifférenciée possible avec un HLA-B27 positif, un syndrome lombo-spondylogène (sur troubles dégénératifs), un traumatisme du genou gauche en août 2016 (ancien), une tendinopathie achilléenne droite, une ferritine augmentée et une obésité à 32 kg/m². S'il a admis la possibilité d'une spondylarthrite, il a écarté toute évidence en faveur d'une maladie spécifique de ce type à défaut d'un psoriasis, d'une maladie inflammatoire des intestins, d'une arthrite réactionnelle, d'une spondylite ankylosante, d'acné, de pustulose, d'ostéite et d'hyperostose. Après en avoir vérifié les paramètres biologiques, il a également exclu une atteinte à caractère articulaire ou abarticulaire inflammatoire. Selon ses précisions, la mobilité restreinte au niveau du dos associée à des douleurs irradiantes s'expliquait par une problématique d'ordre spondylogène sur troubles dégénératifs, en l'absence par contre d'une atteinte radiculaire irritative et/ou déficitaire sensitivomotrice, d'un canal lombaire étroit, d'une myélopathie, de fractures, d'une maladie néoplasique ou d'un trouble neurologique périphérique. Quant à la tendinopathie d'Achille, il l'a considérée comme étant d'allure mécanique. Dans ce contexte médical où prédominait une fibromyalgie, il n'a pas mis en évidence de limitations fonctionnelles susceptibles de fonder une incapacité de travail significative de longue durée, hormis les troubles dégénératifs axiaux justifiant, selon lui, une baisse de rendement de 20% dans une activité légère alternant les postures et excluant les positions en porte-à-faux à répétition pour le dos, tel l'emploi idéalement profilé de conseillère en formation; de son avis, ces exigences étaient offertes au plus tard depuis l'IRM du bassin réalisée en

janvier 2019. Le responsable du SMR a néanmoins encore recommandé le 19 novembre 2019 une expertise psychiatrique en vue de vérifier si les indicateurs prévus par la jurisprudence pour reconnaître valeur invalidante à une fibromyalgie étaient cas échéant réunis. Dans ses prises de position des 17 septembre et 19 novembre 2020 en procédure de recours, le SMR, par l'entremise de ce même responsable, a confirmé les précédentes conclusions émises. Il a au surplus retenu que l'estimation de la capacité de travail par les médecins traitants reflétait davantage le ressenti de leur patiente que des limitations fonctionnelles objectivées par des substrats cliniques ou radiologiques.

5.

5.1 Les rapports du SMR (art. 49 RAI) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPG. Ces rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent des expertises médicales ou des examens médicaux auxquels il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces divers documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (c. 2.3 supra), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales requises (arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2 [passage de texte non publié du c. 3.3.2 de l'ATF 135 V 254 = arrêt TF 9C_204/2009]). Les SMR sont donc parfaitement fondés à s'appuyer sur le dossier médical pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Tel est notamment le cas lorsqu'il s'agit principalement d'apprécier un état de fait médicalement établi et que la confrontation directe du médecin avec la personne assurée passe au second plan (arrêt TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 avec références citées). Sous l'angle de l'appréciation des preuves, il y aura

néanmoins lieu de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance doit être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée par l'AI. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée devront alors également être pris en considération. Si les constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de position contractuelle de ce dernier (ATF 125 V 351 c. 3b/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 c. 4.4 - 4.6).

5.2 A première vue, l'appréciation du SMR remplit la fonction que lui assigne l'art. 49 RAI, dès lors que sont restitués au travers des diverses synthèses qui la constituent les principales investigations médicales menées (sous l'angle radiologique notamment) ainsi que les thérapies et diagnostics discutés par les médecins traitants. Le spécialiste mandaté au sein du SMR a en outre livré son propre bilan rhumatologique en l'articulant autour de paramètres d'investigation précis et en l'intégrant dans un contexte médico-social décrit avec minutie (données subjectives, traitements, activité socio-professionnelle, anamnèses psycho-sociale, familiale et par système, vie quotidienne, activités ménagères, habitus). Ses observations cliniques du 10 avril 2019 ont été complétées par des données de laboratoire recueillies le même jour, ainsi que par les résultats du bilan sonographique du 3 mai 2019 et du consilium radiologique du 15 juillet 2019 ordonnés préalablement à son examen (c. 4.5 supra). Nonobstant le soin voué à son travail, son appréciation diagnostique ne convainc cependant pas. En effet, celle-ci dénote d'emblée une certaine incohérence à mesure qu'est évoquée à son appui une fibromyalgie prédominante davantage à même selon ce spécialiste d'expliquer les plaintes de l'assurée qu'une spondylarthrite, sans que ne soit pour autant définitivement écarté le second diagnostic considéré en tout état de cause comme possible en présence d'un HNA-B27 positif et d'une certaine réactivité aux traitements notamment anti-TNF introduits. Or, cette lacune de départ apparaît d'autant plus insurmontable que l'hypothèse d'une fibromyalgie (jadis aussi évoquée par l'ancienne rhumatologue traitante qui

n'a pour autant jamais mis en doute l'existence d'un problème somatique; c. 4.1 supra) a été par la suite très nettement réfutée au début 2020 par un expert psychiatre et qu'à sa suite, l'Office AI a exclu cette pathologie dans sa décision contestée. Dans le cadre de son évaluation spécialisée, l'expert précité a en outre écarté tout élément d'inconsistance, d'incohérence ou encore d'aggravation en lien avec les douleurs physiques décrites par la recourante. L'absence d'un étayage clinique pour ces mêmes plaintes dont s'est prévalu le médecin du SMR pour minorer la portée de la spondylarthrite diagnostiquée a par ailleurs été contestée par le rhumatologue traitant qui, après avoir d'abord uniquement supputé (avec un haut degré de probabilité toutefois; c. 4.2 supra) une spondylarthrite au vu des enthésites présentes à la palpation (donc déjà établies à son examen clinique), a été en mesure d'en poser le diagnostic définitif sur le vu de l'IRM du bassin du 16 janvier 2019 ayant démontré des enthésites marquées aux trochanters des deux côtés. Ainsi qu'il l'a précisé à l'appui de son ultime rapport du 11 août 2020, la présence révélée à l'IRM du 8 juillet 2020 de l'arrière-pied d'enthésites massives au niveau plantaire également à raison d'une aponévrosite (ou talalgie) nette sur un probable petit éperon calcanéen associée à un petit œdème osseux l'a ultérieurement encore conforté dans son évaluation diagnostique.

5.3 Certes, pour contrer cette appréciation médicale et asseoir la thèse d'une origine mécanique à l'égard des importantes enthésites trochantériennes constatées à l'IRM du 16 janvier 2019 (celles, également massives, révélées au niveau plantaire ne l'ayant été qu'après leurs consilium et examen médical respectifs), les médecins radiologues et le rhumatologue du SMR ont souligné l'absence chez l'assurée d'une symptomatologie inflammatoire ainsi que celle d'une sacro-iliite typiques d'une spondylarthrite. Ce faisant, ils ont toutefois occulté le contexte particulier évoqué par le rhumatologue traitant d'une spondylarthropathie séronégative indifférenciée associée au gène de prédisposition HLA-B27, partant le cas de figure singulier où la maladie ne présente précisément pas les caractéristiques d'autres spondylarthropathies spécifiques. Or, dans ce contexte donné, le spécialiste traitant a estimé que la symptomatologie lombaire basse présente chez sa patiente, les exacerbations de douleurs polyarticulaires survenant par poussées, de même que les enthésites

prépondérantes constatées aux SIPS (spina iliaca posterior superior), aux trochanters, aux ischions, aux talons d'Achille ainsi qu'au niveau plantaire (surtout du côté droit) s'avéraient parfaitement compatibles avec une atteinte rhumatologique de ce type. Le rhumatologue traitant a même souligné que l'absence d'un syndrome inflammatoire aux analyses chimiques de laboratoire était fréquente en cas de spondylarthrite séronégative indifférenciée associée à un HLA-B27, tout comme celle d'une sacro-iliite (pour tout ce qui précède: dos. int. 41/16). N'en contredise le SMR dans sa prise de position du 17 septembre 2020 (p. 4) devant le TA, l'absence d'arthrites florides surajoutées aux importantes enthésites révélées aux imageries ne saurait dès lors s'avérer d'emblée à elle seule déterminante pour nier toute limitation fonctionnelle durable de la capacité de travail. Le fait par ailleurs que l'assurée ait démontré d'excellentes ressources dans la gestion de sa maladie et de son quotidien ne permet pas non plus d'en inférer, contrairement à ce que semble faire - en partie, du moins - le SMR dans sa prise de position du 19 novembre 2020 (p. 5), qu'elle est à même de supporter ses douleurs dans une activité exercée à plein temps avec pour unique réserve une perte de rendement de 20% imputable à la problématique axiale (atteinte que ce même SMR avait au reste d'abord exclue; c. 4.5 supra). A cet égard, on précisera encore que l'ampleur des plaintes rapportée à raison des enthésites ne peut être relativisée au seul motif qu'elles ne répondent que partiellement, voire pas du tout, aux thérapies spécifiques introduites (contra et in fine: dos. 88/5). Ainsi qu'explicité dans le dernier rapport de contrôle du 11 août 2020 du rhumatologue traitant, il est en effet connu que ce type de symptomatologie ne réagit qu'insuffisamment aux traitements. Enfin, on ne saurait perdre de vue que le tableau clinique décrit par le rhumatologue traitant est en constante évolution en présence d'enthésites achilléennes et plantaires d'abord décrites comme discrètes en juin 2018, puis comme massives à partir de 2020, respectivement avec l'apparition rapportée dès mars 2019 d'une arthrite sternoclaviculaire gauche récidivante et d'une chondrite costosternale du même côté (établie cliniquement). De plus et alors que les crises originelles de douleurs polyarticulaires n'étaient nullement associées à des enflures, le rhumatologue de la recourante a relaté le 1^{er} décembre 2019 un récent épisode (apparu le mois précédent) d'exacerbations des plaintes aux pieds notamment, lors duquel l'assurée avait observé et même

photographié des enflures à ceux-ci. Cette péjoration graduelle du tableau clinique a au reste été également décrite par la généraliste traitante (c. 4.2 supra).

5.4 Au degré probatoire de la vraisemblance prépondérante exigé en droit des assurances sociales (ATF 144 V 427 c. 3.2), il faut dès lors conclure que l'appréciation médicale du SMR ne permet pas de trancher de manière fiable les droits litigieux. Les incertitudes et les contradictions qui s'en dégagent par rapport aux prises de position des médecins de famille, en particulier celles émanant de l'actuel rhumatologue qui est en mesure de justifier qui plus est d'un suivi médical régulier depuis juin 2018, ne permettent pas de lui reconnaître entière valeur probante. Cette conclusion s'impose à plus forte raison qu'une expertise rhumatologique externe n'a pas été ordonnée en l'espèce par l'intimé et qu'il y a lieu dans ce cas de poser des exigences plus sévères sous l'angle de l'appréciation des preuves (voir c. 4.1 supra). Il s'ensuit que l'intimé a violé le principe inquisitoire (voir c. 2.4 supra) en s'appuyant dans sa décision contestée sur l'unique source médicale émanant de son SMR pour statuer sur le droit à la rente de l'intéressée. A ce stade, ni l'appréciation du rhumatologue traitant, ni celle de la généraliste traitante ne permettent cependant de déterminer l'intensité des répercussions fonctionnelles encourues par la recourante, ni d'établir le profil d'exigibilité idéal offert en dépit de ces dernières. Il se justifie dès lors d'annuler la décision querellée et de renvoyer le dossier à l'Office AI en vue d'une instruction complémentaire sous forme notamment d'une expertise médicale rhumatologique. En possession de ces données, l'Office AI rendra (après dû préavis) une nouvelle décision sur le droit à la rente (qui sera aussi sujette à recours devant le TA). In casu, le renvoi à l'Office AI pour instruction des points litigieux se justifie pleinement, dès lors qu'il touche à des questions qui n'ont pas du tout été éclaircies par l'assureur social. Il est d'ailleurs à juste titre requis dans les conclusions principales du recours. Une instruction au niveau du TA violerait le droit d'être entendue de l'assurée et la priverait d'une instance de décision (TF 9C_243/2010 du 28 juin 2011 c. 4.4.1.4); elle aurait pour conséquence en outre de restreindre les investigations à mener à la date de la décision présentement contestée.

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre le recours et d'annuler la décision de l'Office AI du 17 juillet 2020, ainsi que de renvoyer le dossier à l'intimé afin qu'il procède à une instruction complémentaire au sens des considérants et rende ensuite une nouvelle décision.

6.2 Les frais de la procédure devant le TA, 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 et al. 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais de Fr. 800.- versée par la recourante sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.

6.3 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 132 V 215 c. 6.2). Assistée d'une avocate agissant à titre professionnel, la recourante a donc droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA. Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 3 décembre 2020, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité objectives de la seule procédure judiciaire (plusieurs heures facturées par la mandataire de l'assurée se rapportent à des activités antérieures à la décision contestée ou sans lien avec la procédure de recours), ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, sont fixés à un montant forfaitaire de Fr. 4'200.- (15 heures à Fr. 270.- + Fr. 150.- de débours).

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de la présente 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. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 4'200.- à titre de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la mandataire de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué:
 - à la Caisse de pension C. _____,
 - à D. _____,
 - à la Pensionskasse E. _____.

Le président:
e.r. C. Meyrat Neuhaus, juge

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite 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).