

**200.2024.683.AI**  
N° AVS  
ANP/EGC

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

**Jugement du 30 mars 2025**

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président  
G. Zürcher et A.-F. Boillat, juges  
P. Annen-Etique, greffière

**A.** \_\_\_\_\_  
représentée par Me B. \_\_\_\_\_  
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 6 septembre 2024



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1971, célibataire et maman de deux filles (nées en 2005 et 2007), est au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employée de commerce et d'une formation de professeur d'initiation musicale. Dès février 1992, l'assurée a assumé une charge d'enseignement dans ce domaine et celui de la rythmique, dispensant en outre des leçons de flûte à bec à partir de février 2015. Le 28 janvier 2022, elle s'est occasionnée une fracture au radius gauche à la suite d'une chute sur un sol gelé, ce qui a nécessité la pose d'une attelle plâtrée. L'assureur-accidents de l'intéressée a pris en charge les suites initiales de cet accident ayant entraîné un arrêt de travail complet, avant de mettre un terme à ses prestations avec effet au 31 mars 2023. Cette décision de cessation des prestations s'appuyait sur une expertise orthopédique du 3 mars 2023 ordonnée par le même assureur.

**B.**

Dans l'intervalle, l'assurée s'est annoncée en juin/juillet 2022 à l'assurance-invalidité (AI) en vue de mesures professionnelles et d'une rente. En possession du dossier de l'assureur-accidents (régulièrement actualisé), l'Office AI Berne lui a communiqué le 9 août 2022 que des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables. Eu égard aux exigences définies fin mai 2023 par le service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), cet office lui a en revanche octroyé des mesures de maintien au poste de travail du 24 août 2023 au 23 février 2024. Il a par la suite recueilli les appréciations d'un médecin en réadaptation et d'une psychologue traitantes, ainsi qu'obtenu copie d'une expertise orthopédique du 13 novembre 2023 déléguée par l'assureur-accidents.

### **C.**

Selon un préavis du 7 février 2024, l'Office AI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de mesures professionnelles. En cours de procédure d'observations contre ce préavis, initiée le 26 février 2024 par l'entremise d'un avocat, l'intéressée a produit divers rapports émanant de médecins traitants et d'une ergothérapeute. A fin mars 2024, elle a perdu son emploi de professeur d'initiation musicale et de rythmique. Dès le 1<sup>er</sup> avril 2024, elle s'est inscrite à l'assurance-chômage. Sur les conseils du SMR, l'Office AI a ordonné une expertise orthopédique, rédigée le 4 juin 2024. Un nouveau préavis du 19 juin 2024 niant tout droit à des prestations de l'AI a été contesté le 22 août 2024 par l'assurée, avec l'aide de son mandataire, moyennant la production ultérieure d'un rapport de sa psychologue. Par décision du 6 septembre 2024, l'Office AI a confirmé son préavis et a dès lors rejeté la demande de prestations d'invalidité.

### **D.**

Par envoi du 8 octobre 2024, l'intéressée, toujours assistée de son avocat, porte le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) en concluant à l'annulation de la décision rendue le 6 septembre 2024 par l'Office AI et au renvoi de la cause à l'intimé afin que celui-ci procède à une expertise pluridisciplinaire. Elle forme en outre une demande d'assistance judiciaire comportant la désignation de son avocat comme mandataire d'office. Dans sa réponse du 18 novembre 2024, l'office précité conclut au rejet du recours. Le mandataire de l'assurée a produit le 21 novembre 2024 sa note d'honoraires datée du même jour. Enfin, le 25 novembre 2024, il a encore versé au dossier un rapport de la psychiatre et psychothérapeute traitante.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision du 6 septembre 2024 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et rejette la demande de prestations datée du 28 juin 2022. L'objet du litige porte, quant à lui, sur l'annulation de cette décision et sur le renvoi de l'affaire à l'intimé pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise pluri-disciplinaire (et pour nouvelle décision).

**1.2** Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20], art. 15 et 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 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 à l'époque de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 148 V 162 c. 3.2.1 et les

références). En l'occurrence, tant la décision entreprise que le droit potentiel à une rente d'invalidité sont postérieurs au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la demande de prestations ayant été déposée fin juin/début juillet 2022 (sa date d'expédition n'étant pas lisible sur le sceau postal figurant sur l'enveloppe d'envoi; voir dossier intimé [dos. int.] 1/10). Ainsi, c'est le droit en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022 qui s'applique.

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

**2.3** 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). Une rente au sens de l'al. 1 n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1<sup>bis</sup> et 1<sup>ter</sup> LAI n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Aux termes de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité

de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2); pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour un taux d'invalidité entre 40 et 49%, la quotité de la rente est fixée au pourcentage découlant de l'art. 28b al. 4 LAI.

**2.4** 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).

**2.5** L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Il détermine la nature et l'étendue de l'instruction nécessaire (art. 43 al. 1<sup>bis</sup> LPGA). Le principe de l'instruction d'office signifie que l'instance rendant une décision doit instruire et établir l'état de fait déterminant d'office, de sa propre initiative et sans être liée par les arguments et réquisitions de preuve des parties. Sont juridiquement déterminants tous les faits dont l'existence a une incidence sur les éléments litigieux. Dans ce contexte, les autorités administratives doivent toujours entreprendre des mesures supplémentaires lorsque les allégués des parties ou d'autres pièces du dossier ne constituent pas des éléments suffisants permettant de statuer (ATF 117 V 282 c. 4a). Le principe de l'instruction d'office ne s'applique néanmoins pas de manière illimitée, mais a pour corollaire le devoir de collaborer des parties (ATF 146 V 240 c. 8.3.2, 125 V 193 c. 2, 122 V 157 c. 1a).

### **3.**

**3.1** Dans sa décision contestée et sa réponse au recours, l'intimé indique se rallier aux conclusions de l'expertise orthopédique du 4 juin 2024 qu'il estime pleinement probante, dès lors que celle-ci traiterait avec

exhaustivité les questions relatives à l'établissement des diagnostics et à la capacité de travail, soumettrait les points litigieux à une étude circonstanciée, ainsi qu'aboutirait à un rapport établi en pleine connaissance de l'anamnèse et des plaintes invoquées. L'intimé ajoute que les trois experts mandatés sur le plan orthopédique seraient unanimes à constater que la recourante dispose d'une capacité de travail intacte sur le marché du travail. Sous l'angle psychique, il fait valoir que l'appréciation de la psychologue jointe aux observations n'émane pas d'une médecin spécialiste dont les qualifications permettraient, le cas échéant, de remettre en question les conclusions expertales. D'après lui, cette appréciation, à l'instar des autres éléments au dossier, ne recèle de plus aucun indice quant à l'existence d'une atteinte à la santé qui nécessiterait des investigations médicales complémentaires. En conclusion, l'intimé estime qu'une quatrième expertise s'avère superflue et confirme sa décision.

**3.2** Dans son recours, l'assurée conteste l'instruction médicale réalisée par l'intimé qui, sur la base de l'expertise mandatée par celui-ci, aboutit à nier l'existence d'une atteinte à la santé incompatible avec l'exercice d'activités telles que celles exercées en dernier lieu. Elle qualifie cette instruction de déficiente au motif d'abord que les évaluations orthopédiques antérieures auxquelles celle-ci, respectivement l'expertise du 4 juin 2024, renvoient seraient hautement contestables en raison des incohérences qui les émaillent. La recourante reproche ensuite à l'intimé d'avoir fait fi des nombreux documents médicaux au dossier qui accréditeraient non seulement ses fortes douleurs, mais également la réalisation des critères de Budapest propres à valider la présence d'une algoneurodystrophie. Elle reproche à l'expert d'avoir écarté ce diagnostic au seul motif qu'un substrat organique faisait défaut et d'avoir expliqué les plaintes par des facteurs non somatiques, étrangers à la spécialisation de ce médecin. A son sens, une évaluation pluridisciplinaire s'avère indispensable pour poser un diagnostic correct et ouvrir, le cas échéant, la voie à des mesures de réadaptation, jugées en tout état de cause possibles par le second expert orthopédique.

#### 4.

**4.1** Les éléments ci-après permettent de retracer le suivi médical et thérapeutique de l'assurée.

**4.1.1** Sur la base de radiographies, un service d'urgences hospitalières a diagnostiqué le 28 janvier 2022 une fracture de la tête radiale non déplacée à gauche, consécutive à une chute sur un sol gelé avec réception au niveau de l'hémicorps gauche (dos. int. 12.2/7 ss; 12.2/12). En raison de sa trop grande mobilité, l'attelle plâtrée brachiale/antébrachiale posée le même jour pour une durée de trois semaines a été remplacée le 1<sup>er</sup> février 2022 par un nouveau plâtre, circulaire, qui a été définitivement enlevé le 7 février 2022 (dos. int. 21/5). De nouvelles radiographies ont montré la persistance d'un important épanchement, sans déplacement secondaire de la fracture ni modification péjorative de la minéralisation osseuse (dos. int. 12.2/6). La recourante a débuté le 8 février 2022 des séances de physiothérapie (voir c. 4.1.4).

**4.1.2** Le 10 février 2022, en raison de douleurs persistantes, elle a consulté en urgence un médecin praticien au sein d'une permanence médico-chirurgicale (dos. int. 12.2/15 ss). Le diagnostic d'entorse au poignet gauche alors posé a été confirmé le 4 mars 2022 par une chirurgienne orthopédique auprès de cette permanence, qui a au surplus constaté une bonne mobilité du coude, du poignet et de la main gauches, excepté au niveau des doigts de cette main et sous réserve d'un léger aspect de Sudeck à celle-ci (dos. int. 12.2/3). Un médecin orthopédiste au sein de la même permanence a fait état le 10 mars 2022 d'une symptomatologie douloureuse non explicable au niveau des fléchisseurs gauches et a recommandé l'arrêt du tabac (dos. int. 12.2/2). Sa consœur ayant repris le suivi a rapporté une mobilité entière et presque complète au coude et au poignet gauches avec persistance de douleurs sous forme de serrage et de décharges électriques (mai 2022), une amélioration nette au niveau de la mobilité de la main gauche moyennant des douleurs spontanées et des hypoesthésies (septembre 2022), puis une mobilité toujours complète de la main gauche en présence de douleurs, de pertes de force et de paresthésies dans tout le membre supérieur gauche en lien avec un Sudeck (novembre 2022; dos. int. 12.2/1; 29.2/5; 29.2/11). Dans

l'intervalle, une scintigraphie osseuse a exclu début avril 2022 un syndrome neuro-algodystrophique du membre supérieur gauche, alors qu'un anesthésiologue au sein toujours de cette permanence médicale a évoqué le 11 juillet 2022 un possible syndrome douloureux régional complexe (SDRC) au décours (dos. int. 29.2/8 s.; 79.3/11 s.).

**4.1.3** Une ergothérapeute a relaté, courant mai 2022, que les amplitudes du coude et du poignet étaient bonnes mais que certains symptômes étaient présents par intermittence (discoloration cutanée, froid douloureux, sensations d'engourdissement ou de déchirure à l'extension du poignet; dos. int. 79.3/5). Le 29 janvier 2023, elle a décrit une situation clinique améliorée, mais toujours invalidante au regard des critères de Budapest réunis pour admettre un SDRC. Elle a justifié ce diagnostic par la présence d'une douleur continue disproportionnée au membre supérieur gauche par rapport à l'événement initial (1<sup>er</sup> critère), d'un symptôme dans chacune des catégories somatosensorielle (sensibilité altérée au toucher, lancées/décharges le long du bras, impression de déchirure et de brûlure dans la paume et la pulpe des doigts), vasomotrice (discoloration cutanée, inconfort à laisser pendre la main), sudomotrice/œdémateuse (sueur de la main) et motrice/trophique (raideur, peau plus fine, manque de force; 2<sup>ème</sup> critère), ainsi que d'un signe d'examen clinique dans deux de ces catégories (hyperalgésie, discoloration cutanée, limitations articulaires en extension; 3<sup>ème</sup> critère; dos. int. 29.2/1 et 79.3/6 ss). Le 24 février 2024, elle a complété son appréciation portant sur les critères de Budapest (catégorie vasomotrice: mention en sus d'un bras souvent froid; catégorie motrice/trophique: retranchement de l'observation relative à la finesse de la peau) et a indiqué que sa patiente nécessitait l'aide d'autrui pour certaines tâches ménagères (dos. int. 91/6).

**4.1.4** Une médecin en réadaptation a évoqué, début mai 2023, des douleurs disproportionnées au membre supérieur gauche distal et a précisé que celles-ci avaient été associées au fil des mois à des modifications sensorielles, vasomotrices et motrices. Elle a précisé que les symptômes avaient débuté le 8 février 2022 à la suite d'une physiothérapie intense et que son examen clinique rendait compte d'une discoloration cutanée au niveau cubital dorsal gauche, ainsi que d'une discrète diminution de la

mobilité du coude et du poignet – éléments qu'elle a estimés propres à établir un SDRC. Cette doctoresse a en outre notamment évoqué un status post-opération d'un œdème de Reinke (en 2013, selon un rapport de juillet 2021 d'un oto-rhino-laryngologue évoquant en sus un tabagisme chronique; dos. int. 34/4). Elle a alors exclu toute reprise en l'état du travail, mais a postulé qu'une telle reprise serait possible à titre thérapeutique et de manière très progressive dès que les douleurs auraient diminué (dos. int. 68/9 ss). Son pronostic a été qualifié le 29 septembre 2023 de défavorable (dos. int. 68/7 ch. 4.3). En date du 11 mars 2024, elle a nié toute aptitude dans l'activité d'enseignement de la musique requérant l'usage libre, précis, coordonné sur la durée et sans douleurs des deux membres supérieurs, ainsi que pour celle dans la rythmique impliquant des mouvements répétés des quatre extrémités. Cette médecin a insisté sur la nécessité d'une réinsertion professionnelle (dos. int. 101/2 s.).

**4.1.5** La dernière généraliste traitante s'est également positionnée le 21 avril 2023 en faveur d'un SDRC au vu des critères de Budapest détaillés dans son appréciation (douleur disproportionnée par rapport à l'événement initial [1<sup>er</sup> critère], persistance de dysesthésies, de sensations chaud/froid et d'un sentiment de faiblesse [2<sup>ème</sup> critère], hyperalgie au toucher et force de préhension diminuée à la main [3<sup>ème</sup> critère]). Elle s'est en outre prononcée sur l'expertise orthopédique établie en mars 2023 (voir c. 4.2.1; dos. int. 37/1 ss). Le 27 septembre 2023, cette doctoresse a indiqué avoir constaté des mouvements douloureux au coude et au poignet gauches avec irradiation jusqu'à la nuque et l'épaule gauche, moyennant une incapacité de travail à 100% attestée du 1<sup>er</sup> février au 31 octobre 2023 (dos. int. 79.3/15 ss). Elle s'est en outre exprimée le 30 janvier 2024 sur l'expertise orthopédique de novembre 2023 (voir c. 4.2.2), en soulevant des divergences entre le status ostéo-musculaire, la façon d'établir le diagnostic et l'appréciation du cas. Au surplus, elle a confirmé la présence d'un SDRC sur la base de critères cliniques, excluant ceux radiologiques (dos. int. 91/10 ss).

**4.1.6** La psychothérapeute FSP suivant l'assurée depuis mars 2023 a diagnostiqué le 3 novembre 2023 un trouble de l'adaptation en lien avec une fracture du bras gauche en janvier 2022 et un syndrome de Sudeck

(ch. F43.2 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé). Dans ce contexte, elle a précisé que l'absence d'amélioration des symptômes douloureux depuis 21 mois corrélée aux risques de séquelles à long terme avait un impact négatif sur l'humeur, ce qui pourrait rapidement évoluer vers un trouble dépressif. En l'état, cette psychologue a estimé que les limitations fonctionnelles étaient d'ordre uniquement physique et excluaient la poursuite de l'activité usuelle. D'après elle, une activité adaptée était en revanche possible quelques heures par jour (sous réserve d'une évaluation) et une reconversion offerte comme sonothérapeute (dos. int. 70/1 ss). Le 13 août 2024, la psychologue traitante a contesté les conclusions du 4 juin 2024 de l'expert attribuant à des facteurs non somatiques les douleurs présentes. Sans exclure de tels facteurs, elle a attesté de la crédibilité de ces douleurs et exclu tout trouble de la personnalité ainsi que toute structure psychique propices à un comportement manipulateur, histrionique ou abusif. A son sens, les facteurs psychosomatiques ne jouaient qu'un rôle mineur dans le processus de guérison (dos. int. 117/4 s.).

**4.1.7** Le 9 janvier 2024, un médecin anesthésiste auprès d'un centre hospitalier de la douleur a rapporté une atrophie musculaire marquée à la main gauche, ainsi qu'à l'avant-bras et au bras gauches, sans discoloration de la peau. Elle a admis un SDRC consécutif à une fracture radiale en janvier 2022, ainsi qu'initié des séances d'autohypnose (dos. int. 91/7 ss).

**4.2** Des expertises orthopédiques ont également été ordonnées, respectivement par l'assureur-accidents et par l'AI.

**4.2.1** La première évaluation orthopédique du 3 mars 2023 a fait état d'un possible SDRC secondaire au membre supérieur gauche après une fracture non déplacée de la tête radiale gauche treize mois auparavant. A son examen clinique, l'expert a rapporté des douleurs disproportionnées, des dysesthésies persistantes à l'instar des sensations de chaud/froid, ainsi qu'un sentiment de faiblesse – éléments jugés constitutifs des 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> critères de Budapest. Pour le surplus, il a observé une hyperalgie au toucher, mais a écarté tout trouble vasomoteur ou sudomoteur ainsi que

toute raideur articulaire, ce qui invalidait selon lui le 3<sup>ème</sup> critère de Budapest et la présence dès lors d'un SDRC (dos. int. 32.2/12 ss).

**4.2.2** Le deuxième expert orthopédique a pour sa part diagnostiqué le 13 novembre 2023 des douleurs persistantes au membre supérieur gauche après une possible entorse bénigne au poignet gauche en janvier 2022. Il a fait état d'un syndrome douloureux chronique et a expliqué l'intensité des douleurs par des facteurs non somatiques. Cet expert a conclu en reconnaissant l'assurée apte à des mesures de réinsertion professionnelles, ainsi qu'à exercer n'importe quel métier épargnant le membre supérieur gauche (dos. int. 79.2/5 ss).

**4.2.3** Dans son évaluation orthopédique du 4 juin 2024, l'expert mandaté a retenu des tiraillements douloureux à la paume de la main gauche sans substrat anatomique objectivable après une fracture in situ de la tête radiale gauche en janvier 2022, guérie et sans séquelles. Il a considéré qu'une pleine capacité de travail et de rendement était offerte, dès la date de son examen, dans l'activité de professeur de musique (piano, flûte, rythmique) et a renvoyé pour les exigences antérieures aux conclusions de 2023 de ses confrères (c. 4.2.1 s.). D'après lui, les recommandations de l'ergothérapeute (port de pièces élastiques, d'une coudière, d'un manchon et d'un bracelet) ne faisaient qu'entretenir un sentiment subjectif de morbidité (dos. int. 110.1/10; 110.1/13 ss).

**4.3** Le SMR s'est également prononcé sur le cas de l'assurée.

**4.3.1** Dans un rapport du 25 mai 2023, un médecin du travail et généraliste a diagnostiqué une fracture non disloquée de la tête radiale gauche dont l'évolution était jugée conforme à l'état des connaissances médicales. Il a relevé des inconsistances entre les douleurs persistantes décrites par l'assurée et les observations cliniques recueillies. D'après lui, la recourante disposait d'une capacité de travail intacte dans son activité dans l'initiation musicale et un arrêt du tabac permettrait d'atteindre une meilleure qualité de chant. Se prononçant ensuite sur l'activité d'enseignante de flûte à bec, il a estimé que celle-ci était limitée à hauteur de 20% en raison des plaintes aux extrémités gauches limitant l'interprétation de morceaux de musique devant les élèves. L'expert a en

revanche conclu qu'une capacité de travail entière était offerte sans restriction dès janvier 2023 dans une activité adaptée (dos. int. 39/4 s.).

**4.3.2** Le même médecin du SMR a précisé le 1<sup>er</sup> février 2024 qu'il n'existait pas d'atteinte à la santé relevant de l'AI et que l'assurée souffrait de douleurs chroniques au membre supérieur gauche. Il a complété le profil d'exigibilité défini dans son précédent rapport en ce sens qu'en accord avec l'expertise orthopédique de novembre 2023, une activité adaptée aux restrictions physiques encourues devait éviter les travaux impliquant l'usage du membre supérieur gauche (dos. int. 89/3 s.).

**4.3.3** En date du 11 mars 2024, le médecin précité a estimé que les nouveaux éléments produits par l'assurée laissaient suspecter un SDRC (voir les rapports des 9 et 30 janvier 2024 des anesthésiste et généraliste traitantes, ainsi que celui du 24 février 2024 de l'ergothérapeute; voir c. 4.1.3, c. 4.1.5 et c. 4.1.7). Sur ces bases, il a recommandé une expertise orthopédique dont la nécessité a été confirmée par un chirurgien orthopédique du SMR, lequel a estimé que les restrictions fonctionnelles ne pouvaient être suffisamment déterminées en présence d'une capacité de charge diminuée au bras gauche (dos. int. 95/2; 96/2 s.; 98/2; 99/2 s.).

## **5.**

Se pose la question de la valeur probante de l'expertise orthopédique du 4 juin 2024, sur laquelle repose la décision attaquée.

**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** Le SDRC (ou complex regional pain syndrome [CRPS]), anciennement nommé algodystrophie ou maladie de Sudeck, a été retenu en 1994 par un groupe de travail de l'International Association for the Study of Pain (IASP). Il constitue une entité associant la douleur à un ensemble de symptômes et de signes non spécifiques qui, une fois assemblés, fondent un diagnostic précis (LUTHI et al., *Syndrome douloureux régional complexe*, in *Revue médicale suisse* 2019, p. 495). L'IASP a aussi réalisé un consensus diagnostique aussi complet que possible avec la validation, en 2010, des critères dits de Budapest, à savoir:

- 1) Douleur qui persiste et apparaît disproportionnée avec l'événement initial
- 2) Au moins un symptôme dans trois (critères cliniques) ou quatre (critères recherche) des quatre catégories suivantes:
  - a) Sensoriel: le patient décrit une douleur qui évoque une hyperpathie et/ou une allodynie
  - b) Vasomoteur: le patient décrit une asymétrie de température et/ou un changement de couleur et/ou une asymétrie de couleur
  - c) Sudomoteur/œdème: le patient décrit un œdème et/ou une asymétrie de sudation
  - d) Moteur/trophique: le patient décrit une raideur et/ou une dysfonction motrice (faiblesse, trémor, dystonie) et/ou un changement trophique (pilosité, ongles, peau)
- 3) Au moins un signe dans deux des catégories suivantes (critères cliniques et recherche):
  - a) Sensoriel: confirmation d'une hyperpathie et/ou allodynie
  - b) Vasomoteur: confirmation d'une asymétrie de température et/ou changement de couleur et/ou asymétrie de couleur
  - c) Sudomoteur/œdème: confirmation d'un œdème et/ou asymétrie de sudation
  - d) Moteur/trophique: confirmation d'une raideur et/ou dysfonction motrice (faiblesse, trémor, dystonie) et/ou changement trophique (pilosité, ongles, peau)
- 4) Il n'existe pas d'autre diagnostic qui explique de manière plus convaincante les symptômes et les signes cliniques.

S'il est vrai que la doctrine médicale précise que les critères de Budapest sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM), elle indique également que sur le plan diagnostique, l'imagerie devrait être réservée aux formes douteuses (celles qui ne remplissent pas les critères de Budapest) et aux localisations pour lesquelles les signes cliniques sont souvent discrets et incomplets (par exemple, le genou) notamment. L'imagerie devrait de plus être réalisée précocement, moins de six mois après le début des symptômes (DISERENS et al., *Syndrome douloureux régional complexe: rôle*

*du système nerveux central et implications pour la prise en charge*, in Revue médicale suisse 2020, p. 886; LUTHI/KONZELMANN, *Le syndrome douloureux régional complexe [algodystrophie] sous toutes ses formes*, in Revue médicale suisse 2014, p. 271). En pratique, si les critères 1 à 3 sont remplis et que le critère 4 est respecté, on doit considérer que le patient souffre d'un SDRC; toutefois la valeur prédictive positive n'est que de 76%. Si les critères sont partiellement remplis, il faut poursuivre le diagnostic différentiel et réévaluer le patient. Si les critères ne sont pas remplis, le patient a une probabilité quasi nulle d'avoir un SDRC (LUTHI et al., op. cit., p. 498; voir sur l'ensemble: arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C\_316/2023 du 6 mars 2024 c. 4.1, 8C\_416/2019 du 15 juillet 2020 c. 5.1).

**5.3** Quant à sa forme, il convient en premier lieu de relever que les qualifications de l'expert en orthopédie ne sauraient être mises en doute. Son évaluation spécialisée comporte une synthèse fouillée du dossier médicoasséculogique qui se révèle au travers de rappels anamnestiques détaillés sur les plans personnel, socio-professionnel et thérapeutique (dos. int. 110.1/1 ss). Un état minutieux des plaintes a ensuite été livré, articulé autour des douleurs actuelles et de leur intensité, de la diminution de la force du membre supérieur gauche et des limitations fonctionnelles retenues à ce même membre (dos. int. 110.1/9 s.). L'ensemble de ces éléments factuels contribue à ancrer cette évaluation spécialisée dans un environnement de vie aussi concret que possible. En dernier lieu, l'expert a consigné rigoureusement les constatations faites lors de son examen (status clinique), en veillant également à interpréter dans ce contexte les données relatives aux investigations radiologiques effectuées entre janvier et avril 2022 (voir c. 4.1.1 s.; dos. int. 110.1/10 ss). Les résultats de ces observations qui sous-tendent l'évaluation diagnostique ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance du dossier. Néanmoins, ainsi que cela sera exposé ci-après, force est de constater que les conclusions de l'expert s'avèrent en partie lacunaires et incohérentes. Sur le plan formel, l'expertise est ainsi d'emblée sujette à caution (dos. int. 110.1/13 ss).

**5.4** Sous l'angle matériel, l'expertise orthopédique ne convainc en effet guère vu les approximations, voire incohérences, qui l'émaillent.

**5.4.1** Dès l'abord, on relèvera que le volet de l'expertise consacré à l'appréciation diagnostique du cas s'avère lacunaire. Certes, on comprend des conclusions de l'expert que l'absence d'une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI à laquelle aboutit cette appréciation s'explique par le fait qu'aucun substrat organique propre à expliquer les plaintes invoquées (tiraillements douloureux dans la paume de la main gauche) n'a pu être mis au jour à l'issue de son examen clinique. Etant donné la controverse liée à l'existence ou non d'un SDRC, tel que retenu par plusieurs médecins et thérapeutes suivant l'assurée ainsi qu'également évoqué dans l'anamnèse médicale (sous la rubrique "anamnèse actuelle") de l'expertise (voir dos. int. 110.1/3 ss), ce spécialiste ne pouvait cependant faire l'économie d'une discussion étroite des critères de Budapest définis pour ce diagnostic ainsi que des sources médicales au dossier se positionnant en sa faveur (voir c. 4.1.2 ss). C'est d'ailleurs le lieu de préciser que l'appréciation de l'ergothérapeute traitante ne pouvait être d'emblée écartée dans ce contexte au seul motif qu'elle n'émanait pas d'un médecin spécialiste (voir c. 3.1). Son avis constituait bien plutôt un moyen probatoire parmi d'autres qui émergeait à la libre appréciation des preuves par l'autorité intimée (ATF 143 V 124 c. 2.2.2). Or, doctrine médicale à l'appui, tant l'ergothérapeute que le médecin généraliste ont exposé dans le détail les critères de Budapest et se sont prononcées de manière circonstanciée sur leur réalisation chez l'assurée (excepté pour le 4<sup>ème</sup> critère implicitement admis par ces thérapeutes; voir c. 4.1.3 et c. 4.1.5). Pour sa part, l'expert mandaté par l'intimé n'a énoncé aucun de ces critères, ni ne s'est prononcé sur les motifs qui l'amenaient à nier la présence d'un SDRC chez la recourante. Sa façon de procéder est d'autant plus critiquable que cette dernière lui avait pourtant rapporté en cours d'examen des douleurs permanentes et diffuses au bras gauche (depuis la mi-hauteur jusqu'aux extrémités de tous les doigts), exacerbées au moindre effort ou mouvement, notamment en position déclive de ce membre. Qui plus est, eu égard au descriptif des plaintes subjectives, l'expert s'était vu spécifier qu'hormis les tiraillements déjà évoqués, les douleurs présentes prenaient la forme de déchirures, de démangeaisons, de tuméfactions ainsi que de sensations de chaud/froid et qu'elles étaient associées à des épisodes de décoloration marbrée migrante de la peau. Une diminution de la force du membre supérieur gauche avait en outre été

rapportée à ce spécialiste, à mesure que l'assurée lui avait spécifié ne pouvoir utiliser sa main gauche que pour porter durant de courtes périodes des objets de moins de 1.5 kg, tels que des tasses de café, des fourchettes, des pinces à linge, son téléphone portable ou des légumes, entre autres (dos. int. 110.1/9). Or, l'expert ne s'est prononcé sur aucun de ces symptômes pourtant pertinents au regard des critères de Budapest et sous l'angle de l'évaluation diagnostique d'un possible SDRC. Il ne s'est pas davantage déterminé sur le fait que l'enlèvement prématuré de l'attelle plâtrée (après dix jours de pose, alors que celle-ci était prévue initialement pour trois semaines; voir c. 4.1.1) ainsi que les effets délétères de la physiothérapie entamée dès le lendemain de ce retrait de plâtre aient pu entraver l'évolution clinique, respectivement favoriser l'apparition d'un SDRC (ainsi qu'il en ressort des développements du 21 avril 2023 de la généraliste traitante; dos. int. 37/2).

**5.4.2** En réalité, on constate que l'expert a fait fi de l'ensemble des restrictions circonstanciées rapportées par la recourante pour se contenter au final d'exclure chez celle-ci une quelconque "limitation fonctionnelle significative du membre supérieur gauche" (dos. int. 110/9). Son raisonnement, exempt de toute motivation, est encore plus sujet à caution qu'hormis les restrictions prédécrites possiblement déjà caractéristiques d'un SDRC (c. 5.4.1), l'assurée lui avait de surcroît rapporté qu'elle devait utiliser principalement son bras droit au vu des douleurs et des faiblesses ressenties à la main gauche, qu'elle ne parvenait à tenir sa flûte à bec que pendant quelques secondes avec l'aide de cette même main, qu'elle ressentait au bout de douze secondes un blocage au niveau de celle-ci lorsqu'elle jouait du piano et qu'elle ne supportait que des gestes isolés en rythmique (dos. int. 110/9 s.). Dans ce prolongement, l'expert ne précise pas non plus ce qu'il a voulu inférer du fait qu'il a pu observer que la recourante était en mesure d'enlever aisément les dispositifs de protection et de soutien placés à son bras gauche, de remonter les manches de ses habits jusqu'aux épaules, ainsi que de manipuler à deux mains son dossier médical et son téléphone portable sans gestes de protection du membre supérieur gauche (dos. int. 110.1/10). S'il souhaitait par ces constatations minimiser ou invalider les restrictions pondérales invoquées par l'assurée (port de charges de moins de 1.5 kg sur de courtes périodes; voir c. 5.4.1),

on relèvera que la gestuelle observée chez cette dernière ne contredisait en rien ces limitations. L'utilisation des deux mains demeurait en effet possible pendant de courts laps de temps pour chacune des actions prédécrites et rien dans les constatations de l'expert ne laisse au surplus entrevoir que les objets maniés en cours d'entretien dépassaient les limites de charge tolérées. En d'autres termes, on ne décèle pas d'incohérences entre les plaintes rapportées par l'assurée et les observations cliniques recueillies par l'expert. Qui plus est, on précisera que les facteurs non somatiques invoqués par ce spécialiste pour expliquer l'évolution du cas sortent de son domaine d'expertise, ainsi qu'il en convient du reste lui-même (dos. int. 110.1/16). Il apparaît ensuite problématique que l'expert ne se soit pas prononcé sur le fait que le SMR, nonobstant la guérison reconnue (et incontestée) de la fracture au coude gauche, ait retenu que le bras gauche devait continuer d'être épargné et ait défini un profil d'exigibilité en accord avec cette restriction (voir c. 4.3.2). L'intimé avait pourtant veillé à faire traduire les rapports du SMR dans la langue maternelle (française) de l'expert, ce qui soulignait l'importance de cette source médicale (dos. int. 107/1 ss). De surcroît, le mandat d'expertise confié avait pour finalité d'éclaircir l'ampleur des restrictions fonctionnelles invoquées par l'assurée (dos. int. 96/1 et 99/2). Eu égard aux constatations ci-avant, l'expert ne s'est toutefois pas prononcé à suffisance de droit sur cet aspect.

**5.4.3** L'appréciation discutée s'avère également critiquable en tant que l'expert limite la portée de ses conclusions à la période courant depuis son examen clinique et renvoie pour celle antérieure aux deux expertises orthopédiques établies en 2023. S'agissant de la première rédigée en mars 2023, il apparaît qu'elle évoque dans son volet diagnostique un possible SDRC secondaire du membre supérieur gauche tout en écartant au final ce syndrome. Si cette conclusion semble étayée à la date de l'expertise par les observations cliniques de l'expert et l'absence de réalisation du 3<sup>ème</sup> critère de Budapest (voir c. 4.2.1), elle ne saurait en revanche valoir pour la période antérieure. Cet expert a en effet d'emblée admis qu'une symptomatologie douloureuse du membre supérieur gauche s'était développée après le traumatisme, dépassant très largement le site de la fracture et associant des phénomènes dysesthésiques, un sentiment de

chaud/froid, voire des épisodes d'œdème des doigts et une discoloration cutanée. S'il a admis une amélioration des plaintes durant l'été 2022 (meilleure sensibilité et moins de troubles trophiques), il a rapporté une dégradation survenue en septembre 2022 sur le plan algique. L'expert concerné a de plus expliqué l'absence de stigmates radiologiques en faveur d'un SDRC par le fait que la scintigraphie avait été réalisée durant la phase inflammatoire de la maladie, à un stade paroxystique des plaintes. En tout état de cause, malgré l'absence d'une raideur articulaire et d'une amyotrophie, il a estimé que les symptômes initialement présents étaient susceptibles de rentrer dans le cadre d'un SDRC de type I, à savoir réactionnel à un traumatisme (dos. int. 32.2/13). Cela étant, la présence à tout le moins transitoire d'un SDRC ne pouvait être d'emblée exclue chez l'assurée. L'expert l'a du reste reconnu en indiquant que le tableau clinique avait pu être influencé par ce syndrome (dos. int. 32.2/14). Or, nonobstant cette affirmation, ni l'ampleur de cette atteinte ni sa durée n'ont été spécifiées dans son appréciation. En ce qui concerne l'expertise de novembre 2023, elle prête elle aussi le flanc à la critique par le fait que l'expert n'expose pas les motifs l'ayant amené à exclure un SDRC en dépit des symptômes caractéristiques de la maladie observés au status ostéo-musculaire (douleurs disproportionnées lors des mouvements d'extension des doigts et à la palpation de l'épicondyle gauche; différences de coloration cutanée et de température au membre supérieur gauche apparaissant violacé à partir du mi-bras et nettement plus froid que celui de droite; dos. int. 79.2/4). La seule absence à son examen clinique d'une raideur articulaire ou d'une amyotrophie marquée ne suffisait en tout état de cause pas à exclure un tel syndrome, à l'instar du défaut de séquelles constaté lors de la scintigraphie d'avril 2022 (voir la doctrine médicale exposée au c. 5.2 quant à ces aspects). Enfin, à l'instar de ce qui vaut pour l'expertise du 4 juin 2024 (c. 5.4.2), on relèvera que l'explication par des facteurs non somatiques des douleurs alléguées par l'assurée sortait du domaine de spécialisation de l'expert. S'agissant de la deuxième expertise orthopédique, cette explication s'avère d'autant moins convaincante que le spécialiste concerné retient néanmoins au final des limitations fonctionnelles comparables à celles définies par le SMR (nécessité d'épargner le bras gauche; voir c. 4.3.2). Ce spécialiste évoquait qui plus est un pronostic défavorable (dos. int. 79.2/6 ch. 6).

**5.4.4** Quant aux autres appréciations médicales au dossier, elles ne permettent pas au Tribunal de se forger une opinion suffisante relativement aux atteintes potentiellement invalidantes à la santé de l'assurée, ni en regard de la capacité de travail qui en découle dans une activité adaptée. La chirurgienne orthopédique consultée entre mars et novembre 2022 ne s'est pas prononcée sur les exigences professionnelles offertes nonobstant les améliorations constantes observées au cours de son suivi (voir c. 4.1.2). Sa consœur en médecine de réadaptation ne l'a quant à elle fait qu'en rapport avec les dernières activités musicales exercées et jugées impossibles en l'état (c. 4.1.4), alors que la généraliste traitante s'est contentée d'attester une incapacité de travail entière dans ces mêmes activités du 1<sup>er</sup> février au 31 octobre 2023 (c. 4.1.5). On observe ensuite que la situation rapportée par l'ergothérapeute, quoique décrite comme étant en constante amélioration clinique, a été indistinctement qualifiée d'invalidante au fil du suivi et n'a pas donné lieu à une estimation plus concrète et différenciée de la capacité de travail résiduelle (c. 4.1.3). En ce qui concerne les autres sources au dossier (émanant de la psychologue traitante et de la médecin anesthésiste enseignant l'autohypnose à la recourante; voir c. 4.1.6 s.), elles appréhendent uniquement les aspects émergeant à la spécialisation concernée et ne permettent ainsi pas une évaluation coordonnée de l'état de santé et de ses répercussions sur la capacité de travail (aucune limitation fonctionnelle n'étant de prime abord retenue à leur appui; voir toutefois c. 6 ci-après).

## **6.**

Au vu de tout ce qui précède, il appert que l'état de fait médical a été insuffisamment éclairci sous l'angle orthopédique pour permettre à l'intimé de statuer de manière sûre sur les droits litigieux. En se prononçant en l'état du dossier, cette autorité a dès lors violé le devoir d'instruction qui lui incombait au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA (voir c. 2.5). Etant donné les contradictions et imprécisions qui l'émaillent, l'expertise orthopédique du 4 juin 2024 nécessite des éclaircissements ou explications supplémentaires de la part de l'expert. A cet effet, l'intimé fera compléter l'expertise en question en invitant l'expert à lever les incohérences détaillées aux c. 5.4.1

à 5.4.3. En particulier, il invitera cet expert à se prononcer de manière circonstanciée sur les critères cliniques du SDRC possiblement réunis en l'espèce et sur les motifs qui l'amènent, si tel est toujours le cas, à exclure ce syndrome chez la recourante. Une fois ces clarifications effectuées sur le plan diagnostique, l'expert orthopédique déterminera s'il confirme sa précédente évaluation de la capacité résiduelle de travail et ses conclusions y relatives. Sur les plans psychique et psychiatrique, il ne saurait être fait grief à l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre d'expertise dès lors que la psychologue traitante n'a pas rapporté de limitations fonctionnelles de cet ordre. A mesure toutefois que son rapport du 3 novembre 2023 a fait état d'un trouble de l'adaptation sans qu'il n'en ressorte clairement si ce diagnostic influence ou non la capacité de travail (voir dos. int. 70/2 ch. 1.3 et 70/4 ch. 2.5 s.) et que des facteurs non somatiques ont été évoqués au dossier (c. 4.2.2 s.), il se justifie d'inviter l'intimé à compléter son instruction médicale par une expertise psychiatrique. Une fois l'ensemble de ces investigations médicales effectuées, les experts soumettront leurs conclusions respectives à une discussion consensuelle. De son côté, l'intimé évaluera l'éventuelle invalidité de la recourante en tenant compte de l'exigibilité professionnelle et rendra une nouvelle décision. Il se prononcera également sur la nécessité de mettre en œuvre des mesures d'ordre professionnel, jugées en tout état de cause possibles, voire nécessaires, par plusieurs des médecins consultés (c. 4.1.4, c. 4.1.6 et c. 4.2.2). 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 l'expert. Une expertise judiciaire ne se justifie ainsi pas et il convient bien plus, ainsi que requis dans les conclusions subsidiaires, de renvoyer la cause à l'intimé pour instruire les points litigieux qui touchent à des questions qui n'ont pas du tout été éclaircies par l'assureur social ou qui doivent être précisées ou complétées (ATF 139 V 99 c. 1.1). Au cas particulier, une instruction au niveau du TA violerait qui plus est le droit d'être entendue de l'intéressée et la priverait d'une instance de décision (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4). Elle aurait pour conséquence en outre de restreindre les investigations à mener à la date de la décision en cause.

## **7.**

**7.1** Partant, le recours doit être admis et la décision du 6 septembre 2024 annulée. La cause doit être renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

**7.2** Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et art. 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

**7.3** Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Assistée d'un mandataire 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; art. 104 al. 1 LPJA). En l'espèce, l'avocat de l'intéressée a produit une note d'honoraires intégrant Fr. 70.- d'honoraires (15 minutes) facturés sous la rubrique "envoi du recours". Ce poste, qui constitue une activité typique du secrétariat, incluse dans les frais généraux de l'avocat, ne saurait être intégré aux dépens (JTA 2013/245 du 22 janvier 2014 c. 7.3). Au surplus, la note d'honoraires ne prête pas le flanc à la critique, compte tenu de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas comparables. Les dépens sont dès lors fixés à Fr. 3'629.45 (honoraires: Fr. 3'150.-, débours: Fr. 207.50, TVA [8.1%]: Fr. 271.95) et mis à la charge de l'intimé (art. 108 al. 3 LPJA; art. 41 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]).

**7.4** Vu l'issue de la procédure, la requête d'assistance judiciaire est sans objet et doit être rayée du rôle du Tribunal.

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé.
3. L'intimé versera à la recourante la somme de Fr. 3'629.45 (débours et TVA compris) à titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. La requête d'assistance judiciaire est sans objet et rayée du rôle du Tribunal administratif.
5. Le présent jugement est notifié (R):
  - à la recourante, par son mandataire,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

La greffière:

**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).