

**200.2023.589.AI**

N° AVS A. \_\_\_\_\_

NIG/BOR

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

**Jugement du 7 avril 2025**

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président  
A.-F. Boillat et G. Zürcher, juges  
D. Borel, greffier

**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 23 juin 2023

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1961, est divorcée et mère de trois enfants adultes. Sans formation certifiée, elle a travaillé à 60% en qualité de contrôleuse pour une entreprise horlogère (tout en effectuant en parallèle des travaux de comptabilité à titre accessoire) jusqu'au début du mois d'avril 2013, période à laquelle son médecin traitant l'a mise en arrêt de travail à 100%, suite à l'apparition de paresthésies dans les mains et les avant-bras. L'assurée a alors perçu de l'assureur perte de gain en cas de maladie de son employeur des indemnités journalières jusqu'au 9 avril 2015. Après avoir été licenciée pour fin 2014 de son emploi dans l'horlogerie, l'assurée a recommencé à travailler à temps partiel, dès le début de l'année 2017, comme aide-comptable/secrétaire pour le compte d'une agence publicitaire, activité qu'elle avait déjà exercée ponctuellement par le passé dès 2011. L'assurée a été licenciée de son dernier emploi pour la fin du mois de juillet 2020.

**B.**

Par un formulaire daté du 7 août 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité auprès de l'Office AI Berne, en faisant valoir une incapacité de travail à 100% depuis le 10 avril 2013 et en précisant souffrir d'une perte de sensibilité affectant les nerfs de ses deux bras. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a sollicité des informations de l'ancien employeur et recueilli divers rapports médicaux auprès du médecin généraliste et du psychiatre traitants, ainsi que de deux hôpitaux universitaires, mais également l'avis du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR). Après avoir exclu tout droit à des mesures professionnelles puis indiqué, dans un préavis du 24 novembre 2017, qu'il envisageait aussi de nier tout droit à une rente, l'Office AI Berne, au vu des observations déposées par le mandataire de l'assurée contre cet acte et sur les conseils du SMR, a diligenté une expertise bidisciplinaire

(psychiatrie et rhumatologie), dont les rapports lui sont parvenus les 12 juin et 20 juillet 2018. Les experts ont encore répondu à plusieurs questions complémentaires de l'Office AI Berne et se sont déterminés sur un écrit de l'avocat de l'assurée. L'Office précité a ensuite ordonné une mesure de réhabilitation (thérapie multimodale de la douleur), puis actualisé la documentation médicale, notamment par l'obtention de rapports hospitaliers et opératoires. Il a enfin requis une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, chirurgie de la main, neurologie, orthopédie et psychiatrie), dont le rapport a été établi le 30 août 2022. Sur ce fondement, dans un préavis du 25 octobre 2022, il a fait savoir qu'il entendait accorder à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2014, puis un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> mai 2016. Suite aux observations formulées le 25 novembre 2022 par l'assurée, l'Office AI Berne a invité le SMR à se déterminer une nouvelle fois. Après avoir reçu les réponses du SMR, datées des 14 et 22 mars 2023, l'Office AI Berne a confirmé son préavis, par décision du 23 juin 2023.

### **C.**

Par acte du 21 août 2023, l'assurée, toujours représentée, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite de frais et dépens, elle a conclu à l'annulation du prononcé du 23 juin 2023 en tant que celui-ci réduisait la rente entière qui lui avait été accordée à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> mai 2016, principalement, au maintien de la rente entière au-delà de cette date et, subsidiairement, à ce que la rente entière soit réduite à une demi-rente seulement. Dans son mémoire de réponse du 22 septembre 2023, auquel il a joint une nouvelle prise de position du SMR, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le mandataire de l'assurée a produit sa note d'honoraires le 3 octobre 2023, avant de communiquer spontanément, le 15 février 2024, un (nouveau) rapport établi par un spécialiste en chirurgie de la main. Par écrit du 20 février 2024, l'intimé a maintenu ses conclusions.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI Berne du 23 juin 2023 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et alloue à la recourante une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> avril 2014 au 30 avril 2016, puis un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> mai 2016. L'objet du litige porte sur l'annulation (partielle) de cette décision, en tant qu'elle n'accorde à l'assurée qu'un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> mai 2016 et sur l'octroi, au-delà du 30 avril 2016, d'une rente entière, subsidiairement, d'une demi-rente. Est particulièrement critiquée la valeur probante de l'expertise du 30 août 2022, diligentée par l'intimé. C'est le lieu de préciser que l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 431; TF 9C\_413/2018 du 16 novembre 2018 c. 3.2, in SVR 2019 IV n° 32; VSI 2001 p. 274 c. 1a).

**1.2** Interjeté en temps utile, compte tenu de la suspension des délais entre le 15 juillet et le 15 août (art. 38 al. 4 let. b de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et dûment représentée, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et 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 TA 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 art. 84 al. 3 LPJA).

## **2.**

**2.1** La modification du 19 juin 2020 de la LAI (développement continu de l'AI; RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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'occurrence, si la décision entreprise est certes postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, le droit à une rente est pour sa part né antérieurement à cette date, si bien qu'il doit être examiné selon les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (voir VGE IV/2023/289 du 22 août 2023 c. 2.1).

**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 al. 1 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. 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). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, 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). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

**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 (let. b) et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'ancien art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), 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** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021]). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente. La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable. C'est notamment le cas d'une amélioration de la

capacité de travail en raison de l'accoutumance ou de l'adaptation au handicap. Un motif de révision est, selon les circonstances, également donné lorsqu'une autre manière d'évaluer l'invalidité trouve application ou en cas d'évolution dans les travaux habituels (ATF 144 I 103 c. 2.1, 141 V 9 c. 2.3; TF 8C\_280/2020 du 21 décembre 2020 c. 3.1, in SVR 2021 IV n° 36). Lors de l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité échelonnée ou limitée dans le temps, les dispositions applicables à la révision s'appliquent par analogie, car dans un tel cas, une modification notable de la situation influençant le droit à la rente est intervenue encore avant le prononcé de la première décision de rente et doit conséquemment être prise en considération dans cette décision. En cas d'octroi rétroactif d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, les bases temporelles déterminantes pour la comparaison sont, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, le moment de la modification du droit, à fixer en fonction du délai de trois mois au sens de l'art. 88a RAI (ATF 150 V 67 c. 4.3.2, 133 V 263 c. 6.1; TF 8C\_132/2020 du 18 juin 2020 c. 4.2.2, in SVR 2020 IV n° 70).

**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; TF 9C\_540/2020 du 18 février 2021 c. 2.3, in SVR 2021 IV n° 54).

**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** Sur la base essentiellement des expertises diligentées en 2018 et 2022, l'intimé a retenu dans la décision attaquée que l'assurée avait présenté jusqu'en janvier 2016 une capacité de travail limitée à 29%, justifiant l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> avril 2014 (échéance du délai d'attente d'un an) et jusqu'au 30 avril 2016. Dès le 1<sup>er</sup> février 2016, l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail exigible de 70% dans toute activité légère et adaptée à ses limitations, c'est-à-dire dans toute profession exercée essentiellement en position assise et avec la main gauche de façon monomanuelle, permettant d'éviter le port de charges supérieures à 5 kg. De ce fait, en procédant à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, il en résultait un taux d'invalidité de 44%, si bien que la rente devait être réduite à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> mai 2016, trois mois après l'amélioration de l'état de santé. Dans sa réponse et son écrit du 20 février 2024, l'intimé a persisté dans son argumentation et précisé qu'il ne ressortait des rapports produits à l'appui du recours aucun fait médical nouveau, susceptible de remettre en question les conclusions de l'expertise réalisée en 2022.

**3.2** Pour sa part, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire précitée, sur la base de laquelle une capacité de travail de 70% lui a été reconnue dès février 2016, ainsi que la diminution correspondante de la rente (entière) d'invalidité qui lui a été accordée. La recourante estime que sa capacité de travail est en toute hypothèse inférieure à 50%, de sorte qu'elle pourrait prétendre au minimum à une demi-rente. Elle fait valoir que les conclusions ressortant de l'appréciation interdisciplinaire des experts, en tant qu'elles évaluent à 70% sa capacité de travail dans toute activité adaptée, sont contradictoires avec celles des experts en chirurgie de la main, dont le rapport particulier énonce une capacité de travail exigible de 25%. Selon la recourante, cette incohérence résulte du fait que les conclusions figurant dans le rapport de synthèse de l'expertise n'ont pas été discutées avec les experts en chirurgie de la main. La recourante ajoute que ces derniers médecins sont les seuls à avoir détaillé exhaustivement ses limitations somatiques et que leur point de vue est conforté par celui de sa spécialiste en chirurgie de la

main. Elle fait encore valoir que l'appréciation interdisciplinaire des experts omet également de tenir compte d'une diminution de rendement de 30% évoquée par l'expert en chirurgie orthopédique. Elle estime donc qu'au regard des incohérences affectant l'appréciation interdisciplinaire des experts, il conviendrait de "corriger" celle-ci en tenant compte de l'avis des experts en chirurgie de la main, voire d'ordonner une expertise judiciaire.

#### **4.**

**4.1** A titre liminaire, il sied de relever que l'assurée a transmis à l'appui de son recours divers rapports postérieurs à la décision du 23 juin 2023 (pièces justificatives [PJ] 3 à 9), établis respectivement par ses médecins, ses ergothérapeutes, son ostéopathe et son physiothérapeute. 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 (ATF 144 V 210 c. 4.3.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement, dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rédigé postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à celle-ci (TF 8C\_239/2020 du 19 avril 2021 c. 7.2.1, 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 c. 5.2). En l'espèce, bien que les rapports produits par la recourante devant le TA soient postérieurs à la décision attaquée, leur contenu a manifestement trait à une situation préexistante. Partant, ces rapports seront pris en considération ci-après. Cela étant précisé, il ressort du dossier les principaux éléments médicaux suivants.

**4.2** En raison de troubles (douleurs et paresthésies, notamment; dos. AI 67.3/28) ayant initialement affecté sa main et son coude gauches, lesquels se sont subséquentement étendus à sa main droite, l'assurée a subi deux premières opérations les 9 août 2013 et 28 janvier 2014 (décompressions endoscopiques des nerfs ulnaires gauche et droit; dossier [dos.] AI 58/2 et 59/2). Par ailleurs, après s'être vu diagnostiquer des atteintes vasculaires, sous la forme de sténoses carotidiennes bilatérales, l'assurée a fait l'objet

d'une endartériectomie du côté gauche le 17 juillet 2014, puis du côté droit le 9 septembre 2014 (dos. AI 61/2-7). Diverses périodes d'incapacité de travail ont été attestées en lien avec ces interventions. Puis, à la suite d'une recrudescence de paresthésies au niveau de la main droite (voir aussi dos. AI 52/4, 53/6, 71/2 et 83/1), une nouvelle opération a été réalisée le 8 février 2016 (neurolyse du nerf ulnaire et du nerf brachial cutané du bras droit, avec déplacement musculaire profond; dos. AI 83/7 et 86/1; voir aussi dos. AI 90/2). Dans un rapport du 19 avril 2016, la spécialiste en chirurgie de la main ayant opéré l'assurée a exposé qu'après une bonne évolution postopératoire initiale, ainsi qu'une amélioration de la motricité et de la sensibilité, l'intéressée présentait une nette exacerbation de ses douleurs, en lien notamment avec une inflammation "massive" des glandes salivaires (dos. AI 93/2). A l'issue d'un contrôle subséquent, cette praticienne a confirmé, le 6 septembre 2016, que l'assurée présentait toujours de fortes douleurs lorsqu'elle mobilisait son bras droit (dos. AI 105/1).

**4.3** Dans ses écrits des 5 septembre 2013 et 8 août 2014, le médecin interniste de l'assurée a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome "sulcus ulnaris" bilatéral, ainsi que de chondrose cervicale C5-C6 (présents tous les deux depuis avril 2013; dos. AI 83/12, 20/4, 67.3/14 et 67.3/19). Après avoir confirmé l'existence de douleurs affectant le nerf cubital droit, ainsi que la région cervicale et scapulaire, ce praticien a attesté diverses périodes d'incapacité de travail (incapacité à 100% du 10 avril au 31 octobre 2013, à 50% du 1<sup>er</sup> novembre au 11 juillet 2014, à 100% du 12 juillet au 19 août 2014, puis à 50% dès le 20 août 2014; dos. AI 8/2, 33/2 et 20/1). Le 20 octobre 2016, il a finalement relaté qu'aucune activité n'était exigible (dos. AI 110/4).

**4.4** De son côté, le psychiatre et psychothérapeute traitant a posé, le 15 février 2016, le diagnostic incapacitant de troubles de l'adaptation récurrents avec réactions dépressives et anxieuses prolongées, en présence d'un stress psychosocial et somatique (ch. F43.23 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé). Ce médecin a énuméré les plaintes de l'assurée (notamment: douleurs chroniques, situation conflictuelle avec le mari, angoisses, tristesse et

humeur changeante). Il a précisé que le pronostic lui paraissait bon, mais demeurait tributaire de l'évolution de l'état physique (dos. AI 85/1).

**4.5** Dans un rapport établi sur dossier le 20 décembre 2016, complétant un rapport initial du 21 juin 2016, un spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie du SMR a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de douleurs neuropathiques des membres supérieurs (voir aussi dos. AI 83/4). Le médecin du SMR a estimé que, depuis juin 2016, l'assurée devait pouvoir exercer à plein temps toute activité légère, lui permettant idéalement de travailler à l'aide d'un casque et d'un micro, ainsi que d'éviter le port de charges et les travaux de motricité fine ou avec les bras en hauteur (dos. AI 112/3; voir aussi dos. AI 91/1). Antérieurement à l'exigibilité retenue dès juin 2016, le praticien a aussi confirmé diverses périodes d'incapacité de travail (p.ex. à 100% du 9 août au 9 octobre 2013, à 50% du 10 octobre 2013 au 27 janvier 2014, à 100% du 28 janvier au 28 mars 2014, à 50% du 29 mars au 16 juillet 2014, à 100% du 17 juillet au 30 septembre 2014, puis à 100% dès le 8 février 2016; dos. AI 91/5).

#### **4.6**

**4.6.1** Le 18 janvier 2018, suite aux observations formulées par l'assurée contre le préavis du 24 novembre 2017, le médecin du SMR a préconisé la réalisation d'une expertise en psychiatrie et rhumatologie (dos. AI 126/2).

**4.6.2** Dans son rapport du 11 juin 2018, l'expert en psychiatrie et psychothérapie mandaté a retenu les diagnostics, tous sans incidence sur la capacité de travail, de trouble mental et du comportement lié à l'utilisation de nicotine, dépendance active (F17.24 CIM-10), ainsi que de trouble agoraphobique avec panique d'intensité modérée (F40.01 CIM-10) "vs" trouble récidivant de l'adaptation avec dépression prolongée, réaction de peur en raison de facteurs psychosociaux et somatiques (F43.23 CIM-10). L'expert a exposé, entre autres, que l'assurée exerçait une activité adaptée à ses limitations physiques (comptable/secrétaire), à un taux de 25% et sans diminution de rendement (dos. AI 144.1/19).

**4.6.3** Dans son rapport transmis en juillet 2018, l'expert en rhumatologie a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de syndrome douloureux neuropathique du bras droit. Sans incidence sur la capacité de

travail, il a diagnostiqué un syndrome du sillon ulnaire du coude gauche (sulcus ulnaris) en 2013, un syndrome cervico-vertébral chronique associé à une légère protrusion discale C5-C6, ainsi qu'un status post endartériectomie carotidienne. S'agissant de la capacité de travail, l'expert, après avoir relevé que l'assurée occupait déjà à temps partiel un emploi adapté d'employée de bureau, a retenu que l'intéressée disposait d'une capacité de travail de 12 heures par semaine dans toute activité compatible avec ses limitations (soit toute activité légère et principalement sédentaire, permettant d'éviter le port de charges supérieures à 5 kg et les gestes répétitifs des mains et des bras), telle que celle qu'elle exerçait alors. Le spécialiste estimait toutefois qu'après la mise en œuvre d'une "thérapie complexe multimodale", on pouvait attendre de l'assurée qu'elle augmente son temps de travail dans ce même emploi, à raison de cinq jours par semaine, quatre heures par jour (dos. AI 145.1/27). Le spécialiste a encore précisé, le 5 août 2018, que le profil d'exigibilité énoncé dans son expertise était valable depuis le 1<sup>er</sup> avril 2014 (dos. AI 157/1; voir aussi dos. AI 165/1 et 174/1).

**4.7** Le 29 juillet 2019, l'assurée a subi une fracture de la styloïde cubitale du poignet droit, qui a aggravé les douleurs (dos. AI 208/2). Une incapacité de travail à 100% a été attestée jusqu'au 13 septembre 2019 (dos. AI 177/1 et 184/2). Le 27 janvier 2020, l'intéressée a encore été victime d'une fracture du poignet droit, consécutive à une chute. L'assurée a subi, le jour même, une intervention chirurgicale (réduction ouverte et ostéosynthèse du radius distal par mise en place d'une plaque; dos. AI 196/2-4). Dans un rapport du 22 juin 2020, le spécialiste en chirurgie orthopédique ayant opéré l'assurée a indiqué que le poignet droit était stable et la (dernière) fracture consolidée. La patiente continuait toutefois de présenter un syndrome douloureux chronique, préexistant à cette fracture. Une incapacité de travail à 100% a été attestée jusqu'au 1<sup>er</sup> août 2020 (dos. AI 201/2). A la fin du mois de juin 2022 a encore été réalisée une ablation chirurgicale du matériel d'ostéosynthèse (dos. AI 260/1).

**4.8** En date du 23 octobre 2020, le psychiatre/psychothérapeute traitant a fait état de fatigue, de douleurs, de ruminations, de troubles du sommeil et de la concentration, ainsi que d'une limitation des mouvements (voir

aussi dos. AI 137/3). En réponse à la question de savoir quelles activités étaient exigibles de l'assurée, le psychiatre a indiqué que cette dernière ne pouvait reprendre le travail, pour des raisons somatiques (dos. AI 222/2).

**4.9** Dans un rapport du 29 juin 2020, consécutif à une hospitalisation du 2 au 4 juin 2020, les médecins de la clinique de rhumatologie d'un hôpital universitaire ont confirmé notamment les diagnostics de syndrome douloureux neuropathique chronique du bras droit avec composantes somatiques et psychiques, ainsi que de syndrome douloureux cervical et de rhizarthrose gauche. Les thérapeutes ont préconisé une évaluation en vue d'une rééducation psychosomatique stationnaire, à l'issue de laquelle une thérapie complexe multimodale pourrait être entamée (dos. AI 203/1). Dans un écrit du 15 avril 2021, consécutif à une thérapie multimodale réalisée du 1<sup>er</sup> au 22 mars 2021, les médecins d'une unité de médecine psychosomatique d'un hôpital universitaire ont retenu, outre le diagnostic précité de syndrome douloureux neuropathique du bras droit, ceux de trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques, de trouble dépressif récurrent et d'éosinophilie légère. L'examen clinique avait révélé une nette limitation des mouvements du bras droit, une allodynie et une forte hyperalgésie. L'assurée présentait également une propagation de la douleur, une tachycardie et une dépression. Durant son séjour, l'intéressée avait participé à des entretiens psychothérapeutiques hebdomadaires, de même qu'à des thérapies de groupe, ainsi qu'à des séances de physiothérapie et d'ergothérapie. L'assurée avait relaté des progrès concernant ses douleurs du bras droit, ainsi qu'une diminution du stress. Par ailleurs, selon les thérapeutes, elle avait pu s'entraîner avec une bonne intensité lors d'une thérapie d'entraînement (dos. AI 245/2).

**4.10** Après que le SMR a recommandé une nouvelle expertise (dos. AI 238/5), les médecins du centre d'expertise mandaté par l'intimé, spécialisés respectivement en médecine interne, orthopédie, chirurgie de la main, ainsi qu'en neurologie et en psychiatrie-psychothérapie, ont rendu leur rapport le 30 août 2022. Ils ont retenu les diagnostics suivants: syndrome somatoforme douloureux persistant (ch. F45.4 CIM-10); trouble dépressif récurrent, épisode actuel au décours (ch. F33.0 CIM-10); agoraphobie avec trouble panique (ch. F41.01 CIM-10). A l'issue de leurs examens respectifs

et sous le chapitre de leur rapport intitulé "appréciation générale interdisciplinaire (expertise consensuelle)", les experts ont conclu que la capacité de travail de l'assurée était nulle, depuis février 2016, dans les activités précédemment exercées d'opératrice en horlogerie et d'employée de bureau. En revanche, ils ont jugé que, depuis le 4 février 2016, l'intéressée devait être capable d'occuper à 70% tout emploi adapté à ses limitations fonctionnelles. En outre, les experts ont précisé que l'assurée avait subi des incapacités de travail transitoires pendant quelques semaines en juillet 2019, puis pendant trois mois après la fracture du poignet droit subie en janvier 2020 (dos. AI 262.1/6-7).

**4.11** Prenant position sur les critiques formulées par l'assurée dans ses observations du 25 novembre 2022, un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie du SMR a estimé, le 14 mars 2023, que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 30 août 2022 était probant et complet. S'agissant du grief de l'assurée selon lequel les conclusions consensuelles des experts étaient contradictoires avec celles formulées dans le cadre de la même expertise par les experts en chirurgie de la main (voir dos. AI 262.6/18), le médecin du SMR a rétorqué qu'il ne partageait pas l'opinion de l'assurée selon laquelle la capacité de travail ne pourrait jamais excéder 25% (dos. AI 278/1; voir aussi dos. AI 279/3).

**4.12** Devant le Tribunal administratif, la recourante a notamment produit des rapports rédigés par ses ergothérapeutes, son ostéopathe et son physiothérapeute, datés respectivement des 14 juillet, 7, 8 et 10 août 2023. La recourante a aussi joint à ses écritures des rapports des 5 juillet 2023 et 30 janvier 2024, établis par une spécialiste en chirurgie de la main, réitérant les diagnostics de fracture du radius distal, de probable fracture styloïde de l'ulna, de fracture non déplacée de la tête cubitale droite, de syndrome douloureux neuropathique du bras droit et de rhizarthrose à gauche. La spécialiste a relaté qu'en ce qui concernait la douleur, la situation ne s'était pas fondamentalement modifiée, mais était devenue un peu plus supportable, grâce à l'expérience des thérapeutes. Dans sa vie quotidienne, l'assurée ne pouvait utiliser un ordinateur que de la main gauche pour envoyer de brefs courriels. La spécialiste a exprimé l'avis que l'intéressée ne pouvait pas travailler, du fait de ses névralgies et douleurs

au niveau du bras. La recourante a encore versé au dossier un écrit de son médecin généraliste, du 14 août 2023. Celui-ci a rappelé que sa patiente présentait un syndrome douloureux cervical, une coxarthrose bilatérale et un trouble anxiodépressif. Il a souligné que l'intéressée effectuait toutes ses activités habituelles de la main gauche et que les atteintes réduisaient à néant sa capacité de travail. Le 13 septembre 2023, un médecin du SMR a déclaré que ces récents rapports n'illustraient aucun fait médical nouveau.

## **5.**

Il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire de 2018, de même que de l'expertise pluridisciplinaire du 30 août 2022.

**5.1** 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).

## **5.2**

**5.2.1** S'agissant tout d'abord de l'expertise recueillie par l'intimé en 2018, sur la base de laquelle l'intimé a reconnu un droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> avril 2014 au 30 avril 2016, c'est à juste titre que l'assurée n'en conteste pas le caractère probant. En effet, les experts, en psychiatrie et en psychothérapie, d'une part, ainsi qu'en rhumatologie (mais aussi en médecine interne), d'autre part, disposaient des qualifications requises, ont établi leurs conclusions à la suite d'un examen personnel de la recourante et après avoir tenu compte de l'ensemble des pièces pertinentes figurant au dossier médical. Les données anamnestiques et les plaintes exprimées par l'expertisée ne leur ont en particulier pas échappé. Les conclusions des

experts sont en outre étayées et ne laissent pas apparaître de lacune au cours du processus ayant mené à leur formulation.

**5.2.2** Quant à la pertinence de celles-ci sur le plan matériel, force est d'abord de constater que le raisonnement de l'expert psychiatre est aisément compréhensible. Ce dernier a en effet exclu tout diagnostic impactant la capacité de travail, en relevant de façon convaincante qu'il rejoignait l'avis du psychiatre traitant de l'époque, qui avait noté la présence de ruminations, ainsi que d'un sentiment de crainte et de tristesse, mais sans pour autant que le rendement ne soit affecté par ces symptômes, liés aux affections somatiques. L'expert a en outre observé de manière probante qu'aucune médication n'avait été estimée utile et qu'aucune incapacité de travail n'avait été attestée sur le plan psychiatrique (dos. AI 144.1/16). A l'instar de la recourante, on ne voit donc rien à redire dans le fait qu'aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail n'ait été reconnu et, partant, aucune limitation fonctionnelle ou réduction de la capacité de travail.

**5.2.3** Il n'en va pas différemment pour le volet rhumatologique. Il y a en effet lieu de noter que le diagnostic de syndrome douloureux neuropathique du bras droit avait été confirmé avec constance par les différents médecins consultés. En outre, l'expert s'est montré convaincant en tant qu'il a posé le profil d'exigibilité de l'assurée après avoir requis un examen des capacités fonctionnelles de l'assurée (dos. AI 145.2/1 et 145.2/4). Il a ainsi exposé de manière probante, que la recourante pouvait assumer une activité légère surtout sédentaire, permettant d'éviter le port de charges de plus de 5 kg et les gestes répétitifs des mains/bras à raison de 12 heures hebdomadaires (dos. AI 145.1/27) et ce dès avril 2014 (dos. AI 157/1). Ce raisonnement est cohérent et convaincant. Il n'est du reste pas non plus remis en cause par la recourante.

**5.3** Reste à examiner la valeur probante de l'expertise du 30 août 2022.

**5.3.1** D'un point de vue formel, on relèvera ici aussi que les qualifications des experts en médecine interne, orthopédie, chirurgie de la main, neurologie et psychiatrie ne prêtent pas le flanc à la critique. Les experts ont procédé chacun à un examen personnel de l'assurée et tenu compte de

ses plaintes subjectives, après avoir restitué de façon détaillée l'anamnèse (familiale, personnelle, professionnelle et psychosociale) et résumé les documents médicaux recueillis par l'intimé (dos. AI 262.2/3-17). Les résultats de l'expertise ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance du dossier. Néanmoins, comme cela sera détaillé ci-après, force est de relever que les conclusions s'avèrent en partie lacunaires et incohérentes. Sur un plan strictement formel, l'expertise pluridisciplinaire s'avère ainsi d'emblée sujette à caution.

**5.3.2** Sur le plan matériel ensuite, l'expertise n'est quoi qu'il en soit pas contestable en ce qui concerne d'abord ses volets de médecine interne, de neurologie et de chirurgie orthopédique.

**5.3.2.1** En effet, après avoir minutieusement décrit l'anamnèse, l'expert en médecine interne a notamment constaté, à l'issue de son status clinique, une mobilité nettement limitée du membre supérieur droit et de l'épaule droite, ainsi qu'une amplitude réduite des hanches lors de certains mouvements (rotations internes). Certes, il a relevé certaines incohérences concernant l'utilisation de la main droite, selon que l'intéressée se trouvait ou non en situation d'examen (dos. AI 262.2/19). Il n'a néanmoins pas conclu à une (volonté de) simulation. A l'issue d'un examen clinique sur les plans cardiovasculaire, pulmonaire, digestif, mais aussi locomoteur, notamment (dos. AI 262.2/15 s. et 262.2/20), il n'a en définitive retenu aucun diagnostic, ce qui n'est pas critiqué et qu'aucun élément ne permet de remettre en cause.

**5.3.2.2** De son côté, l'expert en neurologie a indiqué que son exploration clinique avait été parasitée par un comportement douloureux caricatural, mais que l'assurée lui avait tout de même paru authentique. De façon cohérente (au regard d'examens des nerfs crâniens, de la tête, du cou, des membres inférieurs, ainsi que sur la base d'un test d'équilibre, notamment, mais aussi des résultats d'une électromyographie), ce spécialiste a donc jugé que l'on se trouvait en présence d'un tableau clinique essentiellement psychogène et n'a pas non plus retenu de limitation objectivable de nature à justifier une réduction de la capacité de travail. Cet avis ne prête ainsi pas non plus le flanc à la critique (dos. AI 262.4/5).

**5.3.2.3** Pour sa part, le spécialiste en chirurgie orthopédique a exposé que l'assurée, qui présentait des douleurs au moindre contact, avait gardé le bras droit "collé au corps" pendant toute la durée de son examen. Il n'a toutefois pas constaté d'atrophie musculaire et s'est dit surpris par l'intensité des souffrances déplorées par l'intéressée. L'expert a cependant précisé que les douleurs persistaient, en dépit d'une multitude de traitements effectués dans les règles de l'art. Il a dès lors retenu qu'en raison des maux affectant son membre supérieur droit, l'assurée était désormais incapable d'exercer son activité antérieure d'employée de bureau. En revanche, selon lui, on pouvait exiger de l'intéressée qu'elle exerce une profession essentiellement monomanuelle, en travaillant avec son bras gauche et en évitant le port de charges supérieures à 5 kg, moyennant une diminution de rendement de 30% (dos. AI 262.5/8). Sous l'angle strictement orthopédique, il n'y a par conséquent pas lieu de mettre en doute les diagnostics de syndrome douloureux chronique des membres supérieurs et d'arthrose (tous deux avec effet sur la capacité de travail). Au vu des constatations cliniques de l'expert (dos. AI 262.5/5), il en va de même du profil d'exigibilité et des conclusions retenus par ce spécialiste au sujet de la capacité de travail, qui emportent donc la conviction.

**5.3.3** En ce qui concerne le volet de chirurgie de la main, les experts, après avoir décrit l'évolution des symptômes et les différentes interventions chirurgicales pratiquées au niveau des membres supérieurs entre 2013 et 2020, ont relevé que l'assurée leur semblait authentique dans la description de ses douleurs neuropathiques. Les spécialistes ont précisé que si le comportement de l'intéressée mettait en évidence une légère incohérence concernant l'utilisation du bras droit, l'allodynie leur semblait réelle, à l'instar du handicap, qui ne paraissait pas entièrement feint (dos. AI 262.6/6 et 262.6/16). Les chances de guérison étaient à leur sens ténues, les traitements entrepris jusqu'alors s'étant révélés inefficaces. Les experts ont ajouté qu'il n'existait pas, sous l'angle de la chirurgie de la main, d'éléments objectifs permettant de préciser l'étendue de l'incapacité et que l'impact des douleurs devrait être évalué par l'expert psychiatre ou par un spécialiste en anesthésiologie. Les experts en chirurgie de la main ont dès lors retenu que dans une activité adaptée, permettant d'éviter le port répété de charges supérieures à 5 kg, en particulier au moyen du membre supérieur

droit (lequel pouvait néanmoins assurer une fonction de stabilisation), l'assurée disposait d'une capacité de travail exigible de 25%, correspondant à un temps de travail de trois à quatre heures par jour, moyennant un rendement diminué de 50% (dos. AI 262.6/17-18). Quoiqu'en dise la recourante, cette évaluation de la capacité de travail est sujette à caution dans la mesure où elle se révèle contradictoire avec celle des autres experts l'ayant examinée et que le point de vue des spécialistes en chirurgie de la main n'a pas été confronté aux conclusions des autres experts, dans le cadre d'une discussion interdisciplinaire (voir c. 5.3.6). Au demeurant, on ignore à quelle période se rapporte cette appréciation de la capacité de travail.

**5.3.4** S'agissant du volet psychiatrique du rapport, l'expert a justifié de façon brève mais convaincante ses diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant (ch. F45.4 CIM-10), de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission partielle (ch. F33.0 CIM-10), ainsi que d'agoraphobie avec trouble panique (ch. 40.01 CIM-10). A cet égard, l'expert a suffisamment motivé son diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant au regard des critères de classification diagnostiques (voir les ch. F45 et F45.4 CIM-10), en relatant que l'assurée se plaignait d'un ensemble de douleurs, qui ne pouvaient être entièrement corrélées à des atteintes somatiques documentées. Ces souffrances avaient entraîné une relative détresse et étaient survenues dans un contexte de stress psychosocial, en lien avec une situation de violence au sein du couple. S'agissant du diagnostic de trouble dépressif récurrent en rémission partielle, l'expert l'a justifié de façon concise mais intelligible, en indiquant que l'intéressée avait présenté par le passé deux épisodes dépressifs distincts, mais qu'au moment de son examen, il ne subsistait plus que quelques "éléments thymiques résiduels" (humeur légèrement abaissée, notamment), qui n'entraînaient aucune limitation. Cette appréciation est corroborée par les constatations cliniques de l'expert, dont ressortent notamment l'absence de ralentissement psychomoteur, de fatigue et de troubles perceptibles de la concentration. Enfin, l'expert a succinctement motivé le diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique, qu'il a corrélé aux angoisses paroxystiques dont se plaignait l'assurée lorsque cette dernière était exposée à la foule ou au bruit (dos. AI 262.3/5-6). Partant, il convient

d'admettre que l'expert psychiatre a étayé ses diagnostics de façon compréhensible à l'aune des critères de classification médicale. A ce stade, on notera encore que ce spécialiste n'a pas relevé, durant son propre examen, d'incohérences dans le comportement de l'assurée. En se référant au canevas Mini-CIF-APP (instrument d'évaluation des aptitudes psychiques, notamment), l'expert a ensuite mis en évidence plusieurs limitations liées aux pathologies diagnostiquées, qu'il n'a certes explicitées que sommairement. En particulier, le spécialiste a exposé que l'assurée présentait une endurance réduite justifiant l'aménagement de temps de repos. En raison de son agoraphobie et de son anxiété, celle-ci ne pouvait, en outre, ni évoluer au sein d'un groupe, ni se déplacer en transports publics. Il convenait également que l'intéressée évite de se confronter au bruit et aux situations phobogènes, tels que les lieux très fréquentés (dos. AI 262.3/6-7). L'expert a par ailleurs mis en exergue chez l'assurée des ressources, constituées en particulier du soutien de ses enfants et de ses amies (dos. AI 262.3/5). S'agissant d'éventuelles possibilités de traitement, l'expert a jugé le syndrome somatoforme douloureux "peu mobilisable", malgré le fait que les traitements psychiatriques entrepris jusqu'alors avaient été conduits dans les règles de l'art. En définitive, eu égard aux limitations et aux ressources constatées chez l'assurée, il est en soi compréhensible qu'au moment de son examen, l'expert psychiatre ait évalué la capacité de travail à 70% dans toute activité adaptée, après la prise en compte d'une diminution du rendement de 30%. Pour autant, l'appréciation rétrospective de ce spécialiste, selon laquelle l'assurée aurait déjà bénéficié d'une telle capacité de travail depuis "2016", n'est étayée par aucune motivation convaincante et ne peut être suivie.

**5.3.5** En effet, force est de constater que l'expertise du 30 août 2022, aussi bien dans son volet psychiatrique que dans la discussion consensuelle des experts, ne consacre pas de développements détaillés au sujet de l'évolution temporelle de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assurée. Dans l'appréciation globale de synthèse figurant dans le rapport d'expertise, il est seulement conclu à ce propos que, sous réserve d'incapacités de travail transitoires survenue en juillet 2019 et en janvier 2020, "la capacité de travail [...] est estimée à 70% dans une activité adaptée deux mois après la dernière chirurgie décompressive des

membres supérieurs du 8 février 2016, soit le 4 février 2016. Ce taux est resté stable depuis" (dos. AI 262.1/7). Or, le rapport n'expose pas sur quel(s) élément(s) repose cette évaluation rétrospective, ni pour quelle raison la capacité de travail se serait ainsi durablement améliorée au début de l'année 2016, deux mois après l'opération réalisée le 8 février 2016. On ajoutera qu'en ce qui concerne la profession habituelle, les experts retiennent au contraire dans leur appréciation de synthèse une totale incapacité de travail dès février 2016, qu'ils justifient notamment par "l'absence d'amélioration décrite" après l'intervention du 8 février 2016, ce qui paraît justement contredire l'hypothèse d'une amélioration durable qui serait survenue à cette époque (dos. AI 262.1/6). De surcroît, il doit être relevé que les experts, en partant du principe que l'assurée aurait déjà pu travailler à 70% dès février 2016, s'écartent, sans fournir de justification topique, des conclusions de l'expertise diligentée en 2018. Or, on rappellera qu'à teneur de cette première expertise (voir c. 5.2), l'assurée ne disposait, depuis la fin du délai de carence d'un an en avril 2014, que d'une capacité de travail de 12 heures par semaine, correspondant à un taux d'occupation (arrondi) de 29% (en comparaison d'un horaire hebdomadaire de travail de 41,7 heures par semaine). L'expert en rhumatologie mandaté à l'époque avait de plus clairement précisé que la neurolyse chirurgicale pratiquée en 2016 n'avait permis d'amender que transitoirement les douleurs. Au regard de la faible capacité de travail retenue dans le volet rhumatologique de l'expertise ordonnée en 2018, il n'est pas compréhensible que les spécialistes s'étant prononcés en 2022 aient fait rétroagir, en février 2016 déjà, la capacité de travail de 70% qu'ils ont évaluée. Puisque l'expert en rhumatologie ayant examiné l'assurée en 2018 n'avait évoqué qu'une perspective d'augmentation de la capacité de travail pour l'avenir, en fonction du résultat d'une thérapie multimodale, on attendait bien plutôt des experts mandatés en 2022 qu'ils s'expriment de façon motivée sur l'évolution de la capacité de travail postérieurement à l'expertise rhumatologique transmise en juillet 2018, ce qu'ils n'ont pas fait. Dans ce contexte, on regrette en particulier que les experts n'aient pas indiqué si la thérapie multimodale jadis préconisée – et dont l'assurée a finalement bénéficié en mars 2021 (dos. AI 245/1) – a effectivement conduit à une amélioration de la capacité de travail, telle qu'envisagée par le spécialiste en rhumatologie en 2018. Partant, contrairement à ce que

retient la décision attaquée, force est d'admettre que l'expertise du 30 août 2022 ne permet pas de conclure à suffisance à une amélioration durable de la capacité de travail, qui serait intervenue dès février 2016.

**5.3.6** Par ailleurs, comme cela a déjà été abordé (voir c. 5.3.3), il faut convenir avec la recourante que les conclusions de l'expertise se heurtent notamment au fait qu'elles ne résultent pas d'un véritable consensus, dont on peut retracer la genèse. Il y a en particulier lieu de rappeler à ce propos que la capacité de travail dans toute activité adaptée a été estimée, d'une part, à 70% dès février 2016 dans l'appréciation globale de synthèse des experts et, d'autre part, à 25% seulement dans le rapport particulier rédigé par les experts en chirurgie de la main (dos. AI 262.1/7 et 262.6/18). Le rapport d'expertise n'explique pas vraiment cette divergence, si ce n'est par la mention laconique qu'au vu de "l'absence d'explication organique satisfaisante [aux douleurs], [des] incohérences notées et [des] ressources dont dispose encore [l'assurée], l'avis des chirurgiens de la main est tempéré" (dos. AI 262.1/6). Il est vrai que dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire, une discussion interdisciplinaire de synthèse ne constitue pas une condition nécessaire pour la valeur probante de chacun des rapports médicaux particuliers, dans la mesure où les appréciations respectives – effectuées dans les règles de l'art et ne comportant pas en soi de contradictions – sont compatibles les unes avec les autres (TF 9C\_282/2012 du 29 août 2012 c. 4.1 et les références). Ce qui importe, en définitive, c'est que les conclusions finales résultent d'un dialogue interdisciplinaire entre les différents spécialistes (TF 8C\_245/2012 du 9 avril 2013 c. 5.1). Dans le cas d'espèce toutefois, on ne se trouve pas en présence d'appréciations compatibles les unes avec les autres au vu des évaluations divergentes de la capacité de travail émises par les experts en chirurgie de la main et par les autres spécialistes, ni de conclusions résultant d'une discussion interdisciplinaire. En effet, il faut souligner que la contradiction affectant les conclusions de l'expertise tient à l'absence de concertation entre les spécialistes concernés, puisqu'il ressort expressément du rapport que le "colloque de synthèse multidisciplinaire", à l'issue duquel la capacité de travail a été évaluée à 70% (dans toute activité adaptée), n'a eu lieu qu'en présence d'un médecin superviseur et des experts en médecine interne et en psychiatrie, à l'exclusion notamment des

experts en chirurgie de la main. Ces derniers spécialistes n'ont pas non plus signé la partie du rapport intitulée "appréciation générale interdisciplinaire [...]" (dos. AI 262.1/8). Dans la mesure où le SMR, en réponse au grief de l'assurée concernant le caractère contradictoire des conclusions des experts, souligne que, selon la jurisprudence, l'appréciation d'ensemble de la capacité de travail revêt une grande importance lorsqu'elle est formulée sur la base d'un consensus des médecins ayant contribué à l'expertise (dos. AI 280/4), son argumentation n'emporte pas la conviction. En l'absence de participation des experts en chirurgie de la main à la discussion interdisciplinaire (du reste malgré leur appréciation sensiblement divergente), l'appréciation globale de la capacité de travail contenue dans l'expertise ne revêt précisément pas un caractère consensuel. Pour ce motif également, un renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire s'avère nécessaire (en ce sens, voir TF 8C\_798/2023 du 3 octobre 2024 c. 6 et 7.1).

**5.3.7** S'agissant des autres appréciations médicales versées au dossier, elles ne permettent pas non plus au TA de se prononcer sur l'évolution temporelle de la capacité de travail et donc sur l'existence d'un motif de révision, propre à justifier une diminution de la rente. En particulier, les rapports de l'ergothérapeute, de l'ostéopathe et du physiothérapeute annexés au recours (PJ 5-8) se limitent, pour l'essentiel, à faire état des traitements dispensés à l'assurée, de sorte qu'il n'en ressort aucune appréciation médicale de la capacité de travail. En ce qui concerne le médecin généraliste et la spécialiste en chirurgie de la main, ils ont certes exprimé l'avis, notamment dans leurs rapports des 14 août 2023 et 30 janvier 2024 (PJ 4 et 9), que l'assurée était totalement incapable de travailler. Toutefois, les écrits de ces médecins manquent de pertinence dans le présent contexte, puisqu'ils ne se déterminent pas au sujet d'une éventuelle modification de l'état de santé et de la capacité de travail, en particulier depuis l'expertise de 2018. Pour le reste, le juge doit également tenir compte du fait que le médecin de famille, à l'instar du spécialiste traitant, aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser son patient, eu égard à la relation de confiance établie avec son patient (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances [TFA] I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4).

**5.4** En définitive, les éléments médicaux au dossier ne permettent pas de se prononcer à suffisance quant à l'évolution de la capacité de travail et, partant, de confirmer l'existence, en février 2016, d'un motif de révision de la rente entière octroyée depuis le 1<sup>er</sup> avril 2014. En conséquence, il faut conclure qu'à ce stade, une modification sensible de la situation propre à influencer le degré d'invalidité, au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (voir c. 2.5), et partant, à justifier la modification avec effet au 1<sup>er</sup> mai 2016 du droit de la recourante à une rente (entière), ne sont pas établis au degré de la vraisemblance prépondérante (voir c. 2.7).

**5.5** Il s'ensuit que l'intimé, en réduisant la rente entière d'invalidité de la recourante à un quart de rente à partir du 1<sup>er</sup> mai 2016, sur la base de l'expertise du 30 août 2022, que l'on doit qualifier d'incomplète, d'imprécise et de non probante, a violé le devoir d'instruction qui lui incombait (voir art. 43 LPGA). Partant, il se justifie d'annuler la décision attaquée en tant qu'elle exclut tout droit à plus d'un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> mai 2016 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision au sens des considérants qui précèdent. C'est le lieu de préciser que, contrairement à ce que requiert la recourante, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ne se justifie pas, dès lors que l'on se trouve ici en présence d'une instruction lacunaire (expertise dont les résultats sont insuffisamment motivés ou contradictoires), qu'il convient de faire compléter par une prise de position tranchée sur des aspects déjà abordés par les experts (ATF 139 V 99 c. 1.1). Une instruction par la juridiction cantonale priverait en outre l'intéressée d'une instance de décision (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4) et aurait pour conséquence de restreindre les investigations à mener à la date de la décision en cause.

**5.6** Dans le cadre de son instruction à venir, il appartiendra à l'intimé de faire compléter l'expertise, de sorte à ce qu'elle renseigne clairement sur l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail, en particulier en ce qui concerne la chronologie et la justification d'une éventuelle récupération de la capacité de travail postérieurement à l'expertise de 2018. Dans ce contexte, les experts préciseront notamment si la thérapie multimodale dont l'assurée a bénéficié en mars 2021 a effectivement conduit à une amélioration de la capacité de travail, telle qu'envisagée dans l'expertise

établie en 2018. Les résultats de ce complément d'instruction, qui inclura également une nouvelle discussion consensuelle à laquelle participeront les experts en chirurgie de la main, devront permettre d'établir la capacité (ou l'incapacité) de travail de la recourante dans une activité adaptée, en tenant compte de ses éventuelles fluctuations, qui devront être investiguées si nécessaire en actualisant les données médicales. Sur cette base, l'intimé procédera à une nouvelle évaluation de l'invalidité jusqu'à la date de sa décision à venir.

## **6.**

**6.1** En conclusion, le recours doit être admis et la décision du 23 juin 2023 annulée, dans la mesure (seulement) où elle réduit, dès le 1<sup>er</sup> mai 2016, la rente d'invalidité allouée à la recourante à un quart de rente. La cause doit donc être renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

**6.2** Il convient en principe d'offrir à la partie recourante la possibilité de retirer son recours lorsqu'une décision d'octroi de rente doit être annulée et que l'affaire doit être renvoyée à l'Office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision (*reformatio in peius*). Il peut toutefois être renoncé à cette obligation (voir art. 61 let. d LPGA) lorsque le Tribunal cantonal retient de façon définitive, dans les considérants de son jugement de renvoi, que l'octroi de la rente partielle décidée par l'Office AI est fondé (ATF 137 V 315 c. 3.2.4). C'est cette dernière hypothèse qui se présente au cas particulier, puisque le droit à un quart de rente reconnu dès mai 2016 représente la situation la plus défavorable susceptible d'être envisagée dans le cas de la recourante, au regard des conclusions expertales de 2018 et des volets de chirurgie orthopédique (voir c. 5.3.2.3 in fine), de chirurgie de la main (voir c. 5.3.3) ainsi que de psychiatrie (voir c. 5.3.4) de l'expertise de 2022. Le droit à un quart de rente doit donc à tout le moins être maintenu, si bien que le résultat de l'instruction complémentaire à mettre en œuvre par l'intimé ne saurait conduire à une situation analogue à une réforme de la décision au détriment de la recourante.

**6.3** Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 61 let. <sup>f</sup>bis LPGA, art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et art. 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.

**6.4** 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 pour la procédure devant le TA (art. 61 let. g LPGA et art. 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 3 octobre 2023, 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. 2'202.45 (honoraires: Fr. 2'000.-, débours: Fr. 45.- et TVA: Fr. 157.45; art. 41 al. 3 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11] et art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811]) et mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 108 al. 3 LPJA).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée en tant qu'elle exclut, dès le 1<sup>er</sup> mai 2016, un droit à plus d'un quart de rente. 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 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. 2'204.45 (débours et TVA compris) à titre de 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,et communiqué (B):
  - à C. \_\_\_\_\_,
  - à D. \_\_\_\_\_.

Le président:

Le greffier:

e.r.: Ph. Berberat, 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).