

200.2022.416.AI
N° AVS
DAL/EGC

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

Jugement du 26 janvier 2023

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président
G. Zürcher 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 7 juin 2022



En fait:

A.

A. _____, ressortissante espagnole née en 1964, divorcée et mère d'un enfant majeur, est entrée en Suisse en juin 2010. Titulaire d'un diplôme d'aide en pharmacie, elle a exercé comme gouvernante du mois de mars 2011 au mois de décembre 2016. Par formulaire daté du 25 juillet 2016, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office AI du canton de C. _____ en raison de problèmes à l'épaule gauche des suites d'une chute dans les escaliers. Après avoir procédé à des investigations médicales et notamment sur la base d'une expertise pluridisciplinaire dont les conclusions ont été rédigées le 30 septembre 2019, l'Office AI du canton de C. _____ a nié tout droit à des prestations, par décision du 23 juin 2020. Celle-ci est entrée en force après que l'assurée eut retiré le recours formé devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de C. _____.

B.

Le 7 octobre 2020, l'assurée, représentée par un mandataire professionnel, a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office AI du canton de Berne, en faisant valoir une aggravation de son état de santé depuis le mois de juillet 2020. Elle a invoqué une atteinte à son bras gauche et a de plus expliqué être tributaire d'une chaise roulante pour ses déplacements. Après avoir sollicité l'avis du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne a diligenté une nouvelle expertise pluridisciplinaire auprès du centre d'expertises médicales indépendant qui était intervenu en 2019, lequel a délivré ses conclusions actualisées dans un rapport du 20 avril 2022. En possession de ces éléments, et par préavis du 22 avril 2022, l'Office AI Berne a exclu un droit à une rente d'invalidité. Suite aux objections de la recourante du 24 mai 2022, l'Office AI Berne a confirmé en tous points son préavis, par décision du 7 juin 2022.

C.

L'assurée, toujours représentée par un mandataire professionnel, a recouru le 8 juillet 2022 contre la décision de l'Office AI Berne du 7 juin 2022 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, outre à l'assistance judiciaire, à l'annulation de cette décision, ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière d'invalidité; subsidiairement, elle a demandé le renvoi de la cause à l'autorité précédente pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans sa réponse du 14 septembre 2022, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Par courrier du 26 septembre 2022, le mandataire de l'assurée a déposé sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision du 7 juin 2022 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie tout droit à des prestations de l'AI. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et sur le versement à la recourante d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Sont particulièrement critiqués la force probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 20 avril 2022, ainsi que le fait que la capacité de gain de la recourante ait été considérée comme étant exploitable sur un marché équilibré du travail.

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 art. 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, art. 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 La modification du 19 juin 2020 de la LAI (développement continu de l'AI; FF 2020 5373 ss) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou au moment de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 146 V 364 c. 7.1, 144 V 210 c. 4.3.1). Au cas particulier, dans la mesure où un éventuel droit à une rente pourrait prendre naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assurée a introduit sa demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI) et que l'assurée a déposé sa demande le 7 octobre 2020, les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables au présent litige (voir VGE IV/2022/309 du 21 octobre 2022 c. 3).

2.2 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 le 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 LPGA). Contrairement à

l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

2.3 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).

2.4 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'ancien (anc.) art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021; RO 2007 5129), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au

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

2.5 Lors d'une nouvelle demande, l'assuré doit rendre plausible une modification des circonstances. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, n'est pas applicable à ce stade de la procédure. 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 LPGA (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).

La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche dans la procédure faisant suite à la nouvelle demande (examen matériel) en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision de refus à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 c. 5.3, 130 V 71 c. 3.2.3; VSI 1999 p. 84 c. 1b). Lorsqu'à la suite d'un premier refus de prestations, un nouvel examen matériel du droit à la rente aboutit à ce que celui-ci soit à nouveau nié dans une décision entrée en force reposant sur une constatation des faits (médicaux) pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas d'indices d'une modification des conséquences exercées par l'état de santé sur la capacité de gain) conformes au droit, la personne assurée doit se laisser opposer ce résultat – sous réserve de la jurisprudence en matière de reconsidération et de révision procédurale – lors d'une nouvelle annonce à l'AI (ATF 130 V 71 c. 3.2.3).

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

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

3.

3.1 Pour rendre sa décision du 7 juin 2022, l'intimé s'est essentiellement fondé sur un rapport d'expertise pluridisciplinaire rendu par un centre d'expertises médicales indépendant le 20 avril 2022. Il a ainsi retenu que la recourante était en mesure d'assumer à plein temps une activité adaptée, c'est-à-dire assise et privilégiant l'utilisation de son membre supérieur droit, qui est son côté dominant. Après comparaison du revenu de gouvernante perçu alors que la recourante était valide et celui d'invalidé fondé sur l'Enquête suisse sur les structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS), et tout en retenant une déduction de 20% sur ce dernier revenu en raison de l'offre réduite d'activités pour les personnes présentant les atteintes de l'assurée, il est arrivé à un degré d'invalidité de 19%. Il a de ce fait nié tout droit à une rente en faveur de la recourante.

3.2 La recourante conteste pour sa part la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire, en particulier les conclusions consensuelles qui

retiennent une capacité de travail pleine et entière sans réduction de rendement dans une activité adaptée. Elle reproche également à l'intimé d'avoir considéré qu'il lui était possible de reprendre l'exercice d'une activité professionnelle sur le marché équilibré du travail. Selon elle, une telle conclusion fait fi de ses atteintes à la santé et des limitations que celles-ci occasionnent.

4.

Le dossier permet de constater les faits médicaux principaux suivants.

4.1 La décision du 23 juin 2020 de l'Office AI du canton de C. _____, qui refusait à l'intéressée tout droit à une rente, se fondait pour l'essentiel sur une expertise pluridisciplinaire dont les conclusions avaient été rédigées dans un rapport du 30 septembre 2019 (dossier de l'intimé [dos.] AI 12.5/3). L'évaluation consensuelle de l'expertise retenait comme diagnostics une algoneurodystrophie de Südeck post-traumatique du membre supérieur gauche (ch. M89.0 de la Classification statistique internationale des maladies et de problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), un épisode de syndrome de conversion en été 2018 (troubles de la marche précédés d'épisodes de mouvements involontaires, évoquant des troubles fonctionnels neurologiques récidivants, depuis juillet 2017) sans séquelle actuelle (ch. F44.4 CIM-10) et une migraine sans aura (ch. G43.0 CIM-10). Les experts concluaient à une capacité de travail nulle dans l'ancienne activité de gouvernante et de 100% dans une activité adaptée, tant sur le plan somatique que neurologique. Cette activité devait tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assurée, c'est-à-dire qu'elle devait être limitée dans les efforts du bras gauche (pas de port de plus de 5 kilos près ou loin du corps, rotation externe à 0°, impossibilité de lever le bras en abduction au-delà de 80°) et limitée dans la préhension d'objets fins de la main gauche (section de 1 cm), mais avec la possibilité de saisir des objets de plus large diamètre (section de plus de 3 cm), sans préhension en force, et ce depuis toujours (dos. AI 12.50/6). Sur cette base, l'Office AI du canton

de C._____ retenait un degré d'invalidité de 7,15%, inférieur au taux minimum de 40% ouvrant le droit à une rente (dos. AI 12.16/2).

4.2 Dans le cadre de la procédure relative à la nouvelle demande, les éléments principaux suivants ressortent du dossier.

4.2.1 Dans un rapport de sortie du département pôle santé mentale d'un hôpital régional du 28 juillet 2020, suite à un séjour de l'assurée du 8 au 28 juillet 2020 en raison de tremblements et de mouvements involontaires des membres inférieurs, le diagnostic de trouble de l'adaptation (ch. F43.2 CIM-10) a été posé (dos. AI 15/2).

4.2.2 Le 30 septembre 2020, une clinique régionale a retenu comme diagnostic principal un trouble de la conversion avec dyskinésies et hémiparésie gauche et comme diagnostics secondaires, un status après une embolie pulmonaire survenue le 2 juillet 2020, une arthropathie de l'articulation acromio-claviculaire gauche avec une bursite sous-acromiale, un traumatisme de l'épaule gauche suite à un accident le 2 janvier 2016, un syndrome douloureux régional complexe (SDRC), une dyslipidémie selon Fredrickson, une obésité de classe II (Indice de masse corporelle [IMC] 33,9kg/m²), un abus de nicotine et une maladie de Menière diagnostiquée en 2012. Cette clinique a mentionné qu'à la suite d'une prise en charge stationnaire intervenue du 30 juillet au 17 septembre 2020, une stabilisation partielle avait pu être constatée, sans pour autant que l'assurée puisse se déplacer sans l'aide d'une chaise roulante et ce malgré les mesures intensives mises en place (dos. AI 12.8/1).

4.2.3 Sur questions de l'Office AI Berne, le médecin traitant de la recourante a retenu, dans un courrier du 6 mars 2021, les diagnostics de syndrome de conversion sans composante dépressive ou maniaque avec dyskinésie et hémiparésie gauche, de SDRC post-traumatique, de capsulite rétractile de l'épaule gauche au stade I et d'une déchirure de l'intervalle des rotateurs associée à une petite déchirure partielle du bord supérieur du sous-scapulaire et du supra-épineux. Le médecin traitant a également constaté des troubles spastiques importants des membres inférieurs, ainsi qu'une limitation des mouvements d'abduction et d'élévation du bras gauche (dos. AI 30/2). Toujours en réponse à un

questionnaire de l'Office AI Berne du 1^{er} avril 2021, le médecin traitant a relevé que l'assurée avait besoin de manière régulière et significative de l'aide d'une tierce personne pour s'habiller, s'alimenter et déambuler hors du domicile. Cette aide n'était en revanche pas nécessaire pour se mettre debout, s'asseoir, se coucher, ni pour les soins corporels (dos. AI 43/1).

4.2.4 Sur demande de l'Office AI Berne, le SMR, s'est déterminé dans une prise de position du 3 septembre 2021. Les diagnostics de douleurs chroniques de l'épaule, du coude et du poignet gauches, de trouble de la conversion (ch. F44 CIM-10) et de trouble de l'adaptation (ch. F43.2 CIM-10) ont été posés à cette occasion.

4.2.5 La conseillère d'un centre pour moyens auxiliaires a relevé, dans un rapport de consultation du 17 novembre 2021, que l'assurée n'était plus en mesure de quitter son appartement, en raison de ses limitations fonctionnelles, au point que l'utilisation d'un fauteuil roulant électrique était devenue indispensable. La conseillère a indiqué que d'autres moyens auxiliaires supplémentaires seraient également nécessaires, tels qu'une planche de bain et une barre d'appui dans la salle de bain, ainsi qu'un lit électrique (dos. AI 54/4).

4.2.6 Une expertise pluridisciplinaire ressortant aux domaines de la médecine interne, de la neurologie, de la psychiatrie et de l'orthopédie a été réalisée les 22 février, 4 et 7 mars 2022. Dans leur rapport d'évaluation consensuelle du 20 avril 2022, les experts ont diagnostiqué des myoclonies amples et persistantes des membres inférieurs, déclenchées par une tentative de mobilisation en orthostatisme, des douleurs et un déficit fonctionnel du membre supérieur gauche secondaire à une capsulite rétractile, un syndrome épaule-main (ch. M89.0 CIM-10), du diabète de type 2 (ch. E11 CIM-10) et de l'obésité de type 1 (ch. E66.9 CIM-10). De l'avis des experts, la capacité de travail dans l'activité de gouvernante est nulle depuis le mois de janvier 2016, tandis qu'elle est de 100% depuis toujours dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles orthopédiques (exclusion du membre supérieur gauche) et neurologiques (position assise privilégiant l'utilisation du bras droit). Il ressort de leur rapport qu'une éventuelle médication antiépileptique associée à une médication contenant du cannabidiol (CBD) et du tétrahydrocannabinol

(THC) pourrait permettre une amélioration des myclonies. Les experts ont finalement relevé qu'un fauteuil roulant électrique serait nécessaire afin d'augmenter l'autonomie de l'assurée pour ses déplacements, compte tenu du trouble fonctionnel empêchant l'orthostatisme (dos. AI 66.1/5-6).

5.

D'emblée, l'on relèvera qu'à réception de la nouvelle demande de la recourante du 7 octobre 2020 (dos. AI 12.7/1), puis de divers rapports médicaux (dos. AI 12.8/1 et 15/2), l'Office AI Berne a requis une expertise pluridisciplinaire. Ce faisant, il est entré en matière sur la nouvelle demande, si bien que ce point ne saurait plus être examiné par le TA (ATF 109 V 108 c. 2b). L'examen du cas d'espèce porte donc uniquement sur la question de savoir si une modification des circonstances susceptible d'influencer le droit à la rente s'est produite entre le 23 juin 2020, date de la dernière décision entrée en force que l'Office AI du canton de C._____ a rendue sur la base d'un examen matériel du droit, et le 7 juin 2022, date du prononcé ici contesté.

6.

Comme on l'a vu, l'intimé a fondé sa décision du 7 juin 2022 sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 20 avril 2022. Se pose donc en premier lieu la question de la force probante de ce document.

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 quant à la valeur probante des documents médicaux. Les qualifications des experts en neurologie, en psychiatrie, en chirurgie orthopédique et en médecine interne, ne sauraient être mises en doute. Les experts ont par ailleurs procédé à un examen personnel de la recourante les 22 février, 4 et 7 mars 2022, ont pris en compte ses plaintes subjectives, son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle) et l'ensemble des documents pertinents à disposition (dos. 66.6/1-10). Les résultats ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance du dossier. Le contexte médical a été résumé et les conclusions consensuelles des experts ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Sur le plan strictement formel, l'ensemble de l'expertise pluridisciplinaire satisfait donc aux exigences jurisprudentielles.

6.3 Sur le fond cependant, l'expertise pluridisciplinaire ne convainc pas. Celle-ci dénote d'emblée une incohérence entre les conclusions individuelles de chaque expert et leurs propres observations, ainsi qu'entre leurs conclusions respectives et les conclusions consensuelles.

6.3.1 Tout d'abord sous l'angle psychiatrique, l'expert a nié toute pathologie psychiatrique ou trouble de la personnalité, en l'absence de traits histrioniques. Le trouble dissociatif ou de conversion (ch. F44 CIM-10) est, selon l'expert, plutôt d'ordre neurologique, sans corrélation sur le plan psychiatrique. Ce trouble a selon lui été retenu par défaut et le diagnostic différentiel serait celui d'une majoration des symptômes physiques ou trouble somatoforme, sans qu'il ne puisse toutefois étayer cette hypothèse. En lien avec ce diagnostic de trouble dissociatif, l'expert psychiatre ne discute que peu des avis divergents le retenant, notamment celui de la clinique régionale où l'assurée a séjourné durant 19 jours, celui du médecin traitant et celui du SMR, avis qu'il a pourtant remis en cause (voir c. 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4). Il ne développe pas non plus les raisons qui le poussent à s'en distancier. L'expert psychiatre a en outre précisé dans son rapport individuel que l'assurée disposait de ressources psychologiques et des

mécanismes adaptatifs qu'elle a mis en exergue tout au long de son existence (dos. AI 66.2/6). Il a également mentionné qu'elle était capable de planifier et de structurer ses tâches, de prendre soin d'elle-même, de subvenir à ses besoins et qu'elle disposait d'une certaine mobilité (dos. AI 66.2/7). Or, lors de l'entretien entre l'expert psychiatre et l'assurée, celle-ci a notamment relaté qu'elle passait beaucoup de temps dans sa chambre, devant la télévision, mais qu'elle ne pouvait pas rester longtemps assise à cause de ses douleurs à l'épaule. Mise à part cette activité, l'assurée a expliqué qu'elle ne faisait "pas grand-chose" et passait "de sa chambre à la salle de bain et de la salle de bain à la grande chambre" tout en précisant que ses douleurs rendaient ses déplacements contraignants (dos. AI 66.2/4). Ainsi, l'appréciation de l'expert psychiatre sur ce point est ambiguë et peu convaincante. Il ne peut d'un côté relever dans le cadre de l'entretien avec l'assurée, que celle-ci ne pratique aucune activité, et de l'autre, mettre en avant sa faculté à planifier son quotidien, sans autre explication. Au même titre, il ne saurait parler de libre mobilité, alors que l'assurée se plaint de douleurs constantes.

6.3.2 S'agissant de la discipline chirurgie orthopédique, l'analyse de l'expert ne peut pas non plus être suivie. Celui-ci a constaté que le coude de l'assurée était figé à 90 degrés et ne permettait que 10 degrés de mobilisation. Le même constat a été fait concernant le poignet et la main gauches qui n'étaient pas mobilisables ni activement ni passivement comme pour le reste de l'extrémité supérieure (dos. AI 66.3/9). Il a en particulier constaté que la main gauche de l'assurée demeurait fermée de manière rigide (dos. AI 66.3/7). Selon l'expert en chirurgie orthopédique, le diagnostic d'ankylose ne peut pas être posé, compte tenu de la situation qu'il a considéré comme étant "figée" et du fait qu'il ne semble pas pouvoir se prononcer sur le point de savoir si la situation est permanente ou pas ("S'agit-il d'une situation permanente? S'agit-il d'une situation momentanée avec, à d'autres moments, une situation égale à celle de l'expertise de 2019?"; dos. AI 66.3/9 ch. 7.1). Ce raisonnement est peu compréhensible, dans la mesure où l'immobilisation du côté gauche a été constatée depuis le séjour de l'assurée dans un hôpital universitaire en juillet 2020 et que la situation, près de deux ans plus tard, n'a pas évolué (dos. AI 15/3). La conseillère d'un centre pour moyens auxiliaires a d'ailleurs souligné, dans

son rapport du 17 novembre 2021, la nécessité d'un fauteuil roulant électrique, non comme une solution temporaire, mais comme une solution durable et indispensable (dos. AI 54/4). Par ailleurs, l'expertise en chirurgie orthopédique est également en contradiction avec l'expertise psychiatrique s'agissant des soins quotidiens. En effet, si l'expert psychiatre a relevé que l'assurée était en mesure de prendre soin d'elle, l'expert en chirurgie orthopédique a mentionné que l'assurée ne pouvait pas se laver les cheveux sans l'aide de sa voisine. Celui-ci a observé un handicap sévère, alors que dans l'évaluation consensuelle, il n'a pas reconnu un tel handicap (dos. AI 66.3/10, 66.1/5). Au contraire, à la lecture des conclusions consensuelles, on constate que l'assurée dispose de ressources importantes, qu'elle est capable d'avoir des activités à l'intérieur de la maison, qu'elle est bien entourée et qu'elle a des mécanismes adaptatifs malgré le fait qu'elle soit dans un fauteuil roulant. L'expert en chirurgie orthopédique a pourtant bien relevé, durant l'examen, les limitations fonctionnelles de l'assurée. Celle-ci a indiqué par exemple ne plus être capable de se tenir en position debout que quelques secondes, ne plus être en mesure de marcher, ni se mettre accroupie. S'agissant de la position assise, ses douleurs diminueraient par le port d'un gilet orthopédique durant quelques heures. Concernant ses tâches quotidiennes, l'assurée a indiqué qu'elle pouvait se préparer des repas, mais qu'elle avait besoin de l'aide de sa voisine pour sortir un plat du four ou vider le lave-vaisselle. L'assurée a par ailleurs mentionné faire ses courses uniquement accompagnée de l'ergothérapeute (dos. 66.3/4). L'expert en chirurgie orthopédique en a conclu que toutes les positions étaient soit fortement limitées, soit exclues, mise à part la position assise et a précisé que les déplacements étaient fortement limités en raison du fait que l'assurée était tributaire du fauteuil roulant. Cette description du quotidien de l'assurée ne coïncide effectivement pas au profil d'une personne capable d'avoir des activités et disposant de ressources nécessaires, tel que cela ressort des conclusions consensuelles.

6.3.3 L'expert en médecine interne ne rejoint nullement l'avis consensuel, puisqu'il souligne que l'assurée ne peut pas compter sur son entourage pour ses besoins quotidiens, celle-ci vivant seule et sa famille étant en Espagne. Il relève également qu'elle est dépendante de la Croix-Rouge

pour ses déplacements et que ses capacités sont extrêmement limitées vu son handicap permanent. Il a en outre expliqué qu'étant toute la journée sur sa chaise roulante, l'assurée ne sortait pratiquement plus, qu'elle avait besoin d'être aidée pour ses activités quotidiennes (se laver les cheveux, faire ses courses, faire son ménage) et qu'elle avait très peu de ressources internes. L'expert en médecine interne a conclu, en opposition au consensus final, que l'important handicap de l'assurée agissait dans toutes les activités quotidiennes et avait un impact sur une capacité de travail potentielle qui paraissait "bien hypothéquée" (dos. AI 66.4/6). On peine à comprendre de telles divergences entre l'évaluation de l'expert en médecine interne et le consensus final qui retient une capacité de travail pleine et entière.

6.3.4 Quant à l'expert neurologue, il a indiqué que les myclonies amples et persistantes observées chez l'assurée pouvaient être déclenchées de façon intense et n'étaient pas réductibles. Celui-ci a expliqué que ces secousses restaient toutefois compatibles avec un syndrome de conversion pour lequel aucune explication étiologique ne pouvait être affirmée (dos. AI 66.1/5). Cet avis porte le flanc à la critique dans la mesure où trois des quatre experts ont également observé, par une tentative d'orthostatisme, le déclenchement de ces spasmes douloureux, d'une forte densité et impossible à maîtriser, durant de nombreuses minutes, suivis d'un état d'épuisement extrême (dos. AI 66.3/9, 66.3/6, 66.4/5, 66.5/5). Cet état n'est d'ailleurs pas nouveau, puisque les spasmes et les douleurs généralisées de l'assurée l'ont conduite à se déplacer exclusivement en fauteuil roulant depuis le mois de juillet 2020 (dos. AI 12.8/4 et 15/2 ; voir aussi c. 6.3.1 et c. 6.3.2). Ces éléments auraient dû conduire l'expert neurologue à investiguer davantage cette problématique, afin de préciser son diagnostic. Au surplus, face à ces symptômes, l'expert neurologue a relevé que les ressources de l'assurée apparaissaient fortement diminuées, l'assurée ne disposant que de l'aide d'une voisine, d'une ergothérapeute, ainsi que d'une aide hebdomadaire pour le ménage. Ce constat contraste avec les conclusions consensuelles des experts, desquelles il ressort que l'assurée dispose des ressources nécessaires suffisantes (dos. AI 66.1/6). L'expert neurologue a également retenu qu'une capacité de travail à 100% dans une activité effectuée uniquement en position assise et privilégiante

l'utilisation du bras droit, pourrait théoriquement être envisagée, comme l'a également constaté le concilium d'experts (dos. AI 66.1/6 et 66.5/6). Il a toutefois formulé une réserve sur la base de la prise médicamenteuse actuelle. L'expert neurologue a émis l'hypothèse de troubles de l'attention susceptibles d'entraver l'exercice d'une quelconque activité. Cet aspect, qui devait, selon l'expert neurologue, faire l'objet d'une analyse plus approfondie par l'expert psychiatre, n'a pas été abordé par celui-ci, ni d'ailleurs dans le consensus final.

6.3.5 Dans les conclusions consensuelles, les experts ont mentionné, s'agissant d'éventuelles atteintes orthopédiques, que l'examen clinique n'avait été possible que pour la colonne cervicale et les membres supérieurs. Il avait été renoncé à un examen pour le reste. Par ailleurs, selon les experts, aucune atteinte orthopédique du rachis dorso-lombaire et des extrémités inférieures n'est indiquée dans le dossier médical de l'assurée. Les experts sont donc arrivés à la conclusion que les éventuelles atteintes orthopédiques n'étaient ni plausibles ni cohérentes. Cette conclusion est étonnante dans la mesure où, dans la liste des diagnostics posés par les experts, ceux-ci ont relevé tant des limitations neurologiques, qu'orthopédiques (dos. AI 66.1/5-6). Les explications sur ce point sont pour le moins lacunaires. Il en est de même de la réponse des experts à la question de savoir si une modification de l'état de santé de la recourante avait eu lieu depuis la décision de refus de rente du 23 juin 2020. Ils ont en effet répondu par la négative, en soulignant toutefois les limitations fonctionnelles d'ordre orthopédique, en l'occurrence une exclusion complète du membre supérieur gauche dans les activités adaptées (dos. AI 66.1/6). On ne saurait suivre le raisonnement des experts lorsque, comme relevé ci-dessus, ils ont tous constaté les spasmes de l'assurée et son incapacité à se déplacer sans chaise roulante.

6.3.6 Les experts ne parviennent pas non plus à convaincre lorsqu'ils considèrent dans leur consensus final, que la capacité de travail de l'assurée est évaluée à 100% dans une activité adaptée, tout en retenant comme limitations fonctionnelles d'ordre neurologique, des mouvements involontaires des membres inférieurs, à type de myoclonies amples et persistantes, et comme limitations fonctionnelles d'ordre orthopédiques, la

forte limitation ou l'exclusion de toutes les positions, mise à part la position assise. Cette évaluation de la capacité de travail est en contradiction face aux limitations indiquées. Elle l'est d'autant plus que les experts ont ajouté que les déplacements étaient fortement limités, puisque l'assurée était tributaire d'un fauteuil roulant (dos. AI 66.1/5-6). Il n'est également pas compréhensible que la capacité de travail ait été évaluée à 100% dans une activité adaptée par les experts, alors que le SMR, dans son rapport du 3 septembre 2021, a mentionné une augmentation progressive du taux d'activité, qui plus est, dans un atelier protégé et avec une diminution de 20% de rendement en raison de pauses supplémentaires nécessaires. Les experts n'expliquent pas les motifs les ayant conduits à écarter les appréciations du SMR, pas plus qu'ils n'expliquent pour quelles raisons ils se distancient dans leurs conclusions consensuelles de leurs propres observations individuelles. Finalement, le rapport consensuel rédigé en présence des différents experts est insuffisamment motivé et contradictoire en tant qu'il diverge, sans aucune explication, du volet médecine interne quant à l'existence d'une incapacité de travail (voir c. 6.3.3). Certes, le fait de se fonder tout de même sur une expertise pluridisciplinaire, alors même que l'un des rapports partiels qui la composent n'est pas considéré comme probant, ne viole pas déjà l'art. 43 al. 1 LPGA. Inversement, il en va de même si les évaluations de tous les rapports partiels composant l'expertise s'avèrent concluantes, alors que les conclusions de l'expertise principale – qui n'a pas été rédigée lors d'une discussion de coordination interdisciplinaire entre les médecins impliqués – ne peuvent être comprises et ne correspondent pas aux constatations des rapports partiels (ATF 143 V 124 c. 2.2.4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.2). Toutefois, en l'espèce, aussi bien l'expertise de médecine interne que l'expertise principale (qui a été rendue en présence de l'ensemble des experts) ne permettent pas au Tribunal de se prononcer dans le cas d'espèce. En outre, il convient de rappeler que l'objectif de conclusions consensuelles, rédigées à l'issue d'une expertise médicale comprenant différentes spécialités, est précisément de mettre en évidence et de pondérer les éventuelles interactions existant entre les atteintes à la santé résultant de différents domaines de la médecine. Or, en l'occurrence, il appert ainsi précisément que l'expertise pluridisciplinaire rédigée le 20 avril 2022 ne permet pas de mettre en évidence avec précision les interactions existant entre les

différentes spécialités médicales, ni ne retient une capacité de travail globale suffisamment motivée. Elle ne satisfait pas aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a; voir c. 6.1 ci-dessus) et se révèle ainsi insuffisamment probante.

6.4 Quant aux autres appréciations médicales au dossier, elles ne permettent pas non plus au TA de se forger une opinion suffisante quant à la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, mais viennent bien plus appuyer les incohérences des conclusions finales de l'expertise pluridisciplinaire.

6.4.1 Tout d'abord, selon le rapport du 28 juillet 2020 d'un hôpital régional, l'assurée présentait à l'admission, un tremblement fixe, constant et involontaire des membres inférieurs en alternance, ainsi qu'une fixité de son membre supérieur gauche, semblable à une position antalgique en raison d'un SDRC de l'épaule gauche (dos. AI 15/2). Sur le plan de la motricité, l'assurée se déplaçait en fauteuil roulant en raison d'une déambulation difficile. Bien que ledit rapport décrit les différentes limitations de l'assurée, ce rapport ne donne toutefois aucune indication sur la capacité de travail de la recourante, ni sur d'éventuelles limitations à prendre en compte dans une potentielle activité adaptée. Il ressort ensuite du rapport du 30 septembre 2020 d'une clinique régionale, qu'à l'admission de l'assurée, celle-ci présentait des dyskinésies, ainsi qu'un état hémiparétique, ce qui rendait la marche et la station debout impossible. Lors de l'examen neurologique intervenu au sein de cette clinique, il a été constaté que les capacités motrices du membre supérieur gauche étaient nettement limitées en raison de la douleur et que la mobilisation active et passive de l'articulation de l'épaule gauche était impossible, tout comme la marche. Des tremblements involontaires des membres inférieurs ont également été observés (dos. AI 12.8/1). Là encore, ce rapport ne renseigne pas sur la question de la capacité de travail de la recourante, pas plus que sur une éventuelle diminution de rendement ou une activité raisonnablement exigible. Quant au médecin traitant, dans son rapport du 6 mars 2021, celui-ci a relevé que les spasmes de l'assurée l'obligeaient à se déplacer en fauteuil roulant, que ses douleurs constantes ne lui permettaient pas de travailler, même en position assise, et qu'il était

impossible d'améliorer sa situation médicale sur le moyen ou long terme (dos. AI 30/2). Il a également indiqué dans un questionnaire du 1^{er} avril 2021, qu'en raison de l'hémiplégie de l'assurée et de ses douleurs au bras gauche, celle-ci n'était pas en mesure d'assumer son quotidien personnellement sans l'aide de tiers, en supposant un effort de volonté acceptable. Il a en outre précisé qu'elle n'avait pas de famille en Suisse et que son réseau social était limité aux soignants et à une voisine âgée qui l'aidait de temps en temps (dos. AI 43/1). Si le médecin traitant s'est certes prononcé sur une capacité de travail nulle, il n'apporte toutefois pas plus de précisions sur les diagnostics retenus. Partant, les autres rapports au dossier ne contiennent pas tous les éléments permettant d'évaluer la capacité de travail de la recourante. Ils mettent en revanche en exergue l'important handicap de l'assurée dans sa motricité, compte tenu notamment des spasmes et des douleurs permanentes qui la contraignent à se déplacer en fauteuil roulant.

6.4.2 Dans son avis du 3 septembre 2021 (voir c. 4.2.1, dos. AI 31/2), le SMR a constaté, sur la base de l'examen du 8 juin 2020 de l'hôpital universitaire, que la fonction de l'épaule gauche de l'assurée s'était notablement améliorée (dos. AI 56/4). Cet avis a d'ailleurs été repris dans l'expertise pluridisciplinaire, puisqu'il y est mentionné que la mobilité active et passive de l'épaule gauche de l'assurée est globalement possible et que celle-ci est en mesure de fléchir l'articulation jusqu'à 90 degrés (dos. AI 66.1/3). Or, lors de cet examen à l'hôpital universitaire, l'assurée a effectivement pu maintenir le coude fléchi à 90 degrés, mais non sans douleur. Il ressort d'ailleurs du rapport du 8 juin 2020 qu'il n'y a pas eu d'amélioration de la problématique des douleurs, mais plutôt une progression (dos. AI 31/2). Dans ces circonstances, on comprend mal comment le SMR peut parler d'une mobilité du côté gauche en nette amélioration. Ce service a également relevé que des activités légères à parfois moyennes, dans une position principalement assise, avec des charges de 5 à 10 kg au maximum, seraient exigibles. Il a précisé que le levage répétitif de charges au-dessus de la hauteur de la poitrine, les activités pénibles pour les bras avec un travail au-dessus de la hauteur de l'abdomen, un travail au-dessus de la hauteur de la tête et dans des positions penchées, accroupies ou à genoux devaient être évitées. La

marche et le travail debout ou la montée et la descente d'escalier devaient rester exceptionnelles. Là encore, le SMR n'explique pas comment des charges jusqu'à 10 kg seraient exigibles de la part de l'assurée, à une main (la droite), alors que d'un autre côté, il indique que rien ne peut être soulevé au-dessus de la poitrine et que les positions penchées ou accroupies doivent être bannies. Les contradictions contenues dans ce rapport ne permettent pas non plus au Tribunal de se fonder sur celui-ci.

7.

7.1 Sur le vu de ce qui précède, il faut conclure qu'à ce stade, les moyens de preuve à disposition, en particulier sur le plan médical, ne permettent pas de trancher la question de la capacité de gain – et donc de l'invalidité – de la recourante, au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante, tel qu'exigé en droit des assurances sociales (ATF 144 V 427 c. 3.2). En rendant une décision en l'état du dossier, notamment sur la base de l'expertise pluridisciplinaire existante, que l'on ne saurait qualifier de probante, l'Office AI Berne a violé le devoir d'instruction qui lui incombait (voir art. 43 LPGGA).

7.2 Cela étant, la décision doit être annulée et la cause renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il appartiendra à cet office de faire compléter l'expertise pluridisciplinaire, afin notamment que les spécialistes se prononcent de manière précise et motivée sur l'évolution de l'état de santé de la recourante, ainsi que l'impact de cet état de santé, en particulier les douleurs constantes et les spasmes, sur le rendement dans une activité adaptée. En possession de bases médicales solides, l'intimé évaluera l'éventuelle invalidité de l'assurée en tenant compte de l'exigibilité professionnelle pouvant être attendue, et rendra une nouvelle décision.

8.

8.1 Le recours doit être admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

8.2 Les frais judiciaires pour la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne, qui succombe (art. 61 let. f^{bis} LPGA, art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

8.3 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Assistée d'un avocat agissant à titre professionnel, la recourante a ainsi droit au remboursement de ses dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 26 septembre 2022 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 dans des cas comparables sont fixés à Fr. 2'374.60.- (honoraires: Fr. 2'146.68.-, débours: Fr. 58.20.- et TVA Fr. 169.72.-) et mis à la charge de l'intimé (art. 108 al. 3 LPJA).

8.4 Au vu de l'issue de la procédure, la demande d'assistance judiciaire devient sans objet et doit être rayée du rôle du Tribunal.

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 judiciaires, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 2'374.60.- (débours et TVA compris) au titre de participation à ses dépens pour la procédure judiciaire.
4. La requête d'assistance judiciaire est sans objet et rayée du rôle du Tribunal administratif.
5. 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:

e.r.: Q. Kurth, 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).