

200.2022.646.AI
N° AVS
BCE/EGC

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

Jugement du 11 avril 2023

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président
A.-F. Boillat et G. Zürcher, juges
C. Wagnon-Berger, greffière

A. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 26 septembre 2022

En fait:

A.

A. _____, née en 1976, célibataire et mère de cinq enfants majeurs et financièrement indépendants, est entrée en Suisse en 2008. Sans formation professionnelle certifiée, elle est essentiellement soutenue par les services sociaux depuis 2016 et travaille depuis 2017 comme employée de ménage à un taux de 10%. Par un formulaire daté du 2 mars 2021 (réceptionné par l'Office AI Berne le 4 mars 2021), elle a déposé une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI), en mentionnant souffrir de dépression, d'anémie et de stress post-traumatique depuis 2009.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a requis des renseignements auprès des médecins traitants (à savoir de spécialistes en angiologie, ophtalmologie, chirurgie orthopédique, gastroentérologie et psychiatrie/psychothérapie) et également obtenu des rapports radiologiques. Par une communication du 26 août 2021, il a alors nié tout droit à des mesures de réadaptation. Après avoir actualisé la documentation médicale par un rapport du psychiatre/psychothérapeute traitant, puis consulté le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), il a organisé une expertise bidisciplinaire (soit en orthopédie et en psychiatrie/psychothérapie), dont les conclusions ont été rédigées le 7 février 2022. Sur cette base et par une préorientation du 11 mars 2022, l'Office AI Berne a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser tout droit à des prestations de l'AI. Du fait des objections de l'intéressée, datées du 6 avril 2022, contre cette préorientation et auxquelles était joint un rapport médical, l'Office AI Berne a recueilli des rapports auprès d'un spécialiste en angiologie, ainsi qu'auprès d'un médecin généraliste. Il a ensuite rendu une nouvelle préorientation le 4 août 2022, annulant celle du 11 mars 2022, mais confirmant son contenu (pas de droit à des prestations). Il a enfin confirmé le prononcé du 4 août 2022 par décision du 26 septembre 2022.

C.

Le 26 octobre 2022, l'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Elle a requis l'assistance judiciaire et conclu, en substance, à l'annulation de cet acte ainsi que, principalement, à ce que l'Office AI Berne soit invité à constater une invalidité ouvrant le droit à des prestations et, subsidiairement, au renvoi de la cause à cette autorité pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Dans son mémoire de réponse du 14 novembre 2022, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Les parties ont répliqué et dupliqué le 30 novembre, respectivement le 14 décembre 2022, en maintenant leurs conclusions. La recourante s'est encore exprimée le 29 décembre 2022, en produisant de nouvelles pièces justificatives.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'intimé du 26 septembre 2022 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et refuse tout droit de la recourante à des prestations de l'AI. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et, principalement, sur l'octroi de prestations de l'AI, ainsi que, subsidiairement, sur le renvoi du dossier de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Sont particulièrement critiquées la motivation de la décision ainsi que l'instruction de l'intimé, jugées insuffisantes et lacunaires.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales

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

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

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

2.

2.1 Par un grief d'ordre formel, qu'il convient d'examiner à titre liminaire (ATF 141 V 495 c. 2.2, 127 V 431 c. 3d/aa), la recourante reproche à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendue, tel que prévu à l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale (Cst., RS 101), par le fait d'avoir insuffisamment motivé la décision attaquée. Elle n'aurait ainsi pas pu discuter et contester l'argumentation de l'intimé.

2.2 Les décisions doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties (art. 49 al. 3 LPGA). L'obligation de motiver représente une part importante du droit d'être entendu au sens de l'art. 29 al. 2 Cst. Elle doit empêcher que l'autorité se laisse guider par des motifs partiels et permettre le cas échéant aux intéressés de contester la décision de façon adéquate. Cela n'est possible que si la personne concernée et l'autorité de recours peuvent se faire une idée de la portée de la décision. En ce sens, les réflexions qui ont guidé l'autorité et sur lesquelles se fonde la décision doivent au moins être brièvement mentionnées. Il n'est toutefois pas nécessaire que tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties soient expressément exposés et discutés. Il suffit plutôt que les points importants en vue du jugement figurent dans la décision (ATF 136 I 229 c. 5.2, 124 V 180 c. 1a; SVR 2022 IV n° 37 c. 5.1). Le défaut de

motivation de la décision attaquée peut être réparé si la partie recourante a la possibilité de présenter un mémoire complémentaire suite à l'exposé des motifs contenus dans la réponse de l'autorité cantonale précédente et s'il n'en résulte, pour elle, aucun inconvénient (ATF 107 la 1 c. 1). Le vice ne peut toutefois être corrigé lorsque l'autorité qui a rendu la décision ne produit pas de mémoire de réponse en procédure de recours (ATF 116 V 28 c. 4b).

2.3 En l'occurrence, la motivation de la décision attaquée s'avère particulièrement succincte, dans la mesure où le refus de prestations de l'AI est justifié par la seule mention que: "[les] investigations ont révélé que [la recourante est] en mesure d'assumer d'un point de vue médical [l']activité habituelle en tant que femme de ménage au taux contractuel et sans diminution de rendement". L'intimé ne mentionne aucunement sur quels éléments médicaux il s'est appuyé pour rendre sa décision. S'il semble notamment avoir suivi les conclusions de l'expertise bidisciplinaire du 7 février 2022 pour constater l'absence d'atteinte à la santé invalidante, il ne le précise pas dans l'acte querellé et n'évoque d'aucune manière ce rapport. Il n'y étaye pas non plus les raisons pour lesquelles l'expertise doit être suivie (voir toutefois à ce sujet: VGE AI/2019/928 du 3 juin 2020 c. 2.2). Une telle façon de procéder est d'autant plus critiquable au vu de l'instruction complémentaire à laquelle il a procédé suite aux objections du 6 avril 2022, déposées contre le premier préavis du 11 mars 2022. En effet, dans ce contexte, la recourante a encore produit les résultats d'un test qui ont révélé que des troubles respiratoires étaient suspectés, de même qu'un nouveau rapport de son spécialiste en médecine vasculaire. L'intimé a alors consulté une nouvelle fois le SMR, qui s'est prononcé le 1^{er} juillet 2022 (voir c. B). Dans cette mesure, la recourante ne pouvait donc que difficilement comprendre que la décision reposait (seulement) sur l'expertise du 7 février 2022. Elle ne pouvait ainsi pas discerner les motifs qui ont guidé l'intimé pour rendre la décision attaquée. C'est d'ailleurs ce qu'elle a souligné dans son recours, qui révèle du reste que l'intéressée n'a pas même pu saisir les fondements de la décision attaquée, après avoir demandé de l'aide en ce sens à son psychiatre et psychothérapeute traitant (p. 2 § 1 du recours). En outre, quoi qu'en dise l'intimé (chiffre [ch.] 7 § 1 de la réponse), celui-ci ne pouvait faire l'économie d'une motivation adéquate,

en se prévalant du fait qu'aucune objection n'avait plus été formulée contre la deuxième préorientation du 4 août 2022 (voir en ce sens: UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 2020, art. 49 n. 67 et les références). Il faut en effet se rappeler que la motivation ne doit pas se limiter à des affirmations générales sur la situation juridique ainsi que factuelle déterminante et que les exigences en la matière sont plus élevées lorsque celle-ci doit répondre à des questions complexes (U. KIESER, op. cit., art. 49 n. 66; voir aussi ATF 118 V 56 c. 5a). Or, au cas particulier, la simple référence au résultat des "investigations" est trop générale, alors que la décision en cause dépend essentiellement des résultats de l'instruction médicale, sur la nature et sur les répercussions des atteintes à la santé. Dans ces circonstances, une violation du droit d'être entendu doit donc être admise. Force est toutefois de constater qu'en se faisant assister par un avocat (dossier [dos.] AI 65/1) et par son psychiatre/psychothérapeute traitant, notamment, la recourante est parvenue à contester la décision viciée. Par ailleurs, du fait que l'intéressée a ensuite eu la possibilité de s'exprimer sur les éléments de motivation apportés dans la réponse de l'intimé, devant une autorité de recours jouissant d'un pouvoir d'examen étendu tant à l'égard des faits que du droit, cette violation doit être considérée comme réparée. Un renvoi de la cause à l'intimé constituerait en effet une formalité vide de sens et provoquerait ainsi une prolongation inutile de la procédure incompatible avec l'intérêt (d'égale valeur avec le droit d'être entendu) de la partie concernée à ce que l'affaire soit traitée avec célérité (ATF 137 I 195 c. 2.3.2; SVR 2021 IV n° 43 c. 4.4.1, 2020 IV n° 57 c. 3.3.1). Il sera néanmoins tenu compte de cette violation dans l'examen des frais et dépens (voir c. 8).

3.

3.1 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 148 V 162 c. 3.2.1, 144 V 210

c. 4.3.1). En l'espèce et 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 la recourante a introduit sa demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI), et que celle-ci a déposé sa demande en mars 2021 (dos. AI 2/8), les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables au présent litige (voir également Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales ([OFAS]) sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] du 1^{er} janvier 2022, version 2, p. 101 ch. 9100; sur l'application des directives de l'administration par le juge, voir notamment ATF 147 V 79 c. 7.3.2, 146 V 224 c. 4.4.2).

3.2 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 al. 1 LPGA).

3.3 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. 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.

3.4 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; SVR 2020 IV n° 48 c. 8.1.1). 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). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

3.5 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 2021 IV n° 54 c. 2.3).

3.6 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 preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

4.

4.1 Dans sa décision contestée du 26 septembre 2022, l'intimé a considéré que la recourante ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante et qu'elle était en mesure d'assumer d'un point de vue médical son activité habituelle en tant que personnel de ménage au taux contractuel et sans diminution de rendement. Il a donc exclu le droit à des prestations de l'AI. Dans son mémoire de réponse du 14 novembre 2022, l'intimé a indiqué s'être appuyé sur l'expertise bidisciplinaire du 7 février 2022 pour rendre la décision attaquée, puis a défendu la valeur probante de celle-ci. Après avoir constaté que la recourante n'avait pas formulé d'objections contre le préavis du 4 août 2022, l'intimé a considéré que le rapport du psychiatre/psychothérapeute traitant déposé par la recourante devant le TA n'était pas de nature à remettre en cause la valeur probante de l'expertise susmentionnée. Enfin, l'intimé n'a rien ajouté dans sa duplique, confirmant ainsi le contenu de ses précédents écrits.

4.2 Hormis la violation de son droit d'être entendue, la recourante a contesté l'appréciation faite par l'intimé de sa situation médicale. Elle lui a en particulier reproché une instruction lacunaire du dossier, faute pour l'intimé d'avoir discuté le rapport médical du psychiatre/psychothérapeute traitant, daté du 25 août 2022. Par sa réplique du 30 novembre 2022, la recourante a en outre critiqué le fait que le rapport du 25 août 2022 ait été écarté, compte tenu de la relation de confiance qui la lie à ce spécialiste. A ce titre, elle a fait valoir une inégalité des armes entre les assurés et l'intimé. Selon elle, son médecin ne serait en effet pas en mesure de rédiger un rapport aussi complet que l'expertise bidisciplinaire, en raison du fait qu'il n'est pas rémunéré par une autorité, comme le sont les experts. La recourante a encore justifié son absence de réaction à la préorientation du 4 août 2022, par le fait qu'elle n'aurait pas compris la portée de celle-ci en raison de ses faibles connaissances en français. Finalement, dans son écrit du 29 décembre 2022, la recourante a en substance confirmé les conclusions de son recours.

5.

5.1 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). Au cas particulier, dans la présente procédure, la recourante a notamment produit un rapport radiologique du 13 décembre 2022 (y compris les radiographies discutées dans celui-ci) et un écrit concernant des résultats de laboratoire. Ces documents sont postérieurs à la décision attaquée et concernent uniquement des faits constatés après ce prononcé. Ils ne peuvent dès lors être pris en considération. En revanche, en ce qui concerne le rapport du psychiatre/psychothérapeute traitant du 28 décembre 2022, il concerne la situation médicale qui existait au moment où la décision attaquée a été rendue. Il doit par conséquent être pris en compte. En effet, cet écrit est de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision a été notifiée (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Au surplus, le dossier permet de constater les faits médicaux principaux suivants.

5.1 Le 10 juin 2015, les médecins en charge de la recourante des services psychiatriques du Jura bernois - Bienne-Seeland (ci-après: les services psychiatriques) ont posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique (ch. F43.1 de la Classification statistique internationale des maladies et de problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (ch. F33.2 CIM-10). Ils ont indiqué que la recourante les avait consultés pour une prise en charge d'un état anxieux-dépressif et suite à une détérioration de son état psychique depuis trois mois. Ils ont ajouté que l'assurée était connue pour des troubles dépressifs, ayant été victime de maltraitance verbale et physique durant des dizaines d'années par le père de ses enfants (dos. AI 14/13).

5.3 Suite à des douleurs épigastriques, la recourante a consulté un gastroentérologue, qui a procédé à une gastroscopie le 12 décembre 2016.

Dans le rapport du même jour, le spécialiste a surtout mis en évidence une hernie hiatale, une œsophagite de reflux, des rougeurs de la muqueuse antrale de l'estomac, ainsi qu'une intolérance au lactose (dos. AI 14/11).

5.4 Le psychiatre/psychothérapeute traitant a rendu un rapport le 23 novembre 2017, dans lequel il a indiqué suivre sa patiente depuis 2012 pour un état de stress post-traumatique et pour une symptomatologie de dépression chronique, alors de gravité moyenne. Après avoir constaté que l'état de sa patiente s'était stabilisé grâce à un suivi psychothérapeutique et à un traitement médicamenteux, ce médecin a retenu que la recourante avait débuté deux activités professionnelles pour un temps de présence total de 50% (40% dans le cadre d'une mesure d'intégration professionnelle et 10% comme employée de ménage). Il a ajouté que l'assurée ne devait toutefois pas être exposée à des situations très stressantes (dos. AI 14/10).

5.5 En raison de l'apparition de céphalées, la recourante s'est soumise à un examen radiologique le 22 mai 2019. Dans un rapport radiologique du même jour, il a alors été révélé la présence de petites glioses aspécifiques dans la substance de l'hémisphère cérébral droit, sans incidence clinique. Aucun signe d'hémorragie ou de masse intracrânienne, ni d'ischémies récentes n'ont en revanche été constatés (dos. AI 14/8).

5.6 Des douleurs aux genoux apparues suite à une chute ont emmené la recourante à consulter un spécialiste en chirurgie orthopédique le 2 septembre 2019. Dans un rapport du 4 septembre 2019, celui-ci a posé les diagnostics principaux de douleurs fémoropatellaires persistantes et de dysfonction musculosquelettique. Il a conseillé un suivi physiothérapeutique (dos. AI 14/6).

5.7 Dans un rapport du 9 octobre 2020, un spécialiste en ophtalmologie a retenu les diagnostics de légère hypermétropie bilatérale, presbytie, crises de migraine récurrentes et xanthélasma dans la partie nasale des deux paupières supérieures (dos. AI 14/5).

5.8 Compte tenu de la persistance de douleurs au genou droit, une IRM a été réalisée le 9 mars 2021 et a relevé la présence d'une déchirure horizontale récente de la corne postérieure du ménisque externe. Aucune

pathologie interne du genou ou d'épanchement articulaire n'a cependant été constaté (dos. AI 14/4).

5.9 Le 13 mars 2021, un spécialiste en angiologie a relevé la présence de varices. Il a posé le diagnostic d'insuffisance veineuse chronique de stade 3 et préconisé l'adaptation de bas de contention, ainsi qu'un traitement ambulatoire par laser (planifié au 25 mars 2021; dos. AI 14/2 s.). Dans un rapport de suivi du 6 mai 2022, il a jugé l'évolution favorable et a mis un terme au traitement (dos. AI 60/3).

5.10 Sur demande de l'intimé, le psychiatre/psychothérapeute traitant a rendu un rapport le 7 septembre 2021, duquel il ressort les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (ch. F43.1 et ch. F33.1 CIM-10). Ce médecin a retenu une capacité de travail de 30% au mieux, en évoquant la présence d'une fatigabilité, de troubles de la concentration et de l'attention, d'anxiété, ainsi que de difficultés dans la gestion du stress et de la frustration. Après avoir constaté que la recourante travaillait comme employée de ménage, il a indiqué qu'il ignorait quelle activité était exigible, hormis un emploi tel que celui exercé alors dans le domaine du nettoyage (dos. AI 30/3).

5.11 Sur conseils d'un spécialiste en médecine psychosomatique et en psychothérapie du SMR (dos. AI 33/3), l'intimé a organisé une expertise bidisciplinaire (en orthopédie et en psychiatrie/psychothérapie). S'agissant du volet somatique de celle-ci, l'expert en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur n'a posé aucun diagnostic impactant la capacité de travail (le diagnostic de déchirure du ménisque étant réputé sans effet sur celle-ci) et a conclu à une capacité de travail totalement préservée. Il a toutefois souligné qu'était adapté un travail ne s'exerçant pas en permanence en position accroupie ou à genoux. Quant à l'expert en psychiatrie/psychothérapie, il n'a pas non plus retenu de diagnostic avec effet sur la capacité de travail, mais a évoqué ceux (sans répercussion sur celle-ci), d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (ch. F32.10 CM-10). Il a aussi déclaré que la capacité de travail était conservée. Dans leur évaluation consensuelle du 7 février 2022, les experts ont confirmé ces diagnostics et estimations de la capacité de travail de la recourante.

5.12 A l'appui de ses objections du 6 avril 2022, déposées contre la première préorientation du 11 mars 2022, la recourante a transmis à l'intimé un rapport daté du 14 janvier 2022, qui mentionne une suspicion de troubles respiratoires (dos. AI 51/2).

5.13 Le 1^{er} juillet 2022, le SMR, par son spécialiste en médecine psychosomatique et en psychothérapie, a considéré qu'il n'existait aucun nouvel élément médical (sur les plans orthopédique et psychiatrique) susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expertise bidisciplinaire du 7 février 2022 (dos. AI 62/4).

5.14 Avec son recours, la recourante a déposé un rapport du 25 août 2022 de son psychiatre/psychothérapeute traitant, dans lequel celui-ci a indiqué que sa patiente n'était pas en mesure d'exercer une autre activité lucrative en plus de celle déjà exercée à raison de 10% comme employée de ménage (dos. AI 68/7).

5.15 Dans un rapport du 28 décembre 2022, le psychiatre/psychothérapeute traitant de la recourante a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique (ch. 43.1 CIM-10) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (ch. 33.1 CIM-10). Le médecin a constaté que malgré plusieurs réadaptations de la médication et un suivi psychothérapeutique régulier depuis plusieurs années, l'évolution de l'état psychique de la recourante était lente et difficile (dos. TA).

6.

6.1 Il s'agit tout d'abord d'examiner la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire du 7 février 2022, sur laquelle l'intimé s'est fondé pour nier toute atteinte à la santé invalidante.

6.2 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).

6.3 L'expertise comprend une appréciation interdisciplinaire (expertise consensuelle) du 7 février 2022, synthétisant le résultat d'examens sur les plans de l'orthopédie et de la psychiatrie/psychothérapie), ainsi que les rapports relatifs à ces investigations spécialisées (dos. AI 49.1/10). Les experts, dont les qualifications médicales ne sauraient être mises en doute, ont procédé chacun à un examen personnel de la recourante, en présence d'une traductrice. Ils ont pris en compte les plaintes subjectives, l'anamnèse détaillée (familiale, scolaire et socio-professionnelle), ainsi que les documents médicaux au dossier. Certes, le rapport du 14 janvier 2022 relevant une suspicion de troubles respiratoires (voir c. 5.12) n'a pas été cité, ni discuté par les experts. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que cet écrit se limite à rapporter le résultats d'un test d'apnée et n'a pas été discuté par un spécialiste. Au contraire, le médecin généraliste de la recourante s'est contenté de le transmettre à l'intimé (dos. AI 60/5), sans commentaire. Quoi qu'il en soit, après que la recourante ait rapporté des épisodes de palpitations/serrements en cas de stress (dos. AI 49.1/16), l'expert en orthopédie a procédé à un test pulmonaire, qui n'a pas mis en évidence de trouble respiratoire (dos. AI 49.1/16). Il n'a, par ailleurs, pas recommandé d'instruire davantage cette question (voir c. 6.4.1). Dans ces circonstances, force est de constater que les résultats de l'expertise ont été arrêtés en pleine connaissance des éléments médicaux déterminants. Les observations émises dans ce contexte, discutées et étayées, ont ensuite été intégrées dans l'évaluation finale consensuelle, à laquelle ont procédé les experts. Leurs conclusions ne laissent pas apparaître d'élément permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Elles répondent ainsi aux exigences formelles posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (voir c. 6.2).

6.4 Sur le plan matériel, l'expertise apparaît également convaincante.

6.4.1 D'un point de vue somatique d'abord, l'expert a recensé les plaintes de la recourante et en a examiné les éventuelles causes, ce malgré une participation défavorable de celle-ci aux épreuves demandées (dos. AI 49.1/19). A cet égard, s'agissant des douleurs inchangées de la recourante (gonalgies) depuis les dernières investigations radiologiques du 9 mars 2021 (voir c. 5.8), l'expert a en particulier procédé à un examen clinique des membres inférieurs. Il a notamment constaté l'absence d'épanchement articulaire (confirmé par l'IRM du 9 mars 2021, voir c. 5.8), ainsi qu'une mobilité et une flexion légèrement réduites, s'agissant du genou. A l'issue de son évaluation médicale poussée et en s'appuyant sur l'examen radiologique du 9 mars 2021, qu'il a brièvement commenté, l'expert a retenu de façon logique le diagnostic (sans effet sur la capacité de travail) de déchirure méniscale externe du genou droit (dos. AI 49.1/21). Il a également procédé à des examens sur les plans cardio-vasculaire, pulmonaire, ORL, neurologique, digestif et urogénital (dos. AI 49.1/16), dont les résultats n'ont pas révélé d'éléments médicaux susceptibles d'être investigués davantage par l'expert. En particulier, s'agissant d'éventuels troubles respiratoires (voir c. 6.3), l'expert a mis en évidence l'absence de toux, d'expectoration, d'hémoptysie ou d'asthme. C'est donc de manière probante que l'expert n'a posé aucun diagnostic avec incidence sur la capacité de travail. L'expert est d'autant plus convaincant qu'il a observé, lors de son examen clinique, un déshabillage non entravé de la recourante et l'absence d'inconfort lors du trajet en voiture (de deux heures), ainsi que pendant toute la durée de l'entretien (de 1h15; dos. AI 49.1/2 et 49.1/19). L'activité raisonnablement exigible qui a été décrite par l'expert (activité ne s'exerçant pas de manière permanente en position accroupie ou à genoux) est dès lors cohérente au vu des observations faites par l'expert, notamment s'agissant d'une force et d'une mobilité conservées, tant des membres supérieurs que des membres inférieurs (dos. AI 49.1/19 s.). Quant à l'évaluation de la capacité de travail de la recourante à savoir pleine et entière, elle s'avère aussi convaincante eu égard aux faibles limitations fonctionnelles retenues.

6.4.2 Sur le plan psychiatrique ensuite, l'expert de cette discipline a procédé avec soin à un examen au terme duquel il a retenu le diagnostic, sans influence sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen, sans

syndrome somatique (ch. F32.10 CIM-10). Pour étayer celui-ci, il a notamment relevé la présence d'allégations d'une humeur dépressive, d'une diminution de l'intérêt et du plaisir, d'une augmentation de la fatigabilité, d'une diminution de l'estime, d'idées de dévalorisation et d'attitude pessimiste face à l'avenir (dos. AI 49.1/36). Les conclusions de l'expert apparaissent en adéquation avec les propos de la recourante lors de l'entretien personnel. Le moral a en effet été qualifié de "triste" par la recourante, avec des pleurs ponctuels (dos. AI 49.1/26 et 49.1/32). Celle-ci a également mentionné un état thymique bas depuis de nombreuses années (dos. AI 49.1/26). L'expert a ajouté que l'absence de hobbies ou de loisirs rapportée par la recourante (dos. AI 49.1/31) expliquait la diminution de l'intérêt et du plaisir, malgré un appétit et une libido conservés et des contacts sociaux maintenus. S'agissant d'une éventuelle fatigue, il a signalé que la recourante avait évoqué un manque de force. Quant à l'estime de soi, elle a été qualifiée de faible ("je ne suis rien du tout"; dos. AI 49.1/26). L'attitude pessimiste face à l'avenir se comprend essentiellement par les idées suicidaires de la recourante (sans tentative de suicide) mais également en raison du fait qu'elle ne se projette dans le futur qu'au travers de ses enfants (elle souhaite qu'ils puissent faire des études). L'expert a en outre exclu de manière compréhensible le syndrome somatique, dans la mesure où aucun des symptômes répertoriés à ce titre dans la CIM-10 n'était rempli (pas de réveil matinal précoce ou de ralentissement psychomoteur important notamment; dos. AI 49.1/26). L'ampleur de l'épisode dépressif (qualifié de moyen par l'expert) est cohérente au vu de la concentration non altérée de la recourante (malgré un entretien de 1h40), de l'absence de passage à l'acte auto-agressif ou de réveil précoce et en présence d'un appétit stable ainsi que d'une prise pondérale (dos. AI 49.1/36). A ce titre, l'expert a scrupuleusement expliqué les raisons qui l'ont conduit à renoncer à qualifier l'épisode dépressif de sévère. Il a en effet souligné, conformément aux déclarations de la recourante en ce sens, un cadre familial soutenant et des relations de voisinages harmonieuses (dos. AI 49.1/30 et 49.1/35). Pour le surplus, l'expert a confronté son avis à celui du psychiatre/psychothérapeute traitant (voir c. 5.2, 5.4 et 5.10). C'est ainsi qu'il s'est distancié de façon probante des diagnostics d'état de stress post-traumatique (ch. F43.1 CIM-10), en arguant principalement que, contrairement à ce qui avait été mentionné en 2015 par le spécialiste

traitant (dos. AI 14/13), la recourante ne relatait pas de flashbacks ou d'état de qui-vive (symptômes décrits sous le ch. F43.1 CIM-10; dos. AI 49.1/35). Quant au diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (ch. F33.1 CIM-10) retenu par le psychiatre/psychothérapeute traitant, l'expert l'a écarté au motif que la recourante n'aurait pas atteint la cinquième décennie. Bien que ce raisonnement soit discutable au vu des critères de la CIM-10 relatifs à ce trouble (il y est au contraire expliqué que le premier épisode peut survenir à n'importe quel âge), la jurisprudence semble néanmoins admettre que la cinquième décennie correspond à l'âge moyen auquel se déclare un trouble dépressif récurrent (arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_881/2009 du 1^{er} juin 2010 c. 4.2.2). Toujours dans le contexte des diagnostics non retenus, l'expert a expliqué de façon convaincante qu'il n'avait pas posé le diagnostic de troubles de la personnalité (ch. F60 CIM-10) en raison du fait que la recourante avait fonctionné normalement et qu'elle était en particulier parvenue à fuir un mari violent, en immigrant en Suisse (dos. AI 49.1/25, 49.1/29 et 49.1/35). Si les explications de l'expert, relatives aux symptômes (en l'occurrence niés) du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme (ch. F45.4 CIM-10) sont, certes, laconiques, force est cependant de constater que les critères évoqués correspondent en tous points à ceux de la CIM-10 (absence de détresse et de doléance algique au premier plan; dos. AI 49.1/35). Le raisonnement de l'expert sur ce point n'est donc pas non plus critiquable. Par conséquent, les conclusions de l'expert relatives aux diagnostics sont logiques, compréhensibles et convaincantes. S'appuyant sur ses propres observations, l'expert a entre autres relevé que la recourante formait normalement ses pensées, qui étaient exemptes de phénoménologie anxieuse paroxystique ou archaïque de registre psychotique. Il a donc conclu de manière probante qu'il n'existait aucun anéantissement de la capacité à penser et donc aucune limitation fonctionnelle au motif psychiatrique. Ce résultat est d'autant plus cohérent que, spontanément, la recourante n'a annoncé aucune plainte relevant du registre psychique (dos. AI 49.1/25). En l'absence de telles limitation, on ne voit donc rien à dire dans le fait que l'expert a retenu que la recourante présentait une capacité de travail entière (dos. AI 49.1/36).

6.4.3 En particulier, les différents rapports médicaux du psychiatre/psychothérapeute traitant postérieurs à l'expertise du 7 février 2022 ne permettent pas de remettre en cause la valeur probante de l'expertise psychiatrique. S'agissant d'abord de l'écrit du 25 août 2022 (voir c. 5.14), il ne contient aucun élément qui n'aurait pas déjà été examiné par l'expert. Le psychiatre/psychothérapeute traitant s'est contenté d'indiquer qu'une augmentation du taux de travail (pourcentage supérieur au taux de 10% alors exercé) aurait des conséquences négatives sur la santé psychique de sa patiente, sans toutefois étayer d'éventuelles limitations fonctionnelles qui justifieraient une capacité de travail réduite. Cette appréciation est d'autant moins convaincante que le même médecin, dans un précédent rapport, avait admis que la recourante pourrait travailler à un taux de 30% (voir c. 5.10). Le psychiatre/psychothérapeute traitant n'ayant pas motivé plus avant cette modification du taux d'activité, son avis n'est pas de nature à mettre en doute la capacité de travail estimée par l'expert psychiatre. Quant à l'écrit de ce spécialiste, du 28 décembre 2022 (voir c. 5.15), il évoque les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (ch. F43.1 et ch. F33.1 CIM-10). Il ne mentionne cependant aucun diagnostic nouveau, antérieur à la décision attaquée. Ainsi que cela ressort toutefois de ce qui précède (voir c. 6.4.2), ces diagnostics ont été minutieusement examinés par l'expert psychiatre. Celui-ci a expliqué de façon convaincante les raisons pour lesquelles il ne pouvait se rallier aux diagnostics posés par le psychiatre/psychothérapeute traitant. Les avis médicaux de celui-ci, très peu motivés, ne peuvent ainsi l'emporter face aux considérations détaillées de l'expert. Par ailleurs, il sied de relever que contrairement à ce que la recourante soutient, les conclusions de son psychiatre sont écartées non pas par la seule présence d'une relation de confiance, mais en raison du fait que celles-ci n'apportent aucun élément qui n'aurait pas été examiné avec soin par l'expert psychiatre/psychothérapeute. Aussi, en prétendant qu'elle ne bénéficie pas des mêmes chances de succès que l'intimé par le fait que son psychiatre/psychothérapeute traitant n'est pas en mesure de rédiger un rapport aussi complet que l'expertise bidisciplinaire, elle méconnaît la nature différente du mandat de traitement d'un médecin spécialisé exerçant une activité thérapeutique et du mandat d'expertise de l'expert médical spécialisé nommé par l'autorité. En effet, on peut et on doit

attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.3). En tout état de cause, la recourante disposait d'un droit de récuser l'expert pour des raisons pertinentes (voir anc. art. 44 LPG, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021) ou de prendre position face aux questions à poser aux experts (ATF 138 V 271 c. 1.1, 137 V 210 c. 3.4.2.9), droit qu'elle n'a du reste pas exercé. Partant, elle ne saurait être considérée comme désavantagée face à l'intimé.

6.5 Au vu des considérants qui précèdent, une pleine valeur probante doit donc être reconnue à l'expertise bidisciplinaire du 7 février 2022, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner des investigations médicales supplémentaires. Il convient d'admettre, comme les experts l'ont attesté, que la capacité de travail de la recourante est complète dans l'ancienne activité et dans une activité adaptée et ce depuis toujours (dos. AI 49.1/15).

7.

Au vu de ce résultat, il sied encore de signaler que, pour des raisons de proportionnalité, il peut être renoncé à la procédure probatoire structurée imposée par la jurisprudence pour l'appréciation du caractère invalidant des troubles psychiques (voir ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1), lorsque celle-ci n'est pas nécessaire ou n'est pas adaptée. Cela vaut notamment lorsqu'aucun élément ne permet d'admettre une incapacité de travail de longue durée (art. 28 al. 1 let. b LAI) ou qu'une telle incapacité de travail de longue durée est niée d'une manière compréhensible par des rapports médicaux convaincants de médecins spécialistes, dans la mesure où d'éventuelles autres appréciations divergentes ne s'avèrent pas probantes faute de qualification médicale spécialisée de leurs auteurs ou pour d'autres motifs (ATF 145 V 215 c. 7). En l'espèce toutefois, dès lors que l'expertise bidisciplinaire exclut toute réduction de la capacité de travail et

que cette appréciation résiste à l'examen des avis du psychiatre/psychothérapeute traitant, à laquelle on ne peut accorder de valeur probante, il peut être fait fi de l'examen des troubles psychiques à l'aune des indicateurs standards issus de la jurisprudence du TF.

8.

8.1 En conclusion, on doit donc retenir, à l'instar de l'intimé, dans sa décision litigieuse du 26 septembre 2022, qu'en l'absence de diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, la recourante ne présente aucune atteinte invalidante à la santé. C'est donc à bon droit que l'intimé a exclu tout droit de la recourante aux prestations de l'AI. Le recours doit par conséquent être rejeté.

8.2 Aux termes de l'art. 61 let. f^{bis} LPGA en lien avec l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, la procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires. Par conséquent, la recourante qui succombe doit supporter les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.- (art. 108 al. 1 LPJA) et n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario et art. 104 LPJA). La réparation, dans la présente procédure, de la violation du droit d'être entendue de l'intéressée ne justifie pas une autre répartition. En effet, bien que la décision ait été insuffisamment motivée, la recourante a néanmoins compris que des prestations découlant de l'AI lui étaient refusées et a pu se faire aider pour exercer son droit de recours. Par ailleurs, elle a ensuite pu s'exprimer complètement sur les motifs de l'intimé dans le contexte de sa réplique. Dans ces conditions, force est de constater que la violation du droit d'être entendue de la recourante ne lui a causé aucun désavantage, étant précisé que cette dernière n'était pas représentée en procédure (voir en sens: JTA LAA/2018/683 du 8 avril 2020 c. 9.2, AC/2017/257 du 4 octobre 2018 c. 10.1; voir également RUTH HERZOG, in HERZOG/DAUM [éd.], *Kommentar zum bernischen VRPG*, 2020, art. 108 n. 20 s. et 39; JAB 2004 p. 133 c. 3.1 et les références).

8.3 La recourante a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice.

8.3.1 Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

8.3.2 Compte tenu des pièces produites à l'appui de sa requête, la condition financière est remplie, la recourante bénéficiant de l'assistance des services sociaux (ATF 144 III 531 c. 4.1, 122 I 5 c. 4a; SVR 2017 IV n° 87 c. 2.1). En outre, les chances de succès du recours ne pouvaient être d'emblée niées (ATF 140 V 521 c. 9.1; SVR 2021 ALV n° 13 c. 8.1). La requête doit donc être admise et la recourante mise au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle.

8.3.3 La recourante doit toutefois être rendu attentive à son obligation de remboursement envers le canton si elle devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 112 al. 2 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire, limitée aux frais judiciaires, est admise.
3. Les frais judiciaires, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la recourante,
 - 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).