

200.2016.1161.AI

BOA/BEJ

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

**Jugement du 26 mars 2018**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
A.-F. Boillat, 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 25 octobre 2016

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1967, divorcée depuis 2007, mère de quatre enfants (dont deux en formation au moment de la demande de prestations), est détentrice d'un CFC d'employée de commerce. Après la naissance de ses premiers enfants, elle a travaillé à des taux variables dans les sociétés (produits manufacturés) dirigées par son ex-mari et d'autres membres de la famille de celui-ci, en dernier lieu à un taux de 40% (dossier [dos.] AI 12, 13 et 28.2/4).

Sur la base d'une incapacité totale de travailler existant selon le questionnaire complété depuis le 25 juillet 2014 (attestée médicalement depuis le 18 avril ou 18 août 2014 [dos. AI 4 et 29/3]), l'assurée, par demande datée du 9 avril 2015 (réceptionnée le 13 avril par l'Office AI), a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité (AI) en invoquant l'existence de troubles anxieux dépressifs.

**B.**

Saisi de cette demande, l'Office AI a recueilli des renseignements auprès de l'employeur de l'assurée et de ses médecins traitants (somaticien et psychiatres). Par communication du 12 mai 2015, l'Office AI a informé l'assurée qu'il lui octroyait des conseils à la réadaptation au titre de mesures d'intervention précoce. Une expertise psychiatrique, dont les conclusions ont été consignées dans un rapport du 13 juillet 2015, a été requise par l'assureur perte de gain de l'assurée. Dans une décision du 9 juin 2016 (le préavis du 29 avril 2016 étant resté incontesté), l'Office AI a informé l'assurée qu'elle n'avait actuellement pas droit à des mesures professionnelles, en précisant que son droit à une rente AI allait être examiné. Sur la base des renseignements collectés et des rapports médicaux du Service médical des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) des 7 mars et 21 juin 2016, l'Office AI, par préavis du 24 juin 2016, a informé l'assurée qu'il envisageait de refuser tout droit à l'obtention de

prestations de l'AI. En dépit des objections formulées par l'assurée, l'Office AI, par décision formelle du 25 octobre 2016, a confirmé le contenu de sa précédente préorientation.

### **C.**

Par acte daté du 25 octobre 2016, l'assurée, désormais représentée en justice par un avocat, a recouru contre cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision rendue le 25 octobre 2016 et au renvoi de la cause à l'Office AI pour instruction complémentaire (notamment par la mise sur pied d'une nouvelle expertise médicale sur le plan psychiatrique).

Dans son mémoire de réponse du 4 janvier 2017, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Les parties ont répliqué et dupliqué les 27 janvier et 20 février 2017, maintenant en substance leurs précédentes conclusions. Le mandataire de la recourante a envoyé sa note d'honoraires le 10 mars 2017.

### **En droit:**

#### **1.**

**1.1** La décision du 25 octobre 2016 de l'Office AI représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de la recourante à l'obtention de prestations AI. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction médicale complémentaire (notamment par l'organisation d'une nouvelle expertise psychiatrique). Sont particulièrement critiqués par la recourante, le non-respect de son droit d'être entendue, de même que la valeur probante (tant formelle que matérielle) du rapport du SMR du 7 mars

2016 sur lequel l'intimé s'est principalement fondé pour nier à l'assurée son droit à des prestations de l'AI.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment légitimé, 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 LPJA; 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 (art. 7 al. 1 LPGA).

**2.2** L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI).

**2.3** Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 LPGA en relation avec l'art. 7 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, 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 2016 IV n° 2 c. 4.2, 2014 IV n° 2 c. 3.1). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

**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). L'expert évalue les capacités fonctionnelles de la personne concernée en fonction des indicateurs pertinents. Les organes d'application du droit vérifient ensuite librement les indications fournies, en particulier le point de savoir si les médecins ont respecté le cadre normatif déterminant, c'est-à-dire s'ils ont exclusivement tenu compte de déficits fonctionnels qui découlent d'une atteinte à la santé (art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA) et si leur appréciation de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA; ATF 141 V 281 c. 5.2.2).

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

### **3.**

**3.1** La recourante fait tout d'abord valoir la violation de son droit d'être entendue dans la mesure où, selon elle, l'Office AI ne motiverait pas en suffisance pourquoi il parvient à la conclusion que son incapacité de gain est due (et contrairement aux avis médicaux figurant au dossier) principalement à sa (prétendue) toxicodépendance.

**3.1.1** L'obligation de motiver représente une part importante du droit d'être entendu au sens de l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst., RS 101). Elle doit empêcher que l'autorité se laisse guider par des motifs partiels et permettre, le cas échéant, aux intéressés de contester la décision de façon adéquate. Cela n'est possible que si la personne concernée et l'autorité de recours peuvent se faire une idée de la portée de la décision. En ce sens, les réflexions qui ont guidé l'autorité et sur lesquelles se fonde la décision doivent au moins être brièvement mentionnées. Il n'est toutefois pas nécessaire que tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties soient expressément exposés et discutés. Il suffit plutôt que les points importants en vue du jugement figurent dans la décision (ATF 136 I 229 c. 5.2, 124 V 180 c. 1a).

**3.1.2** En l'espèce, l'on parvient à comprendre que l'Office AI a refusé toutes prestations à l'assurée, au motif que, sur la base du dossier, notamment des avis de son SMR, l'atteinte de l'assurée, à savoir une dépendance à des produits toxiques, ne constituait pas une maladie invalidante et que les observations relatives au préavis ne changeaient en rien cette évaluation. En ce sens, dès lors que le raisonnement est en soi compréhensible (voir également TF 9C\_831/2009 du 12 août 2010 c. 3.1 avec les références), bien que le résumé de l'avis du SMR soit très succinct et qu'il ne soit pas certain que les rapports de ce dernier aient été joints à la décision (le recours [p. 6, let B/b] le laissant toutefois supposer), il y a lieu d'admettre que le prononcé de l'intimé respecte les standards minimaux de motivation d'une décision telle que celle ici en cause (type de décisions que l'intimé rend en grand nombre). En outre, on notera encore, en ce qui concerne le manque allégué de motivation de la décision contestée ou, plus précisément, le fait de savoir si celle-ci se révèle convaincante, que cette problématique concerne l'examen matériel du cas.

**3.2** La recourante invoque également une violation de son droit de participation, en reprochant à l'intimé, dans le contexte de l'enquête médicale interne, de ne pas l'avoir informée des questions posées à la médecin psychiatre du SMR, ni d'avoir pu en formuler à son tour. Elle s'insurge également contre le fait que l'Office AI ne lui a pas transmis les conclusions que la spécialiste du SMR a arrêtées.

**3.2.1** Les parties ont le droit d'être entendues (art. 29 al. 2 Cst.). Ce droit est à la fois une institution servant à l'instruction de la cause et une faculté de la partie, en rapport avec sa personnalité, de participer au prononcé de décisions qui lèsent sa situation juridique. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., en particulier le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui d'obtenir qu'il soit donné suite à son offre de preuves pertinentes, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos. Le droit d'être entendu, en tant que garantie de participation à la procédure, comprend ainsi toutes les attributions

nécessaires à une partie pour faire valoir efficacement son point de vue en procédure (ATF 143 V 71 c. 4.1).

**3.2.2** Le SMR des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure est un service interne à l'AI, mis en place par les Offices AI de ces trois cantons. Il est composé de différents médecins, généralistes et spécialistes (art. 48 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) qui ont pour mission de fournir aux collaborateurs des trois offices des appréciations médicales qui leur permettent de mener à bien l'instruction des demandes de prestations déposées par les personnes assurées, avant le prononcé d'une décision par l'Office AI. A cette fin, ces spécialistes examinent les conditions médicales du droit aux prestations, procèdent au besoin à des examens médicaux et conseillent les Offices AI sur les questions médicales. En raison du caractère interne à l'AI de ses appréciations médicales – qui découle tant de la teneur du texte légal que des mandats qui lui sont confiés (art. 49 RAI), il n'existe pas un droit de l'assurée à formuler des questions à l'intention du SMR, dont la prise de position (interne) est intégrée dans le processus de décision. Quant à l'art. 44 LPGA, qui prévoit, à la demande des assurés, la récusation d'experts et la possibilité de présenter des contre-propositions, il ne s'applique que lorsque l'AI recourt aux services d'un expert indépendant, ce qui n'est manifestement pas le cas en l'espèce (ATF 136 V 117 c. 3.3.2.3). Son droit d'être entendue n'a donc pas été violé, pas non plus sous cet aspect. Il est vrai en revanche qu'en dépit de deux requêtes dans ce sens (dos. AI 66/2 [e-mail du 14 mars 2016] et 79/1 [observations du 18 juillet 2016]), l'assurée (alors pas encore représentée) n'a pas obtenu le(s) rapport(s) du SMR, donc l'accès à son dossier. Si l'Office AI avait des raisons de ne pas transmettre directement ces données médicales à l'assurée, il devait l'informer et organiser une consultation des pièces requises, par exemple par l'intermédiaire d'un des médecins traitants. Ces documents ne semblent avoir été fournis qu'au stade de la décision (c. 3.1.2). Sur ce point, le droit d'être entendue de la recourante a été violé, ce qui peut, selon l'issue du recours, influencer la répartition des frais et dépens.

#### **4.**

**4.1** Se fondant principalement sur le rapport médical du 7 mars 2016 de la médecin psychiatre du SMR, l'intimé, dans sa décision du 25 octobre 2016, a estimé que l'incapacité de gain de l'assurée était due de manière prépondérante à sa toxicodépendance et que, dès lors, à défaut de l'existence d'une invalidité au sens prescrit par la loi, l'assurée ne remplissait pas les conditions légales à l'obtention de prestations de l'AI.

**4.2** La recourante, quant à elle, conteste la valeur probante du rapport médical du 7 mars 2016 de la psychiatre du SMR, en invoquant des vices tant formels (grief quant à la langue [allemande] dans laquelle l'examen médical s'est déroulé et les rapports médicaux du SMR rédigés) que matériels (conclusions de la médecin du SMR en contradiction avec celles de l'expert psychiatre mandaté par l'assureur perte de gain de l'assurée et des médecins traitants, qui attestent qu'elle souffrirait bien d'une pathologie psychique invalidante).

#### **5.**

En l'espèce, le dossier permet de constater les évaluations médicales suivantes.

**5.1** Les avis médicaux des médecins de la clinique où l'assurée a séjourné de manière stationnaire, du 28 octobre au 17 novembre 2014, ont mis en évidence une anxiété généralisée (F41.1 selon la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), un trouble panique (F41.0), un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool (F10.1), statut actuel de post sevrage depuis septembre 2014. Si le corps médical ayant soigné l'assurée a fait état, lors de son admission, d'une patiente soumise à des crises d'angoisse (sensations d'étouffement, cœur battant la chamade, transpirations excessives) et éprouvant des difficultés à assumer ses

tâches au quotidien, au terme de l'hospitalisation, les thérapeutes de la recourante ont relevé une amélioration de la symptomatique anxieuse et dépressive. Le corps médical ayant suivi l'assurée dès son retour à domicile et jusqu'en avril 2015 a réitéré, dans un rapport du 20 juillet 2015, la présence d'une d'anxiété généralisée et d'un épisode dépressif. Considérant que les symptômes en liaison avec les diagnostics retenus se manifestaient par de la désorganisation, une perte de motivation et d'énergie, il a mentionné une incapacité totale de travailler depuis le 18 avril 2014, en émettant un pronostic réservé pour l'avenir sur le plan psychique.

**5.2** Dans son avis médical du 12 mai 2015, fondé sur le dernier examen clinique du 4 mai 2015, le généraliste traitant de la recourante a mentionné, sur le plan somatique, un syndrome cervico-brachial C6 gauche traité conservativement et n'induisant, à ses yeux, pas de restriction. Sous l'angle psychique, il a fait part de l'existence d'un syndrome dépressif et anxieux et de troubles paniques générant des manifestations somatiques. Sur la base des plaintes subjectives de sa patiente, il a relevé une diminution de l'élan vital, une perte d'énergie et des angoisses survenant, selon lui, dès qu'une modification des circonstances dans l'environnement de la recourante survient. Ce généraliste n'a pas chiffré la capacité de travail de sa patiente, s'en remettant à l'avis de ses confrères pour cette question-là.

**5.3** L'assureur perte de gain de la recourante a sollicité l'établissement d'une expertise sur le plan psychiatrique, dont les conclusions ont été consignées dans un rapport du 13 juillet 2015.

L'expert psychiatre, qui a examiné la recourante le 10 juillet 2015, a retenu, comme pathologie ayant des répercussions sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) et des autres troubles anxieux mixtes (F41.3). Sous l'angle psychiatrique, il a estimé, au moment de la rédaction de ses conclusions (juillet 2015), que l'incapacité de travail de l'assurée était totale. Il l'a également associée à un pronostic défavorable, à courte et moyenne échéance, et d'incertain à longue échéance. Afin de recouvrer éventuellement chez l'assurée, malgré ces éléments défavorables, une possible capacité de travail, l'expert psychiatre a préconisé de réajuster les traitements médicamenteux, par la

modification des classes de médicaments administrés. Au terme de cet essai psycho-pharmaceutique, et en l'absence d'incidences (positives) sur l'état de santé de l'assurée, l'expert est d'avis qu'une incapacité de travail de longue durée devra être confirmée.

**5.4** Du 25 août au 25 septembre 2015, l'assurée a effectué un séjour stationnaire dans une unité psychiatrique spécialisée, qui s'est achevé par un sevrage et la mise en place de stratégies, notamment afin d'éviter des comportements d'évitement. Une bonne tolérance à une nouvelle médication a également été mentionnée. Afin de consolider ces acquis (abstinence, amélioration de la symptomatologie anxio-dépressive), une réadaptation psychosomatique stationnaire dans la clinique où l'assurée avait déjà séjourné en 2014 a été mise en place du 2 au 22 novembre 2015, réadaptation dont les effets ont été qualifiés de bénéfiques par le corps médical (aucune tentation de consommer de l'alcool, gestion progressive de l'anxiété par la pratique du sport). Les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et d'anxiété généralisée (F41.1) ont été retenus. En complément à ces avis médicaux, la recourante a notamment fait parvenir au TA, le 29 novembre 2016, deux rapports médicaux des spécialistes l'ayant soignée durant ses séjours stationnaires. Il y a été précisé que l'assurée était dans l'incapacité totale de travailler (PJ 3 et 4 dos. recourante). Bien que postérieurs à la décision contestée, ces avis médicaux peuvent être pris en compte dans le présent jugement, car ils se réfèrent à la situation médicale telle qu'elle se présentait au cours de la procédure devant l'intimé (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4).

**5.5** Après avoir procédé à un examen personnel de la recourante, le 1<sup>er</sup> mars 2016, la psychiatre du SMR, dans son rapport du 7 mars 2016, a retenu comme diagnostic ayant des effets sur la capacité de travail, des autres troubles anxieux mixtes (F41.2). Sans effets sur la capacité de travail, elle a mentionné une dépendance secondaire à l'alcool et aux benzodiazépines, tout en précisant que l'assurée était abstinente (à l'alcool) et que sa consommation de benzodiazépines n'était pas abusive (des analyses de laboratoire ont été effectuées). Le médecin du SMR a évalué, dès fin novembre 2015 (voire au plus tard en mars 2016) à hauteur

de (40% à) 50% la capacité de travail de l'assurée dans la profession exercée (soit le taux fixé avant l'incapacité), mais avec un rendement fluctuant dans un premier temps, pour atteindre, au terme d'une durée de six mois, un pensum de (40% à) 50% (sans perte de rendement) si la recourante reste abstinente à l'alcool, s'affranchit de sa dépendance aux benzodiazépines et poursuit ses thérapies visant à vaincre ses angoisses. Selon la spécialiste du SMR, il n'existe aucune restriction dans les tâches ménagères et la gestion des affaires personnelles. Sur nouvelle interpellation de l'Office AI après le refus du droit à des mesures professionnelles, la psychiatre du SMR, en rappelant en substance ses précédentes constatations, dans un rapport subséquent du 21 juin 2016, a modifié ses conclusions dans le sens qu'au vu des résultats obtenus à fin 2015 lors du séjour en clinique, sans alcool, il ne subsiste plus d'atteinte psychiatrique à la santé entraînant une incapacité de travail.

**5.6** Quant à l'avis médical daté du 24 janvier 2017 (reçu le 30 janvier 2017 par le TA) émanant du psychiatre exerçant dans la clinique où la recourante a à nouveau séjourné en janvier 2017, il ne saurait être pris en considération dans la mesure où il se rapporte à un état de fait subséquent (hospitalisation de la recourante le 9 janvier 2017) à la décision querellée (octobre 2016). Il concerne donc une période se situant au-delà de celle visée par l'objet de la contestation.

## **6.**

**6.1** Les rapports du SMR (art. 49 RAI) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; TF 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du

SMR, pour autant qu'ils satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires (TF 9C\_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2). Si toutefois un cas d'assurance devait être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée, il convient alors de poser des exigences sévères en matière d'appréciation des preuves. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée doivent également être pris en considération. Si les conclusions des constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3a/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 c. 4.4 - 4.6). Dans l'examen de la force probante, est avant tout déterminant le fait que l'expertise soit complète au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (TF 8C\_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C\_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

**6.2** Dans l'examen de la force probante du rapport du SMR du 7 mars 2016, et sur le plan formel tout d'abord, il convient d'emblée de rejeter la critique d'ordre linguistique invoquée par la recourante. Concernant tout d'abord la langue usitée lors du déroulement de l'expertise, contrairement aux allégations de l'assurée (recours, let. C p. 6), il appert que l'examen médical a eu lieu en langue française, en présence d'un interprète, ainsi que l'atteste la mention expresse en ce sens opérée par la psychiatre du SMR (dos. AI 61/2). Le fait que cette spécialiste est de langue maternelle allemande et, partant, a rédigé son rapport en allemand, ne suffit pas à en déduire qu'elle n'a pas ou mal compris l'assurée. Il n'existe en effet aucun élément permettant de supposer que ce rapport contient des imprécisions dues à des difficultés de compréhension linguistique. Les connaissances de français de cette spécialiste en psychiatrie n'ont d'ailleurs fait l'objet d'aucune contestation de la part de la recourante, que ce soit durant le déroulement de l'examen médical, ou encore immédiatement après que celui-ci eut été effectué (dos. AI 66/1-2; les griefs linguistiques ne sont

intervenues qu'au stade de la procédure du recours, alors que l'assurée était représentée par un avocat). Il apparaît, de plus, que le médecin du SMR, avec ou sans l'aide d'un traducteur, a correctement compris ce qui avait été dit en français, comme l'atteste son rapport d'anamnèse très détaillé et les événements qu'elle a retranscrits sur la base des indications subjectives de la recourante (comme certains détails rapportés sur la relation de la fille cadette de l'assurée avec son grand-père paternel ou encore que cette jeune fille vit désormais avec son papa, dos. AI 61/3). Le TA relève également que les préoccupations cardiaques de la recourante (dont la synthèse médicale avait été rédigée le 12 janvier 2016 en français) et non détaillées jusque-là, ont été prises en considération, ces éléments ne faisant que renforcer le fait que le psychiatre du SMR maîtrise cette langue. Il s'ensuit que l'intéressée ne peut faire grief à l'intimé du contexte linguistique dans lequel s'est déroulé l'examen du SMR. Par son propre comportement, l'assurée a laissé entendre qu'elle s'était accommodée des conditions du déroulement de l'examen médical et son grief relatif à la langue de l'expertise, invoqué pour la première fois au stade du recours devant le TA, apparaît, de toute évidence, comme tardif.

Quant au fait que le rapport (interne) de la médecin du SMR ait été rédigé en allemand, cet élément ne saurait remettre en doute sa valeur probante, d'autant moins que la recourante est représentée en procédure de recours par un mandataire professionnel maîtrisant l'allemand. Il apparaît en effet, au vu de la formulation du recours, que le mandataire de l'assurée a très bien compris le contenu du rapport médical du SMR. Il n'a à tout le moins pas requis de traduction des documents médicaux rédigés en allemand aux fins de confirmer, voir compléter son recours. Il serait dès lors, dans tous les cas, contraire au principe d'économie de procédure d'annuler la décision contestée et de renvoyer la cause à l'intimé en vue de la traduction ou la rédaction d'un nouveau rapport médical en français. Cela étant, il faut retenir que l'intimé n'a pas violé la garantie constitutionnelle de la non-discrimination du fait de la langue et de la liberté de la langue (art. 8 al. 2 et 18 Cst.) en ne veillant pas d'office, sans que l'assurée ou son mandataire le lui demande, à ce que les avis de son SMR figurant au dossier soient rédigés (ou traduits) en français (par analogie quant au

respect de la langue de l'assuré; s'agissant des rapports médicaux internes de la Suva: TF 8C\_90/2014 du 19 décembre 2014 c. 2.2).

**6.3** Pour le surplus, et toujours sur le plan formel, le rapport du SMR du 7 mars 2016 satisfait aux exigences jurisprudentielles (cf. c. 2.5). De plus, la médecin du SMR a rédigé ses conclusions détaillées sur la base d'un examen personnel de l'assurée, qui a duré près de deux heures. Son analyse comporte une anamnèse sur les plans personnel, social et professionnel. Les avis médicaux antérieurs des psychiatres traitants de la recourante et de l'expert en psychiatrie ont été énumérés et pris en considération, démontrant une étude approfondie et consciencieuse du dossier. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions de cette spécialiste sont motivées. Quant à ses qualifications médicales, dès lors que sa spécialisation relève de la psychiatrie et que les pathologies (potentiellement) invalidantes ont trait à cette branche de la médecine, elles sont également avérées.

#### **6.4**

**6.4.1** Matériellement, la médecin du SMR a exclu toute symptomatique dépressive déterminante du point de vue de l'AI, retenant comme pathologie, ayant des effets sur la capacité de travail (uniquement) d'autres troubles anxieux mixtes (F41.3). Sans répercussions sur la capacité de travail, elle a mentionné une dépendance secondaire à l'alcool et aux benzodiazépines (état d'abstinence à l'alcool et de consommation d'anxiolytiques dans les normes selon les résultats de laboratoire). S'il apparaît, de prime abord, que le diagnostic d'autres troubles anxieux mixtes s'accorde avec les conclusions de l'expert en psychiatrie, il n'en demeure pas moins que l'avis de la médecin du SMR, qui exclut toute (autre) pathologie psychique potentiellement invalidante, se distancie diamétralement de l'avis de l'expert psychiatre et des psychiatres traitants de l'assurée, qui retiennent de manière concordante la présence d'une pathologie autonome de nature dépressive chez l'assurée.

**6.4.2** Le TA ne saurait se rallier aux conclusions de la médecin du SMR au vu de ce qui suit.

Tout d'abord, la psychiatre du SMR mentionne que la bibliographie de l'assurée, jusqu'en 2013, ne met en lumière aucune vulnérabilité, voire même un éventuel besoin de suivi psychiatrique (dos. AI 61/7), alors que les différentes anamnèses dressées au cours de la procédure AI laissent inférer des difficultés psychiques dès bien avant 2013 (notamment dos. AI 10.2/5, 28.2/12, 41/2) et persistantes. Plus précisément, selon l'expert en psychiatrie, il apparaît que la recourante, en raison de difficultés dans son couple, a (déjà) suivi une psychothérapie depuis 1995 pendant quatre ans à raison de consultations régulières (ces dernières s'étant par la suite espacées jusqu'à la fin de l'année 2005). S'il est vrai que la thérapie amorcée en 1995 n'a pas nécessité un complément médicamenteux, il apparaît néanmoins qu'une médication ciblée a dû être introduite dès mars 2011, parallèlement à un suivi ambulatoire régulier (consultation toutes les deux semaines, puis toutes les semaines dès septembre 2013), par un spécialiste exerçant dans une unité psychiatrique spécialisée. Il est avéré, également, qu'en sus de l'expert psychiatre (qui a retenu un épisode dépressif moyen, cf. 5.3), tous les médecins ayant soigné la recourante (lors de ses séjours hospitaliers stationnaires, ou lors de consultations spécialisées) ont, de manière unanime et constante, attesté la présence d'une pathologie psychique de nature dépressive bien ancrée (l'expert parle de chronicisation, dos. AI 28.2/15), en présence d'un abaissement de l'humeur, d'une baisse importante d'énergie et d'une réduction d'activité flagrante chez la recourante, ainsi que l'attestent les locutions utilisées de trouble dépressif récurrent épisode moyen (c. 5.1 et 5.4), et de syndrome dépressif (c. 5.2). Il apparaît également que, quelques mois avant l'examen médical (1<sup>er</sup> mars 2016) effectué par la médecin du SMR, la recourante a vu son état de santé se péjorer (état anxio-dépressif en aggravation), nécessitant, à bref intervalle, deux séjours stationnaires de plusieurs semaines en septembre et novembre 2015. Or, depuis lors, et jusqu'à la date de l'examen médical par la médecin du SMR, aucun document médical versé au dossier AI ne décrit la consolidation de la bonne évolution médicale amorcée durant les derniers séjours stationnaires de la recourante (2015). De plus, l'expert avait déjà relevé que tout équilibre apparemment recouvré chez l'assurée était précaire (dos. AI 28.2/15).

Dans ces conditions, le raisonnement de la médecin du SMR, qui retient, en mars 2016, des symptômes de nature dépressive uniquement en tant qu'effets secondaires liés aux fluctuations entre consommation et sevrage de benzodiazépines (alors qu'au moment de l'examen il est question d'un dosage non abusif selon les analyses de laboratoire) ou, épisodiquement, d'alcool (alors que les analyses mettent également en lumière un état d'abstinence) ne saurait convaincre. Il n'apparaît également pas cohérent dès lors que, dans son complément de rapport de juin 2016, la spécialiste du SMR arrive à la conclusion de l'existence de difficultés psychiques et d'une capacité de travail altérée, principalement en raison d'une consommation excessive d'alcool, l'éventuelle ingestion abusive de médicaments semblant reléguée en arrière-plan, voire même inexistante (*dass ohne Alkohol kein weiterer psychiatrischer Gesundheitsschaden mit Arbeitsunfähigkeit besteht*, dos. AI 76/3). Egalement la négation de toute pathologie dépressive chez l'assurée ne convainc pas (notamment pas pour la période antérieure à l'examen du SMR) si l'on considère que cette médecin elle-même reconnaît que, grâce à des stratégies de détente, la dépression de l'assurée est en complète rémission (*Depression voll remittiert*, dos. AI 61/8 *in fine*). En sus du fait que la psychiatre du SMR réfute, sans nuance, toute pathologie dépressive (primaire) autonome, le TA relève que les explications qu'elle livre sur l'origine de la fragilité psychique de l'assurée ne se concilient pas avec le contexte qui ressort de l'ensemble du dossier. Il apparaît en effet que cette médecin est la seule à considérer que cette fragilité est récente, puisqu'apparue, selon elle, au moment où la recourante a appris, en 2013, les possibles abus sexuels dont sa fille cadette aurait été victime, alors que les autres spécialistes unanimes ont fait état d'une pathologie psychique soignée et ancrée dès 2010 (au plus tard), dans le contexte de la charge de l'éducation des enfants, de la situation professionnelle la confrontant à son ex-mari et ex-beau père et de problèmes de couple avec un nouveau partenaire. Au vu de ces éléments, l'on ne saurait définitivement considérer, et contrairement à l'avis de la psychiatre du SMR, que la fragilité psychique de la recourante est récente et peu ancrée. Elle ne saurait également être ramenée à la seule question des relations incestueuses apparemment subies par la fille de l'assurée avec un proche parent (2013), même s'il paraît évident qu'une telle situation n'a fait qu'éprouver (encore davantage) une assurée déjà

fragilisée depuis bien longtemps. Les psychiatres traitants et l'expert admettent du reste une détérioration dès 2013.

Enfin, sous l'angle de la capacité de travail, ni l'évaluation du 7 mars 2016, ni sa correction le 21 juin 2016 ne résistent à l'examen. Le pensum exigible retenu, dès fin novembre 2015 (ou au plus tard mars 2016) dans la première évaluation du SMR, à hauteur de 50% dans l'emploi exercé, moyennant un rendement réduit (non chiffré), pour atteindre, au terme d'une durée de six mois, 50% sans perte de rendement (moyennant une abstinence à l'alcool et aux benzodiazépines), manque de cohérence sur plus d'un point. Tout d'abord, la date arrêtée, à savoir fin novembre 2015, ne peut que surprendre si l'on prend en considération le fait que l'assurée a effectué, en septembre et en novembre 2015, deux séjours hospitaliers stationnaires de plusieurs semaines, dont le dernier s'est achevé le 22 novembre 2015. Ensuite, il est patent que le pensum retenu par la psychiatre du SMR est en contradiction flagrante avec les conclusions de l'expert. Si celle-là fait dépendre la capacité de travail de l'assurée principalement d'une abstinence (à l'alcool et aux médicaments), l'expert psychiatre, quant à lui, a considéré, en juillet 2015, que la recourante était dans l'incapacité totale de travailler, en raison de symptômes d'un épisode dépressif moyen et de troubles anxieux mixtes, dont il qualifie le pronostic de défavorable. Egalement le manque de cohérence des propos de la psychiatre du SMR doit être relevé dans ce contexte. Alors que cette dernière développe une argumentation fournie, fondée sur le fait que la consommation, puis les intervalles de sevrage d'alcool et de benzodiazépines génèrent des angoisses (croissantes), elle semble également admettre, et de manière contradictoire, que la dépendance de l'assurée aux benzodiazépines (et parfois l'alcool) est d'ordre secondaire (diagnostic de "*sekundäre Alkohol- und Benzodiazepineabhängigkeit*", dos. AI 61/7), autrement dit, qu'elle résulte d'une pathologie primaire, alors qu'elle en nie l'existence. Il ne paraît en effet pas logique de retenir une addiction secondaire (alcool et médicaments) et de nier le caractère maladif de l'affection à l'origine de cette dépendance, d'autant moins lorsqu'il est avéré et admis, par les autres médecins impliqués, que la consommation délibérée d'alcool ou de benzodiazépines a lieu, chez l'assurée, pour supporter les effets pénibles d'une ou de plusieurs

pathologies primaires (de nature dépressive et anxieuse). Quant à l'estimation corrigée du 21 juin 2016, prétendument basée sur des résultats obtenus en clinique que la spécialiste du SMR connaissait déjà lors de sa première évaluation, elle représente une conclusion tellement peu différenciée qu'elle est inutilisable. Cette conclusion ne discute en rien l'absence de caractère invalidant par rapport au profil restrictif décrit dans le précédent rapport en se focalisant sur la seule abstinence alcoolique, sans plus mentionner la benzodiazépine. En outre, il ne précise en rien sa validité temporelle, ce qui ne permet pas de reconstituer les éventuelles fluctuations de la capacité de travail de la recourante d'octobre 2015 au 25 octobre 2016, période couverte par l'objet de la contestation au cours de laquelle un droit à une rente pourrait exister (art. 28 al. 1 let. b et c et 29 al. 1 LAI).

Tant au vu des diagnostics retenus que dans l'appréciation de la capacité de travail, l'on ne saurait donc suivre le raisonnement de la psychiatre du SMR exposé dans ses rapports des 7 mars et 21 juin 2016. Ces avis du SMR ne sauraient l'emporter sur les évaluations des médecins traitants et de l'expert mandaté par l'assurance perte de gain. Partant, c'est à tort que l'intimé s'est fondé sur la dernière conclusion du SMR (qu'il a sollicitée avec insistance) pour nier à l'assurée son droit à toute prestation AI.

## 7.

Par ailleurs, il apparaît également évident que les autres documents médicaux au dossier ne fournissent pas d'informations suffisantes pour se prononcer sur l'éventuel droit de l'assurée à des prestations AI.

**7.1** Quand bien même l'expertise psychiatrique du 13 juillet 2015 apparaît conforme au mandat dont elle découle, elle se détermine uniquement sur la capacité de travail de l'assurée au moment où elle a été réalisée (et selon un pronostic sur six mois) et ce, en fonction des prestations de l'assurance perte de gain maladie et non de celles (visant l'incapacité de gain durable – et non l'incapacité de travail) de l'AI. Les réponses de l'expert ne permettent en aucun cas de se faire une idée de l'évolution et des fluctuations de la capacité de travail pendant la période

couverte par la décision rendue par l'Office AI le 25 octobre 2016, ni sur le caractère invalidant des troubles dépressifs et anxieux diagnostiqués, qui selon la jurisprudence actuelle nécessitent un examen selon une grille d'évaluation structurée.

**7.2** Quant aux avis des médecins traitants ou ayant soigné l'assurée lors de ses hospitalisations, ils ne se prononcent que très peu ou très succinctement sur la capacité de travail en la niant totalement, à tout le moins pour la durée des traitements stationnaires, voire au long cours, mais sans expliquer l'origine de ces appréciations.

**7.3** Eu égard à l'absence d'évaluation médicale utilisable ciblée sur l'objet de la présente contestation en matière d'AI, il se justifie d'annuler la décision contestée et de renvoyer le dossier à l'Office AI en vue d'une instruction médicale complémentaire, par la mise sur pied d'une expertise psychiatrique, après actualisation des rapports des médecins traitants (plans somatique et psychique). Une fois en possession de ces nouvelles données médicales, l'intimé déterminera l'incapacité de gain de l'assurée et ses éventuelles fluctuations. Il tiendra compte des deux arrêts de principe du TF du 30 novembre 2017 (TF 8C\_841/2016 et 8C\_130/2017), qui étendent désormais le contrôle des indicateurs de la jurisprudence des troubles somatoformes douloureux ("jurisprudence des douleurs", ATF 141 V 281) à l'ensemble des souffrances psychiques. Il veillera aussi à investiguer le statut de l'assurée et, le cas échéant, ses empêchements dans ses travaux habituels. Fort du résultat de ces investigations, après avoir déterminé le degré d'invalidité et ses éventuelles variations, l'intimé rendra une nouvelle décision susceptible de recours quant au droit à des prestations AI. En l'occurrence, le renvoi à l'Office AI pour instruction complémentaire se justifie pleinement, dès lors qu'il touche à des questions qui n'ont pas du tout été investiguées par l'assureur social. Les conclusions du recours le requièrent du reste (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4).

## **8.**

**8.1** Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre le recours et d'annuler la décision de refus de prestations AI de l'intimé datée du

26 octobre 2016, ainsi que de renvoyer le dossier à l'Office AI afin qu'il opère une instruction complémentaire au sens des considérants, puis rende une nouvelle décision. Vu l'issue du recours, la question d'une influence partielle de la violation du droit d'être entendue de la recourante sur la répartition des frais et dépens (c. 3.2.2) ne se pose pas.

**8.2** 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. Les frais de procédure, fixés à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI, qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

**8.3** Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant des prestations 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 132 V 215 c. 6.2). Assistée d'un avocat agissant à titre professionnel, la recourante a donc droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA. Ceux-ci, après examen des notes d'honoraires du 10 mars 2017 du mandataire de la recourante, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, sont fixés à un montant de Fr. 3'796.55 (honoraires de Fr. 3'666.60, débours de Fr. 67.10 [en 2016 et 2017]) et TVA (Fr. 0.- en 2016, Fr. 52.45 en 2017 [8% x Fr. 655.50], Fr. 10.40 en 2018 [7,7% Fr. 135.-]).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis et la décision contestée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. L'Office AI versera à la recourante la somme de Fr. 3'796.55 (débours et TVA compris) au titre de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - au mandataire de la recourante,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales,
  - à [...].

La présidente:

La greffière:

**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).