

200.2016.1113.AI

CHA/BEJ

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

Jugement du 29 mars 2018

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
Ph. Berberat, 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 12 octobre 2016

En fait:

A.

D'après les données anamnestiques, A._____, née en 1968, célibataire, sans enfant, est sans formation professionnelle certifiée et, hormis l'accomplissement de tâches ménagères dans la maison familiale dans son pays d'origine, n'a jamais exercé d'activité lucrative. Arrivée en Suisse en décembre 2011, elle est au bénéfice d'une admission provisoire (permis F) depuis septembre 2012 (dossier [dos.] AI 10/6, 16/7, 19/2, 21/3 et 31 1/5.

B.

Le 24 septembre 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), en mentionnant comme atteintes à la santé un cancer du sein, ainsi qu'un trouble dépressif avec des symptômes d'anxiété, de la tristesse, des pertes de connaissance, de la fatigue et un trouble de l'appétit. Après avoir procédé à diverses mesures d'instruction, notamment auprès des médecins traitants de l'assurée, et après avoir consulté le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne a informé cette dernière, par préorientation du 18 mai 2015, qu'il envisageait de lui nier le droit à des prestations AI, faute d'atteinte à la santé invalidante. Suite à l'opposition formulée par l'assurée, l'Office AI Berne, sur recommandation de son SMR, a soumis cette dernière à une expertise psychiatrique, réalisée au printemps 2016. Par nouvelle préorientation du 31 mai 2016 (annulant et remplaçant la précédente), l'Office AI Berne a indiqué à l'assurée qu'il maintenait son point de vue initial et comptait rejeter sa demande de prestations AI, faute d'atteinte à la santé invalidante. En dépit des objections formées par l'intéressée et après avoir consulté son SMR, l'Office AI Berne a confirmé le contenu de la préorientation précitée par décision du 12 octobre 2016.

C.

Le 14 novembre 2016, l'assurée, par une mandataire, a interjeté recours contre la décision précitée auprès du Tribunal administratif (TA) en concluant, sous suite des frais et dépens, à son annulation, à ce qu'il soit dit et jugé qu'elle a droit à une rente d'invalidité, ainsi qu'au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. A cette occasion, la recourante a également requis l'assistance judiciaire gratuite limitée aux frais. Dans son mémoire de réponse du 15 décembre 2016, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Le 22 décembre 2016, la Juge instructrice a informé la recourante qu'elle était en droit de répliquer et l'a invitée à se prononcer sur la réalisation des conditions d'assurance à la date de la décision attaquée (en particulier quant à la période de cotisation). Dans sa réplique du 31 janvier 2017, la recourante, par sa représentante, en renonçant à sa conclusion tendant à l'octroi d'une rente, a reconnu que la question des conditions d'assurance avait été soulevée à juste titre, mais a ajouté qu'en l'état, le dossier ne permettait pas d'y répondre et qu'il convenait également pour cette raison de renvoyer le dossier à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire. Dans sa duplique du 22 février 2017, l'Office AI Berne, qui a également été invité par la Juge instructrice à se prononcer sur la question des conditions d'assurance, a maintenu les conclusions de sa réponse, en relevant l'absence de toute période de cotisation suffisante pour ouvrir le droit à des prestations de l'AI. Le 6 mars 2017, la mandataire de la recourante a présenté sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision du 12 octobre 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et rejette la demande de prestations AI présentée par l'assurée. Dans sa réplique, la recourante a

modifié ses conclusions et abandonné la conclusion n° 2 de son recours visant à "dire et à juger qu'[elle] a droit à une rente d'invalidité". L'objet du litige porte donc sur l'annulation de la décision précitée et sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par une mandataire dûment constituée, 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 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 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 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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).

2.2 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). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2014 IV n° 2 c. 3.1, 2016 IV n° 2 c. 4.2).

2.3 Il incombe tout d'abord au médecin (expert) d'évaluer l'état de santé et, si nécessaire, de décrire son évolution dans le temps, c'est-à-dire de réunir les résultats des investigations en procédant à un examen médical selon les règles de l'art, en tenant compte des plaintes subjectives, puis de poser un diagnostic en se fondant sur ces résultats. En cela, l'expert accomplit sa tâche spécifique, pour laquelle l'administration et les tribunaux ne sont pas compétents. Le médecin n'a en revanche pas la compétence de statuer en dernier ressort sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Il se contente bien plus de prendre position sur l'incapacité de travail, à savoir de procéder à une évaluation qu'il motive de son point de vue le plus substantiellement possible. En fin de compte, les données fournies par le médecin constituent un élément important pour l'appréhension juridique de la question des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré. Au besoin, afin de déterminer la capacité économiquement exploitable, il convient de recourir, en complément du dossier médical, aux spécialistes de l'intégration et du conseil professionnels (ATF 140 V 193 c. 3.2).

2.4 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 125 V 351 c. 3a; SVR 2015 IV n° 28 c. 4.1). 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 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.

Concernant l'état de santé et la capacité de travail de la recourante, il ressort du dossier, en particulier, les éléments suivants.

3.1 Les services psychiatriques, dans lesquels la recourante a séjourné du 16 au 18 juillet 2012, du 8 au 26 avril 2013, du 20 janvier au 10 février 2014, ainsi que du 11 au 24 mars 2015, diagnostiquaient le 2 août 2012 une réaction aiguë à un facteur de stress (F43.0 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10], de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) et des difficultés liées au décès d'un membre de la famille (CIM-10: Z63.4). Le 13 mai 2013, ils renaient un état de stress post-traumatique (CIM-10: F43.1), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (CIM-10: F33.1), des difficultés liées à la solitude (Z60.2), ainsi qu'un status après intervention chirurgicale et radiothérapie pour un carcinome mammaire. Le 18 février 2014, ils mentionnaient un trouble dépressif récurrent, actuellement épisode moyen (CIM-10: F33.1) et un trouble panique (CIM-10: F41.0). Enfin, le 24 mars 2015, ils ont retenu un trouble dépressif

récurrent sévère, sans symptômes psychotiques (CIM-10: F33.2), ainsi que des difficultés liées à la solitude (CIM-10: Z60.2).

3.2 Dans son rapport final du 21 novembre 2012, le médecin-chef du service d'oncologie et hématologie ayant suivi l'assurée en Suisse diagnostiquait un carcinome mammaire à gauche, traité chirurgicalement (résection de la tumeur et lymphadénectomie), ainsi que par radiothérapie et chimiothérapie. Il estimait que celui-ci n'entraînait aucune limitation de la résistance à l'effort, mais relevait que la recourante présentait également des problèmes d'isolement et un trouble dépressif.

3.3 Le 5 décembre 2014, le généraliste traitant de l'assurée diagnostiquait, avec effet sur la capacité de travail, un stress post-traumatique (CIM-10: F43.1) depuis 2011, une dépression, épisode actuel moyen (CIM-10: F33.1) depuis 2011, des difficultés liées à la solitude (CIM-10: Z60.2), ainsi qu'une bronchectasie (CIM-10: J47) depuis 2013. Sans effet sur ladite capacité, il mentionnait un carcinome mammaire à gauche. Il relevait que le trouble dépressif de la recourante s'était aggravé suite à la mort du père et du frère de cette dernière et estimait qu'elle présentait une incapacité totale de travailler depuis 2011.

3.4 Le 11 décembre 2014, le gynécologue traitant de l'assurée mentionnait que le cancer du sein diagnostiqué n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail et qu'il n'existait pas d'incapacité de travail sur le plan gynécologique (dossier [dos.] AI doc. 19 p. 1 à 4).

3.5 Dans son rapport du 27 octobre 2014, le psychiatre traitant de la recourante depuis le 24 février 2012 diagnostiquait, avec effet sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (CIM-10: F32.11) depuis 2012, un état de stress post-traumatique (CIM-10: F43.1) et, sans effet sur ladite capacité, un cancer du sein. Mentionnant comme limitations, de la tristesse, de la fatigue, ainsi que des symptômes d'angoisse, tels qu'une oppression thoracique et une baisse de motivation, il retenait une incapacité totale de travailler depuis 2012 pour une durée indéterminée, en niant la possibilité d'une reprise de l'activité professionnelle, respectivement d'une amélioration de la capacité de travail. Le 8 juin 2015, renvoyant au rapport des services psychiatriques du

24 mars 2015 précité (voir c. 3.1 ci-dessus), il relevait l'existence d'un trouble dépressif récurrent et d'un état de stress post-traumatique, en précisant que la recourante le consultait toutes les deux semaines et était suivie par une infirmière en psychiatrie au même rythme. Le 29 février 2016, il retenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques. Il constatait une dégradation de l'état psychique de la recourante suite au décès de l'oncle de cette dernière au début de l'année 2016. Il relevait également que l'état psychique de l'assurée était très négativement influencé par la peur de ne plus revoir, de son vivant, sa mère restée dans son pays d'origine, qui était en mauvaise santé. Pour cette raison, il précisait soutenir la recourante dans les démarches qu'elle entreprenait pour obtenir un visa lui permettant de se rendre auprès de sa mère. Dans un écrit du 24 juin 2016 produit dans la deuxième procédure d'observations sur préavis, le psychiatre traitant mentionnait un trouble dépressif moyen à sévère ainsi qu'un état post-traumatique. Il relevait que ces diagnostics avaient été retenus par plusieurs institutions psychiatriques et que les facteurs psychosociaux influençaient négativement l'état psychique déjà fragile de la recourante. Il soulignait que cette dernière se soumettait aux traitements prescrits et que malgré plusieurs hospitalisations en psychiatrie et plusieurs changements de traitements médicamenteux, les symptômes anxio-dépressifs étaient persistants. Il estimait enfin que le profil d'exigibilité mentionné par l'expert psychiatre (voir c. 3.7 ci-dessous) n'était pas réalisable sur le marché du travail actuel et maintenait que la recourante présentait une incapacité totale de travailler.

3.6 Le 1^{er} avril 2015, la psychiatre en charge du dossier auprès du SMR relevait que le père de l'assurée avait été assassiné alors que cette dernière se trouvait déjà en Suisse. La spécialiste du SMR estimait que cet évènement, ainsi que la mort du frère d'un cancer du foie et le cancer du sein qui avait frappé l'assurée ne correspondaient pas à la notion de traumatisme liée au diagnostic d'état de stress post-traumatique. Un tel diagnostic ne pouvait donc, selon elle, pas être retenu. Elle constatait également qu'un des traitements contre le cancer pris par la recourante occasionnait souvent de la fatigue, de l'épuisement et des bouffées de chaleur et que ces symptômes pourraient ne pas être dus à de la

dépression. Elle relevait des signes d'angoisse et de dépression, mais estimait qu'une partie des causes des troubles en question était déjà présente dans le pays d'origine de l'assurée (cancer du sein), une autre était psycho-réactive (à la mort du père, du frère et à la solitude) et qu'une autre partie encore résultait du traitement contre le cancer précité. En outre, selon elle, des traitements étaient encore possibles et les atteintes à la santé sur le plan psychiatrique n'étaient donc pas irréversibles. Elle estimait que la symptomatologie réactionnelle et les effets secondaires au traitement contre le cancer pouvaient tout au plus justifier une incapacité de travail de 20%, au plus tard lors de l'arrivée en Suisse et peut-être depuis 2010 (diagnostic du carcinome mammaire).

3.7 Dans son expertise psychiatrique du 19 avril 2016, le spécialiste en neurologie, psychiatrie et psychothérapie, retenait comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif récidivant, d'épisode actuel moyen avec syndromes somatiques (CIM-10: F33.11), existant depuis, au plus tard, janvier 2012 et dont il fallait admettre qu'auparavant depuis 2010, il s'agissait d'un trouble de l'adaptation. Sans incidence sur ladite capacité, il mentionnait une accentuation des traits de la personnalité (émotionnels, immatures, instables, dépendants, anxieux, avec comportements d'évitement et histrionique; CIM-10: Z73.1) existant potentiellement depuis l'adolescence. L'expert relevait que la symptomatique anxio-dépressive, selon ce que décrivaient la requérante et son psychiatre traitant, provenait avant tout de facteurs psychosociaux (carcinome mammaire, assassinat du père, mort du frère d'un cancer du foie, décès de l'oncle qui s'occupait de la mère, état de santé précaire de cette dernière restée seule au pays et grave problématique psychiatrique du frère habitant ailleurs en Suisse, isolement en Suisse). Il mentionnait que la requérante, bien qu'elle se plaigne de façon véhémement, était en mesure de maintenir une vie quotidienne absolument réglée. Elle se levait tôt, s'occupait de son ménage, pouvait aussi quitter la maison si nécessaire, était en mesure de voyager dans son pays d'origine et notamment de prendre l'avion pendant plusieurs heures. Il ajoutait que la requérante était très fixée sur la famille, avait vécu jusqu'à 42 ans auprès de ses parents et n'avait jamais eu d'expérience de couple. Il relevait qu'elle se projetait en permanence comme victime, était en attente de

reconnaissance et de sécurité financière, présentait une tendance à l'exagération, à la théâtralisation et à la dramatisation et était fixée sur l'obtention d'une rente. Concernant la capacité de travail, l'expert, relevant la présence de nombreux facteurs étrangers à la maladie (notamment l'absence de formation et d'expérience professionnelle, ainsi que l'âge), estimait que seules des activités simples, pratiques et bien structurées, étaient exigibles de la recourante. Dans une activité adaptée à son âge et à son degré de formation, il considérait que cette dernière, sur le plan psychiatrique, pouvait au moins travailler à temps partiel avec une capacité de rendement réduite. L'expert, en soulignant le fait que même avant la maladie l'assurée n'avait jamais été engagée professionnellement et que son niveau d'activité, déjà à cette époque, devait être considéré comme extrêmement bas, estimait que dans une activité simple et bien structurée, sans exigence élevée sur le plan de l'organisation personnelle et des compétences sociales, un temps de travail d'à tout le moins six heures par jour (2 x 3 heures) avec une perte de rendement d'au maximum 20% était exigible de la recourante. Il recommandait un traitement dans une clinique de jour pour améliorer le niveau d'activité et les compétences sociales. Enfin, s'il estimait qu'une mesure de réinsertion professionnelle était exigible et pourrait être théoriquement profitable à la recourante, il qualifiait de très faibles les chances de succès d'une telle mesure en raison des nombreux facteurs étrangers à la maladie.

4.

4.1 Tout d'abord, d'un point de vue strictement formel, l'expertise psychiatrique du 19 avril 2016 satisfait aux exigences jurisprudentielles (voir c. 2.4 ci-dessus), ce qui n'est pas remis en question par les parties. Elle est convaincante, se fonde sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assurée et repose sur un exposé clair des faits. Les conclusions de l'expert, dont les qualifications ne peuvent être mises en doute, sont détaillées, bien étayées et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise. L'expert, qui a examiné

personnellement la recourante, prend en compte les plaintes exprimées par cette dernière, ainsi que les avis médicaux figurant au dossier.

4.2 Sur le plan matériel, l'expert précise pourquoi il ne retient pas de troubles de la personnalité (CIM-10: F6), mais une accentuation de traits de la personnalité, en indiquant que les critères nécessaires à ce premier diagnostic ne sont pas réunis, à tout le moins sur le plan quantitatif. Il explique de façon détaillée et convaincante pourquoi il ne retient pas le diagnostic de stress post-traumatique, ni un trouble dépressif de degré sévère. Sans négliger les avis contraires au dossier, ni le caractère éprouvant de tels événements, il fait valoir de façon crédible, à l'instar de la psychiatre du SMR (voir c. 3.6 ci-dessus), que dans les présentes circonstances, les décès du père et du frère, survenus en l'absence de la recourante, et le cancer du sein de cette dernière ne constituent objectivement pas des traumatismes au sens de ce qui est attendu pour pouvoir retenir un stress post-traumatique. Il relève également que l'évocation de ces événements par la recourante ne correspond pas à celle qui est faite en cas de traumatismes typiques. Il ajoute que la durée de ces "traumatismes" est trop longue pour un tel trouble et que les événements en cause ne sont pas comparables aux expériences extrêmes qui permettent de retenir le diagnostic différentiel d'une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (CIM-10: F62.0). Concernant la gravité du trouble dépressif, l'expert relève qu'une symptomatique dépressive de degré sévère n'est mentionnée par le psychiatre traitant et les services psychiatriques que suite à la préorientation de mai 2015 qui envisageait un refus de prestation (argument repris par l'intimé; mémoire de réponse p. 3). Il est vrai qu'il ressort du dossier qu'un trouble de cette gravité avait déjà été diagnostiqué avant ladite préorientation (rapport des services psychiatriques du 24 mars 2015; voir c. 3.1 et 3.7 ci-dessus). Un tel constat n'est toutefois pas propre à remettre en question l'appréciation de l'expert qui a examiné personnellement l'assurée, se fonde sur ses propres constatations, ainsi que sur les autres éléments au dossier. Il prend en particulier en compte les avis contraires exprimés et s'étonne notamment que le psychiatre traitant puisse retenir dans son rapport du 29 février 2016 un épisode sévère et indiquer en même temps qu'un voyage de la recourante seule

dans son pays d'origine est réalisable et exigible. Le diagnostic retenu par l'expert est de plus confirmé par l'ensemble des rapports médicaux au dossier antérieurs au mois de mars 2015, ainsi que par la psychiatre du SMR. Ni le psychiatre traitant, ni les services psychiatriques dans lesquels la recourante a séjourné n'étaient le diagnostic d'un trouble dépressif d'épisode sévère. Aussi bien pour décrire tant un épisode moyen que sévère, le psychiatre traitant mentionne de la tristesse, de la fatigue et un ralentissement psychomoteur, sans expliquer sur quels constats objectifs il se fonde pour justifier une dégradation du trouble dépressif (rapports des 27 octobre 2014 et 24 juin 2016; dos. AI doc. 10 p. 2 et doc. 38 p. 2). Au surplus, il faut garder à l'esprit que le spécialiste traitant, comme le médecin de famille, aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser son patient (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3; TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4). En outre, la recourante indique avoir pu sans difficulté se rendre dans son pays auprès de sa mère en juin 2015. Elle dit aussi se réjouir d'avoir trouvé quelques amies qui s'occupent bien d'elle, lui téléphonent régulièrement, lui rendent visite, l'invitent et avec lesquelles elle peut aller se promener et ajoute se sentir mieux lorsqu'il y a du monde (propos rapportés par l'expert; expertise p. 8). Or, de tels éléments ne parlent pas en faveur d'un trouble sévère.

4.3 Par ailleurs, les considérations du psychiatre traitant au sujet de la capacité de travail résiduelle de la recourante ne viennent, en soi, pas remettre en question l'appréciation de l'expert. Le fait que dans son rapport du 24 juin 2016, le psychiatre traitant fait valoir qu'un travail correspondant au profil retenu par l'expert ne peut pas se trouver sur le marché actuel ne relève en effet pas de l'appréciation médico-théorique de l'atteinte à la santé, mais de l'aspect juridique de l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative. L'avis sur ce point du psychiatre traitant, de même que celui de l'expert, ont donc valeur de propositions destinées aux organes de l'AI. Ces avis n'influencent pas le caractère probant des diagnostics et descriptions du profil médico-théorique d'activité résiduelle découlant de l'expertise.

5.

5.1 L'Office AI Berne dans la décision attaquée retient, en se basant sur l'expertise psychiatrique du 19 avril 2016 mais en ignorant les facteurs extra-médicaux de l'évaluation de l'expert, que la recourante ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante et que des problèmes psychosociaux sont au premier plan. Dans son mémoire de réponse, il relève qu'à ses yeux, l'expertise constate que la recourante amplifie et exagère des symptômes dans le but d'obtenir une rente, ce qui permet, selon lui, de conclure à une absence d'atteinte à la santé invalidante. Il précise que cette conclusion est confirmée par le fait que plusieurs facteurs psychosociaux, étrangers à l'invalidité, sont à l'origine des troubles psychiques actuels. L'Office AI Berne estime que des mesures d'instruction supplémentaires ne sont pas nécessaires et que la requête de mesures de réadaptation professionnelle, hormis le fait qu'elle ne pourrait être admise vu l'absence d'atteinte invalidante, n'apparaît pas crédible car en complète contradiction avec l'avis du psychiatre traitant qui nie toute exigibilité professionnelle.

La recourante fait quant à elle valoir que même en s'appuyant sur les résultats de l'expertise, ses atteintes à la santé psychique lui laissent une capacité de travail et de rendement de 58%, soit une perte de gain de 42% lui ouvrant le droit à une rente (recours art. 1 p. 4). Elle souligne cependant que, comme le mentionne son psychiatre traitant, sa capacité de travail résiduelle est pour l'heure inexploitable sur le marché du travail et relève que l'expert recommande un traitement en clinique de jour pour améliorer son niveau d'activité et ses compétences sociales. Dans sa réplique, elle confirme encore que déjà sur la base des recommandations de l'expert, des mesures de réinsertion sont nécessaires et qu'il ne sera possible de déterminer si elle dispose d'une capacité de travail effective qu'après celles-ci.

5.2 En l'occurrence, il faut constater que l'intimé, lorsqu'il se fonde sur une absence d'atteinte invalidante, s'est éloigné du résultat de l'expertise qui aboutit au diagnostic d'un trouble dépressif récidivant actuel moyen avec syndrome somatique ayant une répercussion sur la capacité de travail, que l'expert a quantifiée tout au plus par une réduction du taux

d'occupation à 6 heures quotidiennes avec une perte de rendement d'au maximum 20%. Comme le soutient la recourante, un calcul d'invalidité fondé sur une telle restriction médico-théorique, en partant de deux revenus hypothétiques (sans et avec invalidité) semblables, par rapport à la durée statistique normale du travail dans les entreprises de 41,7 heures hebdomadaires (8,34 heures par jour) qui devrait s'appliquer en l'espèce, aboutirait à une invalidité de 42%.

Cela étant, il appartient au juriste de statuer en dernier ressort sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (voir c. 2.3 ci-dessus). Dans sa jurisprudence récente (TF 8C_841/2016 c. 4.5 et 130/2017 du 30 novembre 2017 c. 7.2 [destinés à la publication]), le Tribunal fédéral (TF) a, en résumé, étendu la pratique qu'il avait définie pour l'appréciation du caractère invalidant des troubles somatoformes (ATF 141 V 281 c. 4.1 [du 3 juin 2015]) à l'ensemble des troubles psychiques, également aux troubles dépressifs, en abandonnant pour ceux-ci l'importance primordiale qu'il avait accordée au critère de l'épuisement des possibilités de traitements. Dès lors, le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente doit se déterminer au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée. La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatées sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide d'indicateurs standards (ATF 141 V 281 c. 6). En organisant l'expertise en octobre 2015, l'intimé avait posé les questions relatives aux indicateurs standards qui venaient d'être définis par le TF en matière de troubles somatoformes. L'expert, en dépit de son diagnostic de trouble de nature dépressive, a traité ces points. Les conclusions de l'expert ne sauraient dès lors être écartées au seul motif qu'elles sont antérieures à la jurisprudence de fin novembre 2017. Il convient d'en vérifier leur pertinence matérielle (ATF 141 V 281 c. 8, 137 V 210 c. 6).

5.3

5.3.1 Selon la jurisprudence précitée du TF, lors d'un examen sur un premier niveau, il convient d'abord de vérifier que les experts ont motivé le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). En outre, une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI n'existe que si le diagnostic résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que, sur la base d'une appréciation médicale plausible, les indices suggérant une exagération sont nettement prépondérants et que les limites pour qualifier un simple comportement ostensible sont tellement dépassées, sans que le comportement d'exagération ne soit induit par un trouble psychique autonome ayant valeur de maladie (ATF 127 V 294 c. 5a), il ne saurait être question d'une atteinte à la santé assurée. Partant, dans une telle situation, un droit à une rente doit être exclu, même si les critères de classification d'un trouble psychique sont réalisés (cpr. art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée (ATF 127 V 294 c. 5a), les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 c. 2.1.1 et 2.2, SVR 2016 IV n° 25 c. 6).

En l'espèce, il faut constater que l'expertise elle-même, déjà à ce premier stade du raisonnement, met sérieusement en doute l'existence d'un diagnostic invalidant et ce sous les deux aspects, tant celui de l'intensité du diagnostic, que celui des motifs d'exclusion. Quand bien même la qualification de "grave" d'un diagnostic (parfois comprise déjà dans les classifications de diagnostics) doit être vérifiée à l'aune des répercussions fonctionnelles de l'atteinte, il n'en reste pas moins qu'en principe, seuls des troubles psychiatriques graves sont susceptibles de constituer des atteintes invalidantes (TF 8C_130/2017 du 30 novembre 2017 c. 5.2.2 et 5.2.3). Or, en l'occurrence, l'expert discute d'emblée très soigneusement l'impact du diagnostic qu'il a finalement choisi. Dans le corps de son rapport, il explique qu'objectivement les symptômes anxio-dépressifs, sur la base des examens cliniques et du résultat des tests psychométriques, conduisent à un degré de dépression léger et que le degré moyen constitue un maximum (expertise p. 17 et 22). En outre, il souligne que de nombreux arguments parlent en faveur d'un diagnostic différentiel de dysthymie (expertise p. 18; diagnostic qui à lui seul, en règle générale, exclut tout caractère invalidant au sens de l'AI: TF 8C_130/2017 du 30 octobre 2017 c. 8.1). En résumé, il part donc d'une constatation de symptômes psychiques en majeure partie de faible intensité. Par ailleurs, il apparaît clairement qu'une partie importante des plaintes de la recourante ont laissé l'expert insensible. En effet, dans son appréciation de la capacité de travail, il insiste à plusieurs reprises sur les descriptions plaintives, démonstratives, les traits de personnalité et une certaine rancune laissant fréquemment clairement transparaître une attitude revendicatrice visant manifestement l'obtention d'une rente. Ce comportement, selon l'expert, ne peut pas s'expliquer simplement par la maladie, des facteurs qui lui sont étrangers jouant un rôle important (âge, obstacles sur le marché du travail, bas niveau de scolarisation, absence de formation, manque de connaissances linguistiques, problèmes financiers, besoin de sécurité). Il justifie son estimation de capacité de travail, tout au plus réduite en temps et rendement, en affirmant que les facteurs étrangers à l'invalidité, inaccessibles à n'importe quel traitement psychiatrique, et les traits de personnalité pourraient être contrôlés par l'assuré en faisant preuve d'une motivation, d'une fixation de priorités et d'un effort de volonté sincères, en principe absolument à sa portée ("aus rein psychiatrischer Sicht

grundsätzlich durchaus in der Lage wäre, ihre leicht bis maximal mittelgradig ausgeprägten, reaktiv auftretenden anxiodepressiven Symptome ausreichend zu kontrollieren und in den Arbeitsprozess zurückzukehren"; expertise p. 22-23).

Dès lors, sur la base des constatations de l'expert, quand bien même dans ses conclusions il finit par concéder la possibilité d'un impact de l'état psychique sur la capacité de travail, il faut admettre que déjà la consistance du diagnostic (intensité et absence d'indices d'exclusion) n'est pas établie avec une vraisemblance prépondérante.

5.3.2 A supposer qu'on n'exclue pas d'emblée qu'une atteinte à la santé psychique significative affecte la recourante, il faut alors procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). En règle générale, il convient de prendre en considération des indicateurs standards classés selon leurs caractéristiques communes (c. 4.1.3), qui sont répartis dans les catégories "degré de gravité fonctionnel" (c. 4.3) et "cohérence" (c. 4.4). La grille d'évaluation présentée est de nature juridique (c. 5). A ce sujet, aux réserves que l'expert a exposées s'agissant de l'intensité du diagnostic, ainsi que l'attitude démonstrative et revendicative, de même que le poids des éléments étrangers à la maladie, on peut encore ajouter l'accent qu'il met sur l'absence totale d'engagement professionnel durant toute la vie de la recourante et sur le fait que ce genre d'activités entrant dans les compétences et correspondant à l'âge de cette dernière avant et après l'apparition des troubles n'est pas foncièrement différent (expertise p. 23). L'expert confronte toutefois ce contexte défavorable aux ressources certes peu nombreuses mais primordiales dont dispose l'assurée. Il relève ainsi que la recourante a été en mesure de s'organiser pour traiter son cancer hors de son pays en C._____, puis de rejoindre la Suisse pour y demander l'asile, qu'elle a acquis des bases d'allemand, s'exprime couramment en français et qu'elle est retournée à plusieurs reprises dans

son pays, auprès de sa mère, la dernière fois avant l'expertise en juin 2015. L'expert note également qu'elle conserve des journées structurées et a pu se créer un cercle d'amies en Suisse avec lesquelles elle effectue diverses activités et qui s'occupent d'elle et qu'elle sait mobiliser son entourage pour elle et ses intérêts. L'expert indique aussi que le traitement psychiatrique suivi par la recourante est conforme aux règles de l'art, mais il recommande en plus un traitement dans une clinique de jour afin d'améliorer le niveau d'activité et les compétences sociales de la recourante (expertise p. 28). Si son pronostic est très négatif et les chances de succès de mesures de réinsertion professionnelle exigibles sont très minces, selon l'expert, ce n'est pas en raison d'une résistance aux traitements, mais de la persistance des facteurs extérieurs défavorables (qui sont insensibles aux traitements psychiatriques; expertise p. 28), de la revendication d'une rente clairement affichée et de traits accentués de la personnalité (expertise p. 23).

Au niveau de l'appréciation de l'impact fonctionnel du diagnostic psychiatrique sur la base des indicateurs, il convient donc également de constater que les ressources encore disponibles empêchent de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une atteinte psychique invalidante au sens de la jurisprudence précitée.

5.4 Conformément à la volonté claire du législateur exprimée à l'art. 7 al. 2 LPGA, il y a lieu, en vertu d'une approche objective, de partir du principe qu'une personne assurée est "valide" (ATF 141 V 281 c. 3.7.2) et d'en déduire que celle-ci supporte le fardeau objectif de la preuve quant à l'existence d'une invalidité (ATF 142 V 106 c. 4.4). Au cas particulier, il y a lieu de constater que la description de la situation que fait l'expert ne permet pas de se convaincre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que si les facteurs négatifs socioculturels ou psychosociaux disparaissaient, les troubles de la recourante persisteraient, notamment en comparaison avec la vie qu'elle menait avant l'apparition de ceux-ci. Il en découle donc que l'expert, en estimant finalement, avec beaucoup de réserves et précautions, que les troubles avaient une répercussion sur les capacités de travail et rendement, s'est laissé influencer par une conception bio-sociale de l'évaluation, par exemple dans l'intention de

favoriser une adaptation professionnelle progressive en Suisse par rapport à la vie qu'elle menait dans son pays, qui n'entre pas dans la définition de maladie psychique invalidante de l'AI (SVR 2008 IV n° 62 c). Il faut conclure, à l'instar de l'intimé, que les répercussions fonctionnelles de l'atteinte partielle à la santé psychique de la recourante finalement concédées par l'expert ne sont pas établies, selon une vraisemblance prépondérante, de manière concluante et exempte de contradictions sur le plan juridique à l'aide des indicateurs standards. La recourante doit par conséquent supporter les conséquences de cette absence de preuve (ATF 141 V 281 c. 6). Les bases de l'expertise étant complètes et permettant l'évaluation des répercussions fonctionnelles, une instruction médicale supplémentaire n'est pas nécessaire.

6.

Eu égard à ce qui précède, la question du respect des conditions d'assurance peut être laissée ouverte. Au vu des éléments au dossier, il faut toutefois constater qu'en tout cas en octobre 2014, la recourante, qui est entrée en Suisse en décembre 2011 et est au bénéfice d'une admission provisoire depuis septembre 2012, ne comptait en Suisse aucun jour de cotisation (dos. AI doc. 5 p. 2). A défaut de convention de sécurité sociale entre le pays de la recourante et la Suisse, il apparaît à première vue donc difficile d'admettre que la recourante pourrait remplir les conditions d'assurance lui permettant l'ouverture éventuelle d'un droit aux prestations de l'AI (art. 6 al. 2 LAI et, pour la rente: 36 al. 1 LAI; TF 9C_36/2015 du 29 avril 2015).

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, le recours dirigé contre la décision du 12 octobre 2016 doit être rejeté.

7.2 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de

l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). La recourante, qui succombe, doit ainsi supporter les frais de la procédure, fixés à Fr. 800.-, et ne peut prétendre au remboursement de ses dépens (art. 69 al. 1^{bis} LAI, 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 108 al. 1 et 3 LPJA).

7.3 L'assurée a toutefois déposé une demande d'assistance judiciaire limitée aux frais pour son recours du 14 novembre 2016.

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

7.3.2 En l'espèce, la recourante dépend de l'aide sociale (voir annexe au courrier de la recourante du 22 novembre 2016); il est ainsi manifeste que la condition formelle de l'assistance judiciaire est réalisée. En ce qui concerne les conditions matérielles de l'octroi de l'assistance judiciaire, on ne saurait d'emblée déclarer que la cause était dépourvue de chance de succès (ATF 140 V 521 c. 9.1). La requête peut dès lors être admise. La recourante doit être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. Ainsi, les frais de procédure sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire.

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

Par ces motifs:

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

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite 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).