

**200.2021.480.AI**  
N° AVS  
DAL/EGC

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

**Jugement du 15 mai 2022**

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président  
M. Moeckli et A.-F. Boillat, juges  
L. D'Abruzzo, 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 28 mai 2021



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1971, employée postale depuis 1988, puis conseillère à la clientèle depuis le 1<sup>er</sup> mai 2001, a abandonné ce dernier emploi avec effet au 31 août 2005. Elle a ensuite travaillé à temps partiel en tant que collaboratrice administrative auprès d'un grand distributeur depuis le 1<sup>er</sup> mai 2007. Depuis le 1<sup>er</sup> mai 2013, elle a travaillé à 30%, et dès le mois de mars 2016 à 50%, comme vendeuse dans une entreprise de jardinerie.

Le 18 février 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), requérant un reclassement dans une nouvelle profession, un placement ou une rente, et indiquant souffrir d'une entorse cervicale depuis le 26 décembre 2000. Par décisions des 18 mars et 11 avril 2005, l'Office AI Berne a alloué rétroactivement à l'assurée une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2003. Lors de deux procédures de révision, par communications à l'assurée des 21 novembre 2007 et 18 janvier 2012, la demi-rente d'invalidité a été confirmée. Le 23 janvier 2014, l'Office AI Berne a ouvert une nouvelle procédure de révision d'office de la rente d'invalidité. Après s'être enquis de la situation médicale de l'assurée auprès de l'employeur et de la neurologue traitante, l'Office AI Berne a organisé une expertise pluridisciplinaire en médecine interne, neurologie, psychiatrie et neuropsychologie auprès d'un centre lié à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), en se fondant sur un avis du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR). Sur la base du rapport d'expertise du 5 mai 2015, l'Office AI Berne a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée, par décision du 15 mars 2016. Cette décision a été successivement confirmée par le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) le 7 mars 2017 (JTA AI/2016/441 du 7 mars 2017), puis par le Tribunal fédéral (TF) le 4 juillet 2017 (TF 9C\_288/2017). Le 9 avril 2019, l'Office AI Berne a refusé d'entrer en matière sur une demande de l'assurée du 16 janvier 2019, au motif que la situation professionnelle ou médicale de celle-ci ne s'était pas notablement modifiée.

## **B.**

Le 22 janvier 2020, l'assurée a déposé une nouvelle demande AI, invoquant en particulier une hospitalisation du 8 au 30 janvier 2020 auprès d'un hôpital universitaire, spécialisé en neurologie. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a actualisé le dossier médical de l'assurée en se procurant notamment le rapport de sortie de l'hôpital précité et un rapport du médecin traitant. A la suite d'un séjour de l'assurée dans une clinique de réadaptation du 7 septembre au 4 octobre 2020, l'Office AI Berne a encore recueilli divers rapports. Il a également requis le dossier de l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'assurée, incluant un rapport d'assessment du 22 décembre 2020. Sur la base de ce dernier document et de l'avis du SMR du 15 janvier 2021, l'Office AI Berne, par préorientation du 12 mars 2021, a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser tout droit à une rente. Nonobstant les objections du 20 avril 2021, l'Office AI Berne a confirmé le contenu de sa préorientation dans une décision du 28 mai 2021.

## **C.**

L'assurée, désormais représentée par un avocat, a porté le litige devant le TA le 28 juin 2021 en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision de l'Office AI Berne du 28 mai 2021 et, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité, ainsi qu'à des mesures professionnelles adaptées, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité précédente pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans sa réponse du 30 août 2021, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Par courrier du 21 septembre 2021, le mandataire de l'assurée a déposé sa note d'honoraires.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision du 28 mai 2021 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 cette décision et, principalement, sur l'octroi d'une rente, ainsi que des mesures professionnelles adaptées à l'état de santé de l'assurée de même que, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Est particulièrement critiqué par la recourante le refus par l'Office AI Berne de lui reconnaître une atteinte à la santé invalidante, sur la base du rapport d'assessment du 22 décembre 2020.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

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

## 2.

**2.1** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). 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 qui entre en considération, 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 LPGGA, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2021, voir art. 82a LPGGA *a contrario*: disposition transitoire de la modification du 21 juin 2019; FF 2018 1631). 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 LPGGA).

**2.2** Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGGA, et en particulier l'art. 7 al. 2 LPGGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 145 V 215 c. 5.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance

éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4).

**2.3** Selon 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 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'ancien art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, RO 2007 5129; voir ATF 146 V 364 c. 7.1), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

**2.4** Lorsqu'une nouvelle demande ou une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'AI [RAI, RS 831.201]). Si l'administration accepte d'entrer en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner la cause quant au fond (examen matériel) et vérifier si la modification du degré d'invalidité alléguée par l'assuré s'est réellement produite; elle procédera alors d'une manière analogue à celle qui est applicable à un cas de révision selon l'art. 17 al. 1 LPG (SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2). Si elle constate que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié depuis la décision précédente passée en force, elle rejette la nouvelle demande. Sinon, elle examine d'abord si la modification constatée suffit pour admettre, cette fois, une invalidité ouvrant droit à une rente et rend une décision en conséquence. En cas de recours, la même obligation d'examiner l'affaire quant au fond incombe aussi au juge (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1).

**2.5** Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et

éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1).

**2.6** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des moyens de preuve disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

### **3.**

**3.1** A l'appui de la décision contestée, l'Office AI Berne a considéré qu'il n'existait pas d'atteinte à la santé invalidante. En se basant notamment sur le rapport d'assessment du 22 décembre 2020, il a en particulier jugé que le profil d'exigibilité de la recourante était inchangé depuis la dernière décision matérielle entrée en force et qu'une activité légère, tenant compte de l'atteinte dorsale, était toujours exigible sur le plan somatique. Procédant à une comparaison des revenus selon la méthode générale, tout en refusant de procéder à un abattement de 10%, l'intimé est parvenu à un degré d'invalidité de 36% et a donc exclu l'octroi d'une rente. Quant aux mesures professionnelles requises par la recourante, l'intimé a constaté que celle-ci disposait des connaissances et compétences nécessaires pour exercer une activité adaptée, à plein temps, sans diminution de rendement, de sorte qu'une aide au placement ne se justifiait pas.

**3.2** La recourante a quant à elle contesté la force probante du rapport d'assessment du 22 décembre 2020 et principalement son volet psychiatrique. Selon elle, ce rapport serait incomplet et ne permettrait pas de faire une analyse selon les indicateurs standards. Elle a reproché en

particulier à l'Office AI Berne de ne pas avoir tenu compte des diagnostics avancés par les médecins traitants. La recourante a également affirmé que ses limitations fonctionnelles avaient réduit de manière drastique les activités réalisables sur le marché de l'emploi, justifiant un abattement d'au moins 10%, ainsi que la mise en œuvre de mesures professionnelles.

#### **4.**

Il ressort du dossier les faits pertinents suivants :

**4.1** La décision de suppression de rente du 15 mars 2016 s'appuyait principalement sur une expertise pluridisciplinaire dont les conclusions avaient été rédigées dans un rapport du 5 mai 2015 (dos. AI 89.1). Sans répercussion sur la capacité de travail, les diagnostics de traits de la personnalité anankastique et histrionique (ch. F60.5 et 60.4 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'Organisation mondiale de la santé [CIM-10]), de syndrome douloureux somatoforme persistant (ch. F45.40 CIM-10), ainsi que les diagnostics de troubles algiques de l'équilibre et de la voix, d'obésité de stade II, d'hypertension artérielle, d'hypothyroïdie substituée, de glaucome bilatéral, de rhinite et asthme allergiques et de reflux gastro-œsophagien avaient été posés. Sur le plan rhumatologique, une tendinite et désinsertion partielle du muscle tibial postérieur gauche avec fasciite plantaire avaient été diagnostiquées avec une répercussion sur la capacité de travail (dos. AI 89.1/28). Sur la base de ces constatations, l'expertise retenait une capacité de travail de 100% avec un rendement conservé dans toute activité n'impliquant pas des stations debout prolongées, ni des déplacements fréquents, particulièrement sur un terrain irrégulier (dos. AI 89.1/32).

**4.2** Dans le cadre de l'instruction matérielle de la procédure de nouvelle demande ici litigieuse, les éléments médicaux principaux suivants ressortent du dossier:

**4.2.1** Dans le rapport de sortie du 11 mars 2020 d'un hôpital universitaire spécialisé en neurologie, la médecin-chef a retenu les diagnostics de

douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (ch. F45.41 CIM-10), de déficit sensitivo-moteur de l'hémicorps droit, de mastocytose systémique, de lésions médullaires cérébrales, de carence en vitamine-D, ainsi que les diagnostics d'hypertension artérielle, d'hypothyroïdie substituée, de thrombose veineuse profonde de la jambe droite, de glaucome et de lésion méniscale du genou droit (dos. AI 144/2). Le rapport a non seulement révélé de multiples allergies déclenchées par divers aliments et odeurs, mais aussi une fibromyalgie caractérisée par une hypersensibilité aux médicaments, une fatigue chronique, une phonophobie et une photophobie (dos. AI 144/4). En raison d'une consolidation nécessaire des progrès réalisés lors de l'hospitalisation, l'assurée a été inscrite pour un suivi en milieu hospitalier dans une clinique thérapeutique, afin de poursuivre la physiothérapie et clarifier les allergies et la mastocytose constatées. Le rapport médical du médecin traitant du 5 avril 2020, lequel a reçu la patiente en consultation le 6 janvier 2020, a entièrement renvoyé au rapport de sortie de l'hôpital universitaire et a confirmé une incapacité de travail de 100% du 6 janvier au 10 avril 2020 (dos. AI 150/3 ss).

**4.2.2** Le certificat médical du 20 mars 2020 établi par le service médical de la clinique thérapeutique suite au traitement hospitalier de l'assurée du 30 janvier au 27 mars 2020, adressé à l'assureur-maladie perte de gain, a fait état de blocage aux cordes vocales, de soucis de respiration, de douleurs sur le côté droit du corps et d'allergies aux odeurs. Il en ressort une incapacité de travail de 100% de l'assurée du 8 janvier au 10 avril 2020. Concernant d'éventuelles restrictions en lien avec l'activité exercée, le service médical a relevé des difficultés pour marcher et pour rester debout sur une longue durée. Il a également mentionné que le contact avec de fortes odeurs et particulièrement avec les substances auxquelles l'assurée était allergique devait être évité. Le service médical a conclu que l'activité exercée par l'assurée n'était plus tolérable sur le plan médical et que sa capacité de travail était réduite en raison de lourdes charges qu'elle était amenée à porter. Il a précisé que ces restrictions ne pouvaient être réduites par des mesures médicales, au vu de la faible probabilité à trouver un remède aux allergies invalidantes de l'assurée et a recommandé une reconversion professionnelle. Il ressort en revanche du

certificat, que l'assurée serait apte à travailler dans une activité de bureau (dos. AI 152.2/1 s.).

**4.2.3** Le certificat médical de l'allergologue du 11 juillet 2020 a attesté que l'assurée souffrait d'un syndrome d'activation mastocytaire qui se traduisait par une intolérance à divers médicaments et aliments (dos. AI 172/23).

**4.2.4** Quant au rapport de sortie de la clinique de réadaptation du 23 octobre 2020, suite au séjour de l'assurée du 7 septembre au 4 octobre 2020, il en ressort les diagnostics de syndrome douloureux persistant (ch. F45.4 CIM-10), de dépression sévère récurrente sans symptôme psychotique à tendance mixte (ch. F33.2 CIM-10) et de trouble mixte de la personnalité (ch. F61 CIM-10; dos. AI 166/5). Des comorbidités ont également été constatées, telles qu'une hernie discale L4/L5, un déficit sensitivo-moteur de l'hémicorps droit, une hypertension artérielle, de l'hypothyroïdie, un glaucome chronique, une mastocytose, une migraine et des céphalées de tension, ainsi que des allergies multiples de type I. Par ailleurs, une évaluation a été faite par le médecin-chef en musculosqueletique, lequel a confirmé une hernie discale L4/L5 gauche, observée lors d'une IRM lombaire du 22 octobre 2020 (dos. AI 172/24). Dans le rapport médical intermédiaire pour la réadaptation professionnelle/rente du 15 novembre 2020, le psychiatre de la clinique de réadaptation a confirmé les diagnostics posés dans le rapport de sortie du 23 octobre 2020. Il a retenu une incapacité de travail à 100% du 5 octobre au 2 novembre 2020 et a reconnu une limitation totale de l'activité lucrative de l'assurée sans autres activités exigibles, avec toutefois une capacité de travail réduite en cas d'amélioration de l'état de santé neurologique et émotionnel de cette dernière (dos. AI 166/2).

**4.2.5** Dans un rapport du 23 décembre 2020, le SMR a constaté, en se référant au rapport de sortie de la clinique de réadaptation du 23 octobre 2020, que des douleurs dues à une hernie discale dans la région L4/L5 persistaient et qu'une intervention chirurgicale était indiquée, sans qu'il ne soit possible d'estimer à quel moment une telle intervention devait avoir lieu. Sur le plan neurologique, le SMR a relevé la présence de migraines, de céphalées tensionnelles, ainsi que d'hémiplégies. En outre,

l'évolution de la maladie a mis en évidence la présence de douleurs rhumatologiques, ainsi que d'autres déficiences immunologiques dans le cadre de la mastocytose et de la réaction allergique de type I. Le SMR a constaté qu'un trouble mixte de la personnalité avait été retenu par la clinique de réadaptation, ce qui perpétuait également les symptômes dépressifs récurrents, ainsi que les douleurs chroniques selon le chapitre F de la CIM-10. Le SMR a souligné que la poursuite des mesures de traitement ambulatoires psychiatrique, psychothérapeutique et psychosomatique était toujours indiquée pour une période de minimum six mois. Partant, en raison de l'évolution décrite de la maladie et dans le but d'obtenir des clarifications supplémentaires, le SMR a recommandé la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire dans les domaines de la psychiatrie, de la rhumatologie et de la neurologie.

**4.2.6** Dans son rapport médical pour la réadaptation professionnelle/rente du 13 décembre 2020, le médecin traitant a relevé une dégradation de l'état de santé de l'assurée depuis sa sortie de la clinique de réadaptation et a souligné des douleurs polyarticulaires ainsi qu'une myalgie, l'assurée devant se déplacer avec des béquilles. Pour le reste, il a entièrement renvoyé au rapport de la clinique de réadaptation (dos. AI 167/2 s.).

**4.2.7** Mise en œuvre par l'assureur-maladie perte de gain, un assessment pluridisciplinaire a été réalisé sur la base d'examens personnels de l'assurée des 17 novembre, 4 et 16 décembre 2020.

Sur le plan neurologique, le spécialiste a posé les diagnostics de lombosciatalgie bilatérale sans déficit neurologique, ainsi que de céphalées tensionnelles. Il a constaté une absence de tout déficit moteur lors de l'habillage et du déshabillage de l'assurée et n'a relevé aucun argument pour une symptomatologie vestibulaire. Partant, sur le plan neurologique, le spécialiste a affirmé qu'il n'y avait pas d'arguments pour limiter l'activité de l'assurée. La capacité de travail dans l'activité habituelle a dès lors été évaluée à 100%, comme dans une activité adaptée (dos. AI 172/7).

Sur le plan psychiatrique, le spécialiste n'a pas relevé de symptômes en faveur d'un trouble psychotique, ni de signes cliniques en faveur d'un trouble de la personnalité (dos. AI 172/9 s.). Il a posé le diagnostic de

troubles de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, en rémission partielle (ch. F43.21 CIM-10). Selon le psychiatre, qui a expressément écarté les diagnostics de dépression récurrente, de dépression sévère sans symptôme psychotique et de trouble somatoforme douloureux, l'unique diagnostic retenu ne constituait pas un frein à une activité professionnelle. Partant, du point de vue strictement psychiatrique, il a exclu toute limitation fonctionnelle et a attesté une capacité de travail de 100% dans toute activité.

Sur le plan rhumatologique, les diagnostics de lombosciatalgie bilatérale et de fibromyalgie ont été posés (dos. AI 172/12). Le spécialiste a évalué la capacité de travail de l'assurée à 50% dans l'ancienne activité et à 100% dans une activité adaptée, c'est-à-dire une activité épargnant le dos, en particulier évitant les positions en porte-à-faux et le port de charges supérieures à 5 kg, et évitant l'utilisation d'escaliers, d'escabeaux ou d'échelles au vu du risque de chute. Partant, sur le plan rhumatologique, le spécialiste en rhumatologie a considéré qu'avec un programme de traitement efficace et sans l'émergence de complication autre, la capacité de travail dans l'activité habituelle pouvait être retrouvée au 4 juin 2021 (dos. AI 172/13).

Sur le plan de la médecine interne générale, la spécialiste a retenu comme unique diagnostic des allergies multiples, notamment médicamenteuses et alimentaires. Faute d'investigations spécifiques, elle n'a en revanche pas posé le diagnostic de mastocytose systémique. Elle a toutefois considéré celui-ci comme étant convaincant. La spécialiste a considéré que les allergies multiples influençaient le profil d'effort de l'assurée. Ainsi, elle a indiqué que l'activité professionnelle devait avoir lieu en milieu tempéré, sans relation avec le public, dans un local où celle-ci était seule à travailler, et sans exposition à des odeurs telles qu'odeurs de cuisine, parfums, produits nettoyants, ni à des plantes, des animaux ou des produits chimiques. Elle a attesté d'une capacité de travail nulle dans la dernière activité et de 100% dans un environnement adapté (dos. AI 172/18).

## **5.**

D'emblée, il convient de relever que l'Office AI Berne est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du 22 janvier 2020 (appréciation que le TA ne saurait remettre en cause: ATF 109 V 108 c. 2b). Il s'agit dès lors d'examiner si l'instruction matérielle du dossier permet de constater, au degré de la vraisemblance prépondérante (niveau de preuve exigé de façon générale en droit des assurances sociales: ATF 144 V 427 c. 3.2), la modification notable du degré d'invalidité telle qu'invoquée par la recourante, depuis le 15 mars 2016 (date de la suppression de la demi-rente d'invalidité, soit la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente; voir ATF 133 V 108 c. 5.4). Le cas échéant, il conviendra de déterminer si la recourante a présenté un degré d'invalidité suffisant pour ouvrir un droit à des prestations AI (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1).

## **6.**

Il y a tout d'abord lieu d'examiner la valeur probante du rapport d'assessment du 22 décembre 2020.

**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**

**6.2.1** Il est vrai que le rapport d'assessment pluridisciplinaire du 22 décembre 2020 a été élaboré par des spécialistes dont les qualifications

ne sauraient être remises en question, lesquels ont procédé à des examens personnels de la recourante et ont pris en compte les plaintes subjectives de celle-ci. Il n'en demeure pas moins qu'un doute subsiste quant à la force probante suffisante de ce document, tout d'abord formelle, pour juger de la situation médicale globale de la recourante. Ainsi, l'anamnèse (familiale, personnelle, sociale et professionnelle) et la description du contexte médical sont très succinctes. De plus, les autres avis médicaux antérieurs figurant au dossier n'ont pas été retranscrits dans l'assessment, laissant penser qu'une étude fouillée et consciencieuse du dossier n'a pas été menée. Quant aux conclusions des spécialistes ayant participé à l'assessment, elles ne sont que très sommairement motivées, faisant apparaître des lacunes lors de la genèse de cet assessment. Par conséquent, sur le plan strictement formel, l'ensemble du rapport d'assessment ne semble pas satisfaire aux exigences jurisprudentielles. Sur le vu des considérants qui suivent, ce point peut cependant demeurer indécis.

**6.2.2** Sur le plan matériel, il convient de souligner que seul le volet psychiatrique de l'assessment pluridisciplinaire a été critiqué par la recourante. Le spécialiste en psychiatrie a tout d'abord rejeté le diagnostic de trouble mixte de la personnalité (ch. F61 CIM-10) retenu par le médecin psychiatre de la clinique de réadaptation, en raison d'absence de symptômes en faveur de trouble psychotique et d'absence de signe clinique de trouble de la personnalité (dos. AI 172/9). Le spécialiste a également constaté qu'il n'y avait pas de signe physique en faveur d'un état anxieux, pas de tristesse exprimée, ni de crise de larmes. A l'évocation de ses douleurs, l'assurée n'avait pas non plus rapporté de contexte émotionnel ou psychosocial particulier. Quant au diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant (ch. F45.4 CIM-10), il n'a pas été retenu car l'assurée n'avait exprimé aucune détresse dans l'évocation de ses douleurs. De surcroît, de l'avis du spécialiste en psychiatrie, il n'existait pas de conflit émotionnel ou de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour être considérés comme la cause essentielle du trouble (dos. AI 172/9). Or, le rapport de la clinique de réadaptation fait notamment état d'évitements multiples de la part de la recourante avec en particulier un évitement de la relation affective au long cours, s'illustrant par plusieurs

ruptures affectives et une hypersensibilité dans les relations interpersonnelles affectives (dos. AI 163/3). Le spécialiste en psychiatrie ayant participé à l'assessment n'a toutefois pas analysé si ces caractéristiques symptomatiques reflétaient un diagnostic de trouble de la personnalité. Il s'est contenté d'écarter ce diagnostic, sans qu'un travail minutieux sur ce point n'ait été réalisé. Il ressort également de l'assessment, que l'assurée a éprouvé des difficultés dans la gestion de son quotidien, qu'elle a ressenti un épuisement physique et psychique ainsi qu'une baisse de l'élan vital (dos. AI 172/8). Si le spécialiste rapporte ces symptômes lors de la synthèse de l'assessment, il n'en tire en revanche aucune conclusion.

**6.2.3** Quant au diagnostic de dépression sévère récurrente sans symptôme psychotique (ch. F33.2 CIM-10) posé dans le rapport de la clinique de réadaptation (dos. AI 166/5), celui-ci a été rejeté par le spécialiste ayant participé à l'assessment. Il a expliqué ce rejet en raison de l'absence de critères constitutifs d'un épisode dépressif et de l'absence d'épisode dépressif antérieur (dos. AI 172/9). Cette évaluation porte toutefois également le flanc à la critique, dans la mesure où elle n'est pas véritablement étayée et met en lumière des lacunes dans l'étude du dossier médical de la recourante. Le spécialiste en psychiatrie n'a tout d'abord fait qu'évoquer et n'a pas discuté les symptômes ressortant de son examen, tels que la perte d'élan vital, la sensation de fatigue ou la baisse de moral de la recourante. Il n'a en particulier pas relevé dans quelle mesure ces symptômes appuyaient ou rejetaient la thèse d'une dépression sévère ou s'ils étaient plutôt le reflet d'une dépression moyenne ou légère. Il a également fait abstraction des antécédents familiaux de dépression sévère récurrente. Le psychiatre responsable de l'assessment n'a pas non plus discuté des antécédents de dépression masquée à la perte du père (décès prématuré quand l'assurée avait 27 ans; dos. AI 166/6), constatés par la clinique de réadaptation. Il n'a en effet pas traité de la question de l'absence de plaintes et des émotions refoulées de l'assurée, alors que, selon le rapport de la clinique de réadaptation, la souffrance vécue serait significative au vu des syndromes ressortant du dossier médical (dos. AI 163/3). Si le spécialiste en psychiatrie rédacteur de l'assessment rejoint les constatations de la clinique de réadaptation concernant l'absence d'idées

suicidaires, de troubles anxieux selon les critères CIM-10 ou de symptômes de psychose (dos. AI 172/9), il a en revanche totalement occulté l'épisode de dissociation émotionnelle durable suite au décès du père de l'assurée. Celui-ci n'a à aucun moment pris en compte la réalité inhibée de l'assurée pour supporter le traumatisme psychique vécu. Partant, non seulement le rejet du diagnostic de dépression sévère récurrente sans symptôme psychotique n'a pas été suffisamment motivé, mais le diagnostic de dépression masquée (ch. F32.8 CIM-10) n'a quant à lui tout simplement pas été abordé par le spécialiste. Celui-ci n'en fait d'ailleurs aucune mention dans son rapport, alors que la clinique de réadaptation fait expressément état de critères ressortant du contexte médical de la recourante, de son contexte familial et de son comportement appuyant la vraisemblance d'un tel diagnostic de dépression masquée.

**6.2.4** Finalement, le spécialiste en rhumatologie ayant participé à l'assessment a diagnostiqué une fibromyalgie (ch. M 79.7 CIM-10) avec quatre éléments positifs au test Waddell (dos. AI 172/12), sans que le psychiatre n'y fasse aucunement référence dans sa partie de l'assessment, alors qu'il s'agit de toute évidence d'un aspect qu'il devait traiter. Le rhumatologue a en effet indiqué qu'il existait une certaine discordance entre, d'une part, l'ampleur des plaintes, et d'autre part, les constatations objectives et les éléments cliniques examinés (dos. AI 172/13). En dépit du diagnostic rhumatologique de fibromyalgie, le psychiatre se devait de confirmer ou de réfuter l'hypothèse d'une majoration/exagération des symptômes. Or, les deux parties de l'assessment n'ont pas été mises en corrélation lors de la synthèse pluridisciplinaire.

**6.3** L'assessment a en outre été mandaté par l'assureur-maladie perte de gain et les spécialistes y ayant participé ont ainsi été amenés à répondre à des questions spécifiques dans ce contexte. Si cet assessment était éventuellement suffisant pour que l'assureur concerné ait été en mesure de statuer sur le point qu'il avait à examiner, tel n'est en revanche pas le cas s'agissant de la question du droit aux prestations de l'AI. Certes, le simple fait que l'assessment ait été organisé par l'assureur-maladie perte de gain ne suffit pas à remettre en cause la valeur probante du rapport (ATF 125 V 351 c. 3b/bb). Il n'en demeure pas moins que dans le cas

d'espèce, la situation globale d'incapacité de travail et de gain permanente de la recourante n'a pas été véritablement investiguée. En particulier, elle ne l'a pas été s'agissant de la question de savoir si l'assurée avait présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI); seuls le médecin traitant et la clinique de réadaptation ont attesté d'une incapacité de travail du 6 janvier au 10 avril 2020, puis du 7 septembre au 2 novembre 2020. La clinique de réadaptation a également relevé – constat repris par le SMR – une limitation totale de l'activité lucrative de l'assurée sans autres activités exigibles avec toutefois une capacité de travail réduite en cas d'amélioration de l'état de santé neurologique et émotionnel, ainsi que la recommandation d'une intervention chirurgicale concernant une hernie discale dans la région L4/L5, sans qu'il ne soit cependant possible d'estimer à quel moment une telle intervention devait avoir lieu (voir c. 4.2.4). Ces éventuelles évolutions dans l'état de santé émotionnelle et physique de l'assurée ne permettent pas de déterminer si le diagnostic retenu l'est de manière provisoire, et, le cas échéant, jusqu'à quand. Par conséquent, pour cette raison également, l'assessment n'est pas probant quant au caractère durable de l'atteinte à la santé.

**6.4** Quant aux appréciations du psychiatre de la clinique de réadaptation, elles ne permettent pas non plus de convaincre le TA. Le rapport de la clinique de réadaptation se distancie tout d'abord de l'assessment quant à l'évaluation de la capacité de travail de la recourante, puisque dans l'ensemble, selon le rapport, la capacité de travail de l'assurée serait nulle. Une telle estimation s'éloigne considérablement de celle du spécialiste en psychiatrie ayant procédé à l'assessment qui estime pour sa part la capacité de travail de la recourante à 100%. Or, il n'est pas possible d'établir sur la base du rapport de la clinique, dans quelle mesure l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, d'un trouble mixte de la personnalité ou d'une dépression sévère récurrente impacterait la capacité de travail de l'assurée. En tout état de cause, au vu notamment de la prise de position du SMR du 23 décembre 2020, une expertise pluridisciplinaire est requise dans les domaines de la psychiatrie, de la rhumatologie et de la neurologie, afin que l'Office AI Berne soit valablement en mesure d'évaluer la capacité de travail de l'assurée (dos. AI 171/1). Par conséquent, l'avis du

psychiatre de la clinique de réadaptation ne permet pas non plus au TA d'apprécier la situation globale de la recourante et n'est dans tous les cas à lui seul pas suffisant.

**6.5** Sur le vu des raisons développées ci-dessus, ni l'assessment ni les autres rapports médicaux au dossier, ne revêtent la force probante nécessaire pour juger du caractère durable de l'atteinte à la santé.

## **7.**

Selon la jurisprudence du TF, le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c.7, 141 V 281 c. 4.1). Toutefois, une telle analyse suppose préalablement 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), de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Or, ainsi que cela résulte du c. 6 ci-dessus, tel n'est pas le cas en l'espèce. On ne voit dès lors pas de quelle manière l'Office AI Berne a pu arriver à la conclusion que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au regard des indicateurs standards. Il est dès lors nécessaire d'organiser une expertise médicale dans les règles de l'art et conforme au cadre normatif, à savoir en adéquation avec les exigences prévues à l'ATF 141 V 281 pour le volet psychiatrique (autres que celles valables pour l'assureur maladie perte de gain).

## **8.**

**8.1** Sur le vu de ce qui précède, il apparaît qu'il n'existe actuellement pas au dossier les éléments suffisants pour pouvoir se prononcer sur le point de savoir si la modification du degré d'invalidité alléguée par la recourante, depuis le dernier examen matériel de son droit à des prestations AI, s'est réellement produite et, le cas échéant, sur le droit de

celle-ci à des prestations de l'AI. En rendant une décision en l'état du dossier, notamment sur la base de l'assessment pluridisciplinaire que l'on doit qualifier d'incomplet, d'imprécis et de non probant, l'Office AI Berne a violé le devoir d'instruction qui lui incombait (voir art. 43 LPGA).

**8.2** Cela étant, le recours doit être admis, la décision contestée annulée et la cause renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire. Il appartiendra à celui-ci de diligenter une expertise selon les règles applicables en AI, de façon à pouvoir se prononcer en toute connaissance de cause sur l'état de santé général de l'assurée. En possession de bases médicales solides, l'intimé examinera en particulier l'existence d'une modification du degré d'invalidité depuis le dernier examen matériel du droit, en tenant compte de l'exigibilité professionnelle pouvant être attendue, et rendra une nouvelle décision. Vu l'issue de la procédure, il s'avère superflu d'examiner plus avant les autres griefs de la recourante (voir c. 3.2).

## **9.**

**9.1** Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne, qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais versée par la recourante lui sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement.

**9.2** Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61. let. g LPGA (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Cette règle s'applique indépendamment de la question de savoir si la partie recourante a conclu au renvoi ou si sa conclusion au renvoi a été prise à titre principal ou à titre subsidiaire (SVR 2017 KV n°9 c. 9.1). En l'espèce, assistée d'un avocat agissant à titre professionnel, la recourante a droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA (art. 61 let. g LPGA; art. 104 al. 1 et art. 108 al. 3 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 21 septembre 2021 qui ne prête pas à discussion

compte tenu de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA en cas de représentation par un organisme de conseils juridiques reconnu d'utilité publique (tarif horaire de Fr. 130.-; voir notamment la circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales en cas de telle représentation, consultable sur le site internet du TA), sont fixés à Fr. 983.95 (honoraires: Fr. 871.-, débours: Fr. 42.60 et TVA Fr. 70.35) et mis à la charge de l'intimé.

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis et la décision de l'Office AI Berne du 28 mai 2021 est annulée. La cause est renvoyée à cette autorité pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais judiciaires, 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 lui sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement.
3. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 983.95 (débours et TVA compris) au titre de participation à ses dépens pour la procédure judiciaire.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - à la recourante, par son mandataire,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

La greffière:

**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).