

200.2016.1257.AI

BEP/BEJ

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

Jugement du 29 janvier 2018

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
Ph. Berberat, greffier



A. _____
représenté par Me B. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 16 novembre 2016

En fait:

A.

A._____, née en 1967, réside en Suisse depuis 1997 et a occupé divers emplois. En 2002 et 2003, elle a entrepris une formation d'aide-soignante tout en travaillant dans un hôpital jusqu'en 2005. Par la suite, elle a travaillé successivement dans trois établissements médico-sociaux jusqu'au 30 novembre 2008. Elle n'a plus exercé d'activité lucrative depuis lors. Elle a consulté pour la première fois un service médical psychiatrique le 29 novembre 1999 pour une dépression réactionnelle consécutive à des douleurs abdominales persistantes, ainsi qu'à un accident subi par sa fille. Elle a été régulièrement suivie par le service en question et a également été hospitalisée à six reprises, de mars 2007 à avril/mai 2012.

Le 14 décembre 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), requérant l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle ou d'une rente et indiquant qu'elle était atteinte de migraines, fibromyalgie, dépression et insomnies. Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'Office AI Berne a recueilli des renseignements professionnels et médicaux auprès des derniers employeurs, du médecin et du psychiatre traitants de l'assurée ainsi que du service social compétent, puis organisé une expertise médicale pluridisciplinaire auprès d'un centre spécialisé (C._____), qui a été rédigée le 1^{er} novembre 2011. Sur cette base, malgré les objections présentées le 13 mars 2012 par l'assurée, l'Office AI Berne, après avoir encore sollicité une prise de position du 26 juin 2012 de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), a prononcé par décision du 17 août 2012 un refus de prestations en considérant que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante, entérinant ainsi sa préorientation du 1^{er} mars 2012.

Par jugement du 30 mars 2013 (JTA AI/2012/903), la Cour des affaires de langue française du Tribunal administratif (TA) a admis le recours interjeté par l'assurée, représentée par un avocat, contre la décision précitée du 17 août 2012. Considérant qu'il y avait lieu de se rallier aux conclusions de

l'expertise médicale du 1^{er} novembre 2011, selon lesquelles la recourante était atteinte de troubles psychiques ayant une influence sur sa capacité de travail, la Cour a renvoyé la cause à l'Office AI Berne en vue de procéder à un stage d'observation professionnelle pour évaluer concrètement l'activité et le rendement encore exigibles de la part de la recourante et de rendre une nouvelle décision quant à son droit à des prestations de l'AI.

B.

Saisi à nouveau du dossier, l'Office AI Berne a repris l'instruction de la demande, recueillant de nouveaux rapports auprès de la psychiatre traitant la recourante, organisant un stage d'observation professionnelle dans une institution spécialisée du 4 novembre 2013 au 9 février 2014, puis, sur recommandation du SMR, une expertise produite le 15 mai 2015 par le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Après trois autres prises de position des 3 décembre 2015, 6 janvier et 12 avril 2016 du SMR, l'Office AI Berne a encore procédé à une enquête à domicile sur le ménage de la recourante, qui a eu lieu le 18 mai 2016 et dont le rapport a été rédigé en date du 27 septembre 2016. A l'issue de ces mesures d'instruction, l'Office AI Berne a informé l'assurée dans une préorientation du 29 septembre 2016 qu'il entendait à nouveau rejeter sa demande. Nonobstant les objections formulées par le mandataire de l'assurée le 25 octobre 2016, l'Office AI Berne, par décision du 16 novembre 2016, a confirmé son refus d'allouer des prestations de l'AI à l'assurée.

C.

Par acte du 16 décembre 2016, l'assurée, toujours représentée par le même avocat, a recouru contre cette décision auprès du TA. Sous suite des frais et dépens, elle conclut à son annulation, principalement à l'octroi, au minimum, d'une demi-rente d'invalidité, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé afin qu'il procède à une instruction complémentaire et rende une nouvelle décision sur le fond. Elle requiert également le bénéfice

de l'assistance judiciaire totale, pour les frais de procédure ainsi que la désignation de son mandataire en tant qu'avocat d'office.

Dans son mémoire de réponse du 19 janvier 2017, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours.

Le 30 janvier 2017, le mandataire de la recourante a produit sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 16 novembre 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de la recourante aux prestations de l'AI. Au vu des conclusions et des motifs du recours, l'objet du litige porte sur l'octroi à la recourante d'au moins une demi-rente d'invalidité, subsidiairement sur le renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sont particulièrement critiqués, principalement le fait que l'intimé se soit éloigné des conclusions de l'expertise psychiatrique et des résultats du stage d'observation professionnelle, qu'il avait lui-même organisés, mais aussi les conclusions de l'enquête sur le ménage de la recourante, notamment le statut mixte retenu par l'enquêtrice à raison de 85% d'activité lucrative et 15% d'activité ménagère.

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 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 (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de l'existence 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).

2.2 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). 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 2014 IV n° 2 c. 3.1). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, pourrait encore exercer une activité sur le marché du travail qui lui est offert 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). 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 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 2014 IV n° 2 c. 3.1, 2016 IV n° 2 c. 4.2).

Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 141 V 281 c. 2.1).

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 et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). 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).

2.4 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). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (voir l'art. 16 LPGGA).

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).

2.5 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 (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106

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 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 213 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a). Les expertises recueillies par les assureurs en procédure administrative auprès de médecins spécialistes externes, réalisées sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, en pleine connaissance du dossier et qui aboutissent à des résultats convaincants, revêtent une pleine valeur probante, tant qu'il n'existe pas d'indices concrets contre leur fiabilité (ATF 125 V 351 c. 3b/bb; SVR 2016 IV n° 2 c. 4.1). Pour autant que les rapports du SMR 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, ils ont une valeur probante comparable à celles d'autres expertises (SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2).

2.6 L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 138 V 218 c. 6). Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1).

3.

3.1 A l'appui de la décision contestée du 16 novembre 2016, l'Office AI Berne a considéré que le diagnostic de trouble de l'humeur persistant sans précision (ch. F34.9 CIM-10), retenu par l'expert psychiatre dans son expertise du 15 mai 2015, ne représentait pas une atteinte à la santé à caractère invalidant, tout comme tous les diagnostics figurant dans le chapitre F34 de la CIM-10. Dans son mémoire de réponse du 19 janvier 2017, l'intimé se réfère également aux trois prises de position de son SMR des 3 décembre 2015, 6 janvier et 12 avril 2016 selon lesquelles une thérapie psychiatrique dans une clinique de jour pourrait conduire à une éventuelle amélioration. En outre, dans son mémoire de réponse du 19 janvier 2017, l'intimé estime que le rapport d'enquête sur le ménage du 27 septembre 2016, qui nie toute invalidité de la recourante, a une entière valeur probante. Enfin, il considère que le rapport final du 4 février 2014 de l'institution chargée du stage d'observation professionnelle ne permet pas de conclure à une incapacité de travail de la recourante, car celle-ci ne se serait guère montrée motivée lors de cette mesure, et les résultats recueillis dans le cadre des entraînements pratiques au travail ne représenteraient pas des critères objectifs pouvant servir à évaluer l'invalidité de douleurs confuses, étant donné que ces dernières pourraient même être dirigées de façon subjective par des assurés qui apparaissent motivés à première vue.

3.2 Pour sa part, la recourante expose l'évolution de sa situation professionnelle et de son état de santé, se référant notamment à l'expertise pluridisciplinaire du 1^{er} novembre 2011, dont les conclusions ont fondé le jugement précité du 30 mai 2013 de la Cour de céans (JTA AI/2012/903). En substance, elle fait valoir les conclusions du rapport final du 4 février 2014 de l'institution chargée du stage d'observation professionnelle qu'elle a effectué et celles de l'expertise psychiatrique du 15 mai 2015, qui prouveraient selon elle qu'elle n'a pas les ressources nécessaires pour exercer une activité professionnelle, l'expert psychiatre déclarant notamment qu'elle souffre d'une dépression chronique persistante qui est à l'origine d'une incapacité de travail totale depuis la fin du mois de novembre 2008. Elle souligne aussi que cet avis est partagé par le SMR dans son

rapport daté du 3 décembre 2015, mais que celui-ci avait fait volte-face dans sa note au dossier du 6 janvier 2016 en indiquant qu'elle était capable de travailler, et qu'il avait de nouveau changé d'avis dans son dernier rapport du 12 avril 2016. Quant au rapport d'enquête sur le ménage, la recourante s'étonne qu'il ait été établi le 27 septembre 2016 seulement, alors que la visite de l'enquêtrice à son domicile datait du 18 mai 2016. Elle conteste que cette dernière ait pris en considération un taux d'activité professionnelle de 85% et une activité ménagère de 15%, alors qu'elle-même avait toujours déclaré avoir souhaité exercer une activité professionnelle à plein temps avant de tomber malade.

4.

4.1 A la suite du jugement précité de la Cour de céans du 30 mai 2013 (JTA AI/2012/903), l'intimé a organisé un stage d'observation professionnelle auprès d'un centre E. _____, prévu du 4 novembre 2013 au 9 février 2014. Dans la synthèse de leur rapport final du 4 février 2014 (dossier [dos.] AI 82), les responsables du centre ont indiqué que l'assurée a suivi une observation d'une durée de 12 semaines avec pour objectif principal de trouver des pistes professionnelles en vue du placement, qu'elle a rencontré beaucoup de difficultés pour assurer une présence journalière de 4 heures et que le taux de présence sur les 11 premières semaines était de 18%. Ils relèvent que sa problématique médicale l'empêchait de venir travailler, mais influençait aussi grandement ses performances lors des quelques activités qu'elle avait réalisées, qu'elle avait des difficultés à trouver du sens aux activités et leur avait fait part d'une grande fatigue l'empêchant d'augmenter son taux de présence. Ils précisent que la capacité d'apprentissage et les performances étaient en relation avec ses douleurs physiques et le niveau de son moral. Les responsables concluent que selon leurs observations et discussions avec l'assurée, elle n'avait pas aujourd'hui les ressources nécessaires pour assumer une dynamique professionnelle et, qu'avant de se projeter dans un futur professionnel, il était nécessaire que l'assurée puisse assumer une présence régulière et des performances constantes.

4.2 Sur recommandation d'une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR du 30 septembre 2014 (dos. AI 88), l'assurée a été soumise à une expertise psychiatrique effectuée le 13 mai 2015. Dans son rapport d'expertise y relatif du 15 mai 2015 (dos. AI 95.1), le spécialiste mandaté par l'intimé a diagnostiqué, avec influence sur la capacité de travail, un trouble de l'humeur affectif persistant sans précision (ch. F34.9 CIM-10), présent depuis la fin du mois de novembre 1999, ainsi que, sans répercussion sur la capacité de travail, une fibromyalgie (ch. M79.0 CIM-10) présente depuis 2011.

Dans son appréciation détaillée, l'expert estime notamment que les critères généraux pour la présence d'un trouble de la personnalité ne sont pas remplis et que, formellement, un tel diagnostic ne doit donc pas être posé chez la patiente, même si un seul des critères de personnalité émotionnellement labile, de type impulsif, est présent, mais sans suffire à poser un diagnostic. Il indique qu'il est possible que l'assurée présente une structure de fonctionnement intrapsychique sous-jacente de type borderline, mais que l'on ne peut pas non plus retenir le diagnostic de personnalité émotionnellement labile de type borderline sur ces bases.

S'agissant du diagnostic de trouble de l'humeur affectif persistant sans précision, qu'il retient au vu de la nature fluctuante de l'intensité de la dépression et de la chronicisation de cette affection, l'expert relate qu'un premier épisode de dépression réactionnelle avait été constaté à la fin du mois de novembre 1999, lorsque l'assurée s'était présentée à la consultation ambulatoire des services psychiatriques F. _____, prise en soins s'étant poursuivie par la suite jusqu'à la sixième hospitalisation, le 23 novembre 2011; il expose qu'au cours de cette prise en soins ambulatoire et des hospitalisations, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, ainsi que de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, avaient été posés. Il remarque que le suivi ambulatoire s'est poursuivi ensuite auprès de la psychiatre traitant l'assurée encore actuellement, qui avait posé dans un rapport du 25 septembre 2012 le diagnostic de trouble dépressif récurrent sévère à moyen avec syndrome somatique, et qui, dans un rapport ultérieur du 26 avril 2014, avait rapporté

que l'état psychique de l'assurée s'était encore sévèrement dégradé. Au moment de l'expertise, l'expert constate, d'une part, une humeur déprimée, avec une tristesse et des pleurs quasi continus, un découragement, un discours négatif, une diminution de l'élan vital, des capacités d'introspection, de mentalisation et d'élaboration quasi inexistantes, et une labilité émotionnelle importante avec passage des rires aux pleurs et vice versa. D'autre part, il relève aussi des points positifs, tels qu'une bonne orientation, pas de comportement algique ni de signes d'imprégnation par des substances psycho-actives ou de ralentissement idéomoteur, une capacité de projection dans l'avenir diminuée mais présente, l'absence d'abattement, ainsi qu'une mimique, une gestuelle et une modulation de voix conservées. Il relève néanmoins la présence d'une anhédonie (perte de la capacité à ressentir du plaisir), en ce sens qu'il n'y a guère que le fait d'être avec sa fille qui soit source d'une relative satisfaction, alors que dans le passé, le contact avec la nature, les fleurs et la bicyclette étaient des activités qualifiées d'agréables. Concernant plus particulièrement les éléments-clé de la dépression potentiellement incapacitants, l'expert indique une réduction de l'énergie avec, à l'observation clinique directe, une diminution de l'élan vital. A l'analyse du déroulement du quotidien de la patiente, il constate que, lors des périodes de mal-être accru, elle se recouche, parfois toute la journée, alors que pendant les périodes de mieux-être, si les tâches ménagères sont assumées, il n'y a globalement que peu d'activités au jour le jour. L'expert souligne aussi une perte de l'estime de soi de l'assurée et une diminution de l'aptitude à penser, avec un discours mal structuré, qui sont le fruit d'une difficulté à maintenir l'attention, de troubles de la concentration et de la mémoire.

L'expert a également pris position sur le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (ch. F45.4 CIM-10) posé dans l'expertise pluridisciplinaire du 1^{er} novembre 2011 (dos. AI 39.1). Il précise que pour retenir un tel diagnostic, il faut notamment qu'il existe une douleur persistante, intense, non entièrement expliquée par une atteinte physique et qui constitue en permanence la préoccupation essentielle de la personne, s'accompagnant d'un sentiment de détresse. Or selon lui, dans le cas de l'assurée, ces conditions ne sont pas remplies. Cependant, il évoque la présence chez la patiente d'une fibromyalgie, également

mentionnée dans l'expertise du 1^{er} novembre 2011, tout en concluant que l'évaluation des critères concernant ce diagnostic ne montre pas d'arguments suffisants pour une atteinte incapacitante.

Enfin, répondant aux questions précises posées par l'intimé quant à la capacité de travail de l'assurée, l'expert conclut que l'incapacité de travail et la diminution de rendement de celle-ci sont totales depuis la fin du mois de novembre 2008 dans toute activité lucrative, car les limitations fonctionnelles psychiques décrites se manifesteraient de la même manière et avec la même intensité quel que soit le type d'activité, même simple, itérative, comportant des automatismes, ne comportant pas de responsabilités étendues ni n'impliquant la prise de décisions importantes. L'expert ajoute encore que la prise en soins par la psychiatre traitante doit être poursuivie, ce qui permettra possiblement une réduction de la symptomatologie dépressive à longue échéance, mais qu'il est improbable que cela se traduise en une récupération d'une capacité de travail, en raison du caractère chronique de l'affection.

4.3 A trois reprises, l'Office AI Berne a invité la spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR en charge du dossier de la recourante à se prononcer sur l'expertise psychiatrique du 15 mai 2015. Dans un premier rapport du 3 décembre 2015 (dos. AI 98), la spécialiste a déclaré que l'expert avait exposé de manière compréhensible les raisons pour lesquelles les diagnostics de trouble de la personnalité et de trouble somatoforme douloureux (TSD) ne pouvaient pas être retenus chez la recourante. Elle se rallie également aux constatations de l'expert justifiant un trouble de l'humeur affectif persistant sans précision (ch. F34.9 CIM-10) et aux conclusions de celui-ci motivant l'absence de toute capacité de travail de la patiente pour quelque activité que ce soit dans le premier marché du travail. Elle estime que l'expertise est probante, car elle justifie pleinement sur le plan psychiatrique le diagnostic posé sur la base de la CIM-10, ainsi que ses répercussions fonctionnelles sur les capacités de l'assurée qui, au vu des constatations et des symptômes relevés, ont pour effet d'annihiler sa capacité de travail. Dans une note au dossier du 6 janvier 2016 (dos. AI 99), la spécialiste du SMR a résumé la situation de la recourante telle qu'elle est décrite dans l'expertise du 15 mai 2015, en

estimant que l'assurée possédait encore des ressources et que celles-ci pourraient être mises en valeur dans le cadre d'un traitement en clinique de jour. Invitée ensuite par l'intimé à répondre à la question de savoir s'il y avait lieu de s'attendre à une reprise de la capacité de travail si l'assurée se soumettait à une thérapie en clinique de jour et, si oui, après combien de temps et à quel taux, la psychiatre du SMR, dans une prise de position du 12 avril 2016 (dos. AI 101), a considéré en substance que pour le moment, on ne saurait dire, selon une vraisemblance prépondérante, si un traitement en clinique de jour serait susceptible d'apporter une amélioration.

4.4 Dans le rapport d'enquête sur le ménage du 27 septembre 2016 (dos. AI 104), qui se base sur une visite au domicile de la recourante effectuée quatre mois plus tôt, en date du 18 mai 2016, l'enquêtrice est notamment d'avis que la situation concrète ne permet pas d'admettre au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurée travaillerait à plein temps et que de ce fait, le dernier taux exercé par l'intéressée en contrat fixe doit être retenu, à savoir 85%. S'agissant de l'activité lucrative raisonnablement exigible dans des conditions d'un marché de l'emploi équilibré, l'enquêtrice relève que selon l'expertise psychiatrique du 15 mai 2015, aucune activité lucrative n'est raisonnablement exigible, et que cet avis est partagé par le SMR dans son rapport du 3 décembre 2015. L'enquêtrice termine cependant son rapport en mentionnant que le diagnostic retenu ne peut pas être considéré comme lourd et persistant selon la jurisprudence en vigueur, et qu'une telle atteinte à elle seule ne restreint pas la capacité de travail.

5.

5.1 A juste titre, l'expertise psychiatrique du 15 mai 2015, effectuée sur mandat de l'intimé, n'est pas remise en question par les parties quant au diagnostic posé et aux constatations médicales. Celle-ci, élaborée sur la base d'un entretien personnel avec l'assurée, comporte en effet une anamnèse détaillée sur les plans professionnel, familial, psychosocial et psychiatrique, et rapporte au surplus les données subjectives de

l'intéressée quant à ses plaintes, ses habitudes quotidiennes, ainsi que sa prise en charge médicamenteuse et spécialisée. Les avis des autres médecins consultés ont été très largement retranscrits dans l'expertise, démontrant une étude fouillée et consciencieuse du dossier. Le spécialiste consulté a également soigneusement consigné les constatations objectives découlant de ses propres observations ainsi que ses évaluations diagnostiques très détaillées. Le contexte médical est clairement décrit et la validité matérielle des diagnostics retenus à l'issue de ces investigations ne prête pas non plus à discussion. L'expertise psychiatrique mandatée par l'AI répond dès lors aux exigences posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (voir c. 2.4 et 2.5.1 ci-dessus).

5.2 Est en revanche litigieux le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimé s'est écarté des estimations de l'expert psychiatre aux fins d'évaluer selon ses propres critères la capacité de travail résiduelle de l'assurée. L'invalidité est une notion de nature juridique qui ne coïncide pas nécessairement avec la notion médicale de la maladie ou de l'invalidité. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne peuvent néanmoins ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales (ATF 140 V 193 c. 3.1 et 3.2 avec références).

5.3 La lecture du rapport détaillé établi par l'expert en psychiatrie révèle que ce dernier, tant sur la base de sa propre analyse pendant la durée de l'expertise que des données biographiques et anamnestiques au dossier attestant de décompensations psychiques récidivantes depuis 1999 et de traitements en milieu médical stationnaire à six reprises, a confirmé l'existence d'un trouble psychique incapacitant de longue durée. L'expert mentionne des symptômes de dépression diagnostiqués pour la première fois en novembre 1999 et durables depuis lors avec une intensité variable, ayant impliqué un suivi psychiatrique régulier. En pleine conscience du caractère invalidant, douteux au sens de l'AI, du diagnostic qu'il pose, il conclut à une incapacité de travail totale, même après avoir également pris en considération les ressources de l'assurée et les aspects positifs,

mentionnés plus haut (c. 4.2), qui seraient susceptibles de laisser tout de même entrevoir une capacité de travail résiduelle. Il confirme aussi les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 1^{er} novembre 2011, selon laquelle le début de l'incapacité de travail totale actuelle doit être daté à la fin du mois de novembre 2008, moment à partir duquel le contrat de l'assurée n'a pas été renouvelé pour des raisons psychiatriques, car il souligne qu'il n'y a aucun argument, ni anamnestique, ni à la lumière des documents médicaux au dossier, qui indiquerait que depuis lors, une capacité de travail, même partielle, ait été récupérée. L'expert conclut à un pronostic défavorable en évoquant l'absence, depuis des années, d'amélioration sur le plan psychiatrique, la chronicisation de la dépression malgré le traitement psychopharmacologique, la possible présence d'une hérédopathie ainsi que le facteur de stress constitué par les douleurs. Il parvient à cette conclusion en soulignant que la dépression chronique de la patiente est à l'origine de limitations fonctionnelles psychiques consistant en une réduction de l'énergie (degré moyen), une aboulie (perte de la volonté) partielle, une perte de l'estime de soi (marquée), une diminution de l'aptitude à penser (degré moyen), une dispersion psychique (prononcée), ainsi qu'une labilité émotionnelle (marquée). Il déclare que la nature et l'intensité de ces limitations fonctionnelles font qu'elles sont à l'origine d'une incapacité de travail totale depuis la fin du mois de novembre 2008 et que l'échec de la mesure d'observation professionnelle, qui avait été mise en place du 4 novembre 2013 au 9 février 2014, a tendance à confirmer cette conclusion.

5.4 Face à cette évaluation matériellement étayée et bien documentée, l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée que lui substitue l'intimé ne peut emporter conviction à un degré de vraisemblance prépondérante (degré de preuve déterminant en droit des assurances sociales; voir ci-dessus c. 2.6). A cet égard, l'intimé se contente en effet de nier le caractère invalidant de l'atteinte à la santé de la recourante en déclarant que tous les diagnostics figurant dans le chapitre F34 de la CIM-10 ne représentent, par principe, pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (décision contestée et ch. 15 du mémoire de réponse du 19 janvier 2017). Dans son mémoire de réponse (ch. 17) il a ajouté que l'avis émis le 6 janvier 2016 par le SMR selon lequel une thérapie psychiatrique dans une clinique de jour pourrait

conduire à une certaine amélioration renforce encore le caractère probant de son évaluation.

Il est vrai que le Tribunal fédéral (TF) a jugé qu'un caractère de maladie invalidante ne pouvait être conféré à une problématique psychique du cercle des troubles dépressifs de caractère léger ou au maximum de sévérité moyenne – qu'elle soit récurrente ou durable – que s'il est démontré qu'elle résiste au traitement (ATF 140 V 193 c. 3.3; TF 8C_489/2016 du 29 novembre 2016 c. 5.2 et références; voir aussi SVR 2016 IV n° 51 [= TF 8C_131/2016 du 14 juillet 2016] c. 5.3.1 et 52 [= TF 8C_13/2016 du 14 avril 2016] c. 4.2). Il est également vrai que selon la jurisprudence, une dysthymie (ch. F34.1 CIM-10) qui ne se manifeste pas avec un autre diagnostic, comme un trouble sévère de la personnalité par exemple, ne remplit pas les conditions légales d'une atteinte à la santé; seule, elle n'est en règle générale pas invalidante (SVR 2011 IV n° 17 c. 2.2.2). Cependant, la jurisprudence relative aux troubles dépressifs a fait l'objet d'un revirement et le critère de la résistance au traitement a été abandonné, ainsi qu'il l'avait déjà été dans un jugement rendu en 2001 (ATF 127 V 294 c. 4c) du reste (TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 c. 4.4). De même, il a été constaté que l'indication d'une intensité du diagnostic, qui peut faire partie du diagnostic lui-même (par exemple pour les troubles dépressifs légers, moyens ou graves, F32 et 33 CIM-10), n'est pas en soi décisive sur le plan juridique. En effet, le TF relève qu'un diagnostic sans information sur l'intensité de l'atteinte ne saurait exclure l'existence de répercussions fonctionnelles et, à l'inverse, un diagnostic en comprenant n'implique pas forcément des répercussions fonctionnelles marquées (TF 8C_130/2017 également du 30 novembre 2017 c. 5). Ces arrêts arrivent ainsi à la conclusion (approuvée par les deux Cours de droit social du TF) que, désormais, tous les troubles psychiques (dont le diagnostic ne revêt en général pas un caractère d'une haute objectivité, ni sous l'angle des sciences naturelles, ni sous celui des tests psychologiques) doivent être soumis, pour l'appréciation de leur caractère invalidant, aux indicateurs d'évaluation structurée applicables aux TSD et affections assimilées (dites "psychosomatiques", ce terme ayant par ailleurs été banni de la CIM-10) au sens de l'ATF 141 V 281 (TF 8C_841/2016 précité c. 4.3 et 4.5.1 et TF 8C_130/2017 précité c. 4.1.2,

7.1 et 7.2). Le TF a aussi proscrit la scission des troubles psychiques dans l'analyse de leur caractère invalidant, ce dernier devant être apprécié au vu des répercussions de l'état de santé dans sa globalité sur la capacité de travail et de gain de la personne assurée (TF 8C_130/2017 précité c. 8.1, 9C_596/2016 du 26 septembre 2017 c. 5.1).

Il s'ensuit que l'approche de l'intimé, consistant à éliminer tout d'abord les conséquences invalidantes du trouble de l'humeur affectif persistant en lui-même, en arguant du chiffre de classification (ch. F34.9 CIM-10) et du caractère encore traitable de ce dernier, puis à analyser séparément le TSD sans tenir compte de l'autre trouble psychique diagnostiqué, ne peut être confirmée. Il s'agit bien plus d'évaluer l'ensemble des répercussions de l'état de santé de l'assurée sur sa capacité de travail et ce, en procédant à une pesée structurée des indicateurs au sens de l'ATF 141 V 281. Or, c'est précisément à ce résultat qu'aboutissent les conclusions de l'expertise du 15 mai 2015.

Tout d'abord, il faut constater que même si l'ancienne jurisprudence relative aux troubles dépressifs était déterminante, l'expert mandaté par l'intimé, en décrivant la longue prise en soins des atteintes dépressives de la recourante (ambulatoire et stationnaire à six reprises depuis 1999) a spécifié sans équivoque que l'atteinte à la santé psychique constatée chez l'assurée entraînait une incapacité de travail totale depuis la fin du mois de novembre 2008, et que même si la prise en charge par sa psychiatre traitante devait être poursuivie, il était improbable que cela se traduise en une récupération d'une capacité de travail, en raison du caractère chronique de l'affection. L'intimé dans son mémoire de réponse semble s'appuyer sur l'avis de son SMR pour nier l'épuisement des possibilités thérapeutiques. Cependant, en définitive, on ne peut absolument pas déduire des trois avis successifs sollicités de la psychiatre du SMR chargée du dossier qu'elle a laissé entrevoir la moindre chance de succès d'une quelconque mesure thérapeutique. Elle a certes mentionné le 6 décembre 2016 qu'un traitement dans une structure de jour pourrait prendre en compte l'ensemble des problèmes en exploitant les ressources à disposition mais, dans son avis du 12 avril 2016, elle a précisé qu'on ne pouvait pas s'attendre, selon une vraisemblance prépondérante, à une

amélioration qui découlerait d'un tel traitement. L'Office AI Berne ne peut donc de toute façon tirer aucun argument de l'ancienne jurisprudence relative aux troubles dépressifs.

Par ailleurs, l'expert motive sa conclusion d'incapacité de travail totale durable sous deux angles distincts, parvenant au même constat dans les deux cas. D'une part, il part du diagnostic unique de trouble de l'humeur persistant sans précision (ch. F34.9 CIM-10) et, d'autre part, il évalue la possibilité d'un TSD ou d'une atteinte semblable (diagnostic posé antérieurement par certains de ses confrères) en faisant un examen de ses répercussions non seulement selon l'ancienne jurisprudence fondée sur une présomption d'exigibilité, mais aussi en mettant en balance les éléments positifs et négatifs selon les indicateurs à prendre en compte d'après la nouvelle jurisprudence développée par le TF en cas de TSD ou d'atteinte à la santé analogue, tels la précision à donner au diagnostic de l'atteinte (intensité, traitements, comorbidités), la personnalité de l'assurée et ses ressources, le contexte social et son influence sur l'atteinte et les ressources, ainsi que la cohérence des observations et, notamment, la compliance (ATF 142 V 106, 141 V 281). Il en découle donc que, quand bien même l'expert a rendu son rapport avant l'extension (arrêts du 30 novembre 2017) de la méthode d'analyse préconisée dans l'ATF 141 V 281 à tous les troubles psychiques, ses résultats sont fondés sur un raisonnement correspondant aux derniers standards jurisprudentiels. S'il est vrai qu'il a nié à la fibromyalgie (assimilée aux TSD, ATF 139 V 547 c. 2.2) le caractère de trouble ayant une répercussion sur la capacité de travail, s'il est également vrai qu'il a exclu plusieurs autres diagnostics (troubles de la personnalité de type borderline ou autre, dépression, syndrome somatoforme persistant, somatisation ou autres pathologies), il n'a pour autant pas négligé de tenir compte de l'ensemble des particularités présentées par l'assurée, certaines sous-jacentes (instabilité d'humeur, structure de fonctionnement intrapsychique de type borderline [état limite], dépression chronicisée d'une nature très fluctuante) en les comprenant dans le diagnostic de trouble de l'humeur affectif persistant, sans précision (F34.9 CIM-10). De surcroît, les conclusions de l'expertise ont été validées par la spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR, appelée par l'intimé à se prononcer, ainsi que déjà relevé, à trois reprises sur le dossier

de la recourante à l'issue de l'expertise du 15 mai 2015. Elle a en effet pleinement confirmé le caractère probant de l'expertise dès sa première prise de position du 3 décembre 2015. Apparemment insatisfait par cet avis, l'intimé a insisté pour obtenir d'autres précisions. La spécialiste du SMR a dès lors évoqué, dans sa note au dossier du 6 janvier 2016, l'éventualité d'une prise en charge de l'ensemble des troubles par une thérapie au sein d'une structure psychiatrique de jour. Cette opinion a ensuite été relativisée suite à une troisième sollicitation de l'intimé du 12 avril 2016. Force est donc de constater que le SMR n'a jamais nié l'incapacité de travail totale durable depuis novembre 2008 retenue par l'expert psychiatre dans son expertise du 15 mai 2015, même pas après avoir été invité à deux reprises à préciser son point de vue. La succession des avis du SMR représente bien davantage une confirmation des résultats de l'expertise.

5.5 Les conclusions de l'expertise convergent de plus avec les nombreux rapports des médecins ayant traité la recourante et se recourent également avec celles de l'expertise pluridisciplinaire du 1^{er} novembre 2011. Comme le relève l'Office AI Berne, les constatations du rapport final du 4 février 2014 des responsables du centre dans lequel la recourante a effectué son stage d'observation professionnelle (voir ci-dessus c. 4.1) n'ont pas la force probante d'avis médicaux. Il n'en reste pas moins que les résultats d'une observation des capacités concrètes de la recourante dans l'exécution pratique de diverses activités ne sont pas pour autant dénuées de tout intérêt. En l'occurrence, il s'avère que les considérations émises par les responsables du centre de réadaptation professionnelle vont dans le même sens que les évaluations médicales et que, par conséquent, elles les confirment, ainsi que l'a aussi souligné le SMR dans son avis du 3 décembre 2015.

Quant au rapport d'enquête du 27 septembre 2016, outre que sa valeur probante se voit déjà relativisée par le fait qu'il a été rédigé plus de quatre mois après la visite à domicile et l'entretien avec l'assurée, qui ont eu lieu le 18 mai 2016, il se contente d'affirmer laconiquement que le diagnostic retenu par l'expertise psychiatrique du 15 mai 2016 ne pourrait pas être considéré comme lourd et persistant selon la jurisprudence et qu'il ne

justifierait pas une restriction de la capacité de travail, sans citer ni jurisprudence, ni éléments susceptibles de faire naître des doutes fondés par rapport à l'évaluation détaillée de l'expertise psychiatrique du 15 mai 2015.

6.

6.1 Il se justifie dès lors d'accorder une entière valeur probante à l'expertise psychiatrique du 15 mai 2015 non seulement quant à son évaluation médico-théorique, mais aussi quant à son appréciation convaincante du caractère invalidant de l'atteinte incapacitante diagnostiquée. L'expert mandaté a procédé à cette évaluation selon le schéma structuré préconisé par la jurisprudence et le Tribunal ne peut que s'y rallier, sans nécessité de reprendre de façon détaillée toutes les étapes de l'analyse structurée (TF 8C_130/2017 précité c. 7.1).

6.2 Le rapport que l'enquêtrice a dû adapter à l'appréciation de l'absence d'atteinte invalidante posée par l'Office AI Berne, qui perd dans cette mesure toute validité au vu du résultat auquel parvient le Tribunal, est aussi contesté en ce qui concerne la fixation du statut et l'évaluation des empêchements dans le ménage. Ces questions peuvent toutefois être laissées ouvertes.

Selon l'art. 28a al. 3 LAI, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGa. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là. Est déterminant non pas le taux d'activité qu'on pourrait raisonnablement exiger de l'assuré s'il était en bonne santé, mais le taux hypothétique, c'est-à-dire celui auquel il travaillerait sans atteinte à la santé, mais dans des circonstances identiques (ATF 133 V 504 c. 3.3). Au surplus, les personnes vivant seules qui réduisent volontairement leur taux d'activité ne sont pas automatiquement considérées comme des personnes travaillant à temps partiel et s'occupant du ménage en plus de leur activité lucrative. S'il y a lieu, dans un cas concret, d'admettre une activité lucrative à temps partiel sans activité habituelle supplémentaire, la

méthode mixte ne s'applique pas (ATF 142 V 290 c. 7 en particulier). En l'espèce, même dans les hypothèses les plus défavorables à la recourante, à savoir celle de l'absence totale d'empêchement dans les 15% d'activité ménagère d'un statut mixte ou celle d'une réduction du taux d'activité à 85% sans consacrer son temps libre à la réalisation de travaux habituels, l'incapacité de travail (et perte de gain) totale dans la part des 85% d'activité lucrative résultant de l'évaluation médicale et juridique aboutirait à un degré d'invalidité de 85%, ce qui ouvre le droit à une rente entière d'invalidité.

7.

L'assurée a déposé sa demande de prestations le 14 décembre 2009, de sorte qu'un droit à une rente pourrait prendre naissance six mois plus tard, soit à partir du 1^{er} juin 2010. A cette date, le délai de l'art. 29 al. 1 LAI et celui d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b LAI étaient échus. Il y a par conséquent lieu d'accorder à la recourante un droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2010.

8.

8.1 Au vu de ce qui précède, le recours est admis, dans la mesure où l'assurée peut prétendre une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} juin 2010. L'intimé procédera au calcul du montant des rentes dues à la recourante (pour les intérêts moratoires: voir art. 26 al. 2 LPGGA).

8.2 L'assurée obtenant gain de cause dans la présente procédure et étant représentée par un mandataire professionnel, elle a droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGGA et 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 30 janvier 2017 qui ne prête pas à discussion, 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 comparables, sont fixés à un montant de Fr. 3'956.45 (honoraires: Fr. 3'531.60; débours: Fr. 131.80; TVA: Fr. 293.05).

8.3 Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 et 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

8.4 Vu l'issue de la procédure, la demande d'assistance judiciaire est devenue sans objet et doit donc être rayée du rôle du TA (art. 39 al. 1 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée annulée. Une rente entière d'invalidité est allouée à la recourante rétroactivement à partir du 1^{er} juin 2010. Le dossier est renvoyé à l'Office AI Berne afin qu'il procède au calcul et au versement de la rente accordée à la recourante.
2. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 3'956.45 à titre de dépens.
3. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
4. La demande d'assistance judiciaire déposée par la recourante est rayée du rôle du Tribunal.

5. Le présent jugement est notifié (R):

- au mandataire de la recourante,
- à l'intimé,
- à l'Office fédéral des assurances sociales,
- à [...].

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).