

200.2016.206.AI

DEJ/BEJ

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

**Jugement du 8 juin 2017**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
J. Desy, greffier



**A.**\_\_\_\_\_

recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 8 janvier 2016

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1985, est titulaire depuis 2009 d'un brevet de technicien supérieur (BTS) de diététique délivré par la République française. En mai 2010, elle a commencé à travailler en tant qu'aide-infirmière dans un home médicalisé pour personnes âgées. Dès janvier 2012, une incapacité complète de travail lui a été attestée et elle a bénéficié des indemnités journalières de l'assurance-maladie de son employeur jusqu'en janvier 2014, année au cours de laquelle elle a débuté des études de diététique au Canada.

En mai 2012, l'intéressée, invoquant une bilharziose intestinale ou les séquelles d'un traumatisme cranio-cérébral (TCC), a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), laquelle a été rejetée, après instruction de la part de l'Office AI Berne, par décision du 2 novembre 2012, qui n'a pas été contestée.

**B.**

Par courrier du 20 août 2014 (reçu le 22 août), l'intéressée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI. Après prise de conseil auprès de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne a indiqué par préavis du 13 octobre 2014, puis par décision le 26 novembre 2014, qu'il refusait d'entrer en matière, faute de modification notable de l'état de fait rendue plausible. Au stade du recours devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), l'Office AI Berne a reconsidéré sa décision et annulé son refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée (voir JTA AI/2015/26 du 26 février 2015).

L'Office AI Berne a alors requis divers rapports médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée, a versé au dossier les pièces de l'assureur-maladie indemnités journalières, puis a pris conseil auprès de son SMR, qui a finalement rédigé un rapport de synthèse médicale. Par

préavis du 7 octobre 2015, l'Office AI Berne a ensuite indiqué à l'assurée qu'il projetait de rejeter sa demande de prestations AI. Nonobstant les objections déposées par l'assurée le 4 novembre 2015, le même Office AI a, confirmant son préavis, refusé de lui octroyer toutes prestations d'AI par décision du 8 janvier 2016.

### **C.**

Par acte daté du 6 février 2016 (posté le 8 février), l'assurée a porté le litige devant le TA. Invitée à préciser ses conclusions, la recourante a d'abord complété son recours le 26 février 2016, puis, le 16 mars 2016, formellement conclu, principalement, à l'annulation de la décision contestée et l'octroi d'une rente entière (degré d'invalidité de plus de 70%), et, subsidiairement, à l'annulation de la décision contestée et le renvoi de la cause à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire et nouvelle décision, le tout avec la conséquence que les frais judiciaires doivent être mis à la charge de l'Office AI Berne. Dans le même courrier, la recourante a, eu égard à sa présence souvent à l'étranger (Canada), donné procuration à son père afin qu'il puisse la représenter dans le cadre de la procédure pendante.

Dans son mémoire de réponse du 20 avril 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours.

La recourante a répliqué le 12 mai 2016 et l'intimé a, par courrier du 6 juin 2016, renoncé à son droit de dupliquer.

### **En droit:**

#### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI Berne du 8 janvier 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le

droit de l'assurée à des prestations de l'AI. L'objet du litige porte principalement sur l'annulation de cette décision et l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. La recourante, qui considère l'intimé responsable de la détérioration de son état de santé depuis 2014 en raison de la mauvaise gestion de son cas, critique en particulier la force probante de l'expertise réalisée par le SMR, sur laquelle est principalement basée la décision attaquée.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]). Subséquemment à l'acte de recours, la recourante a valablement mandaté son père aux fins de la représenter dans le cadre de la présente procédure (art. 15 LPJA).

A toutes fins utiles, on mentionnera encore que le recours est irrecevable dans la mesure où il viserait une réparation d'un dommage dont l'Office AI serait tenu pour responsable en relation avec la péjoration de l'état de santé alléguée par la recourante en raison d'une mauvaise gestion du dossier. En effet, pour faire valoir de telles prétentions, il appartiendrait à la recourante d'introduire une demande en réparation auprès de l'Office AI Berne afin qu'il rende une décision à ce sujet susceptible de recours (voir art. 78 LPGA).

**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).

**2.2** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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** Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré (al. 1). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (al. 2).

**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** 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** Quant aux thèses des parties, on retiendra ce qui suit.

**3.1.1** Dans sa décision de refus de prestations de l'AI du 8 janvier 2016, l'Office AI Berne explique qu'il a soumis l'ensemble des pièces médicales au dossier à son SMR, qui a considéré le 24 juillet 2015 qu'une expertise psychiatrique était nécessaire. Au vu de la liste d'attente et du délai nécessaire à la réalisation d'une telle expertise, il n'a pas été possible de la mener, pendant le séjour en Suisse de la recourante et avant qu'elle ne reparte étudier au Canada, dans le centre d'expertise psychiatrique prévu. L'Office AI Berne a alors demandé à son SMR de réaliser un examen psychiatrique, duquel il ressort que la recourante souffre d'un trouble dépressif, épisode actuel léger. Cette atteinte psychiatrique, insuffisamment traitée, n'a, selon l'intimé, pas de répercussion sur la capacité de travail de la recourante.

**3.1.2** En dépit des précisions qui lui ont été demandées, il n'est pas évident de définir et de comprendre ce qu'entend véritablement obtenir la recourante. En substance, cette dernière s'offusque du manque de coopération de l'AI quant à l'organisation de l'expertise psychiatrique à

coordonner avec ses études au Canada. Elle considère que la solution de rechange mise en place, avec une expertise réalisée dans l'urgence par le SMR, n'est pas fiable, dès lors, notamment, que le médecin ne connaissait pas le dossier, a posé des questions peu pertinentes et que son entretien avec elle n'a duré qu'une heure. Sur le fond, la recourante fait valoir qu'il est faux de retenir un diagnostic de dépression, alors que ses atteintes sont purement physiques et découlent du traumatisme crânio-cérébral (TCC) dont elle a été victime en 2006. Elle allègue qu'elle ne peut exercer plus de cinq à six heures d'activités par jour, un rythme qu'elle a dû augmenter en raison de l'absence de soutien financier de la part de l'AI, ce qui n'a pas été sans conséquence sur sa santé. En substance, elle considère ainsi l'AI responsable de la nette détérioration de son état de santé depuis 2014. Quant à son incapacité de travail, elle la définit à 75% environ, dès lors qu'elle explique ne pouvoir effectuer que cinq à six heures d'activité quotidienne à mettre en relation avec une moyenne de 16 heures d'activité possible par jour (24 heures auxquelles il faut soustraire huit heures de sommeil).

**3.2** A ce stade, on relèvera que la décision attaquée (objet de la contestation) nie le droit de la recourante à toutes prestations de l'AI. La période couverte par cette décision, s'agissant d'un éventuel droit à une rente, va de février 2015 (deuxième demande déposée le 20 août 2014; voir ci-avant c. 2.3) au 8 janvier 2016, date du prononcé (voir ci-avant c. 2.5). L'Office AI Berne étant entré en matière sur cette deuxième demande, il s'agit d'examiner si l'instruction matérielle du dossier permet de confirmer, au degré de la vraisemblance prépondérante (niveau de preuve exigé de façon générale en droit des assurances sociales: ATF 138 V 218 c. 6), la modification notable de la situation, depuis le 2 novembre 2012 (date du précédent refus de prestations), dont l'Office AI Berne a admis le caractère plausible en entrant en matière. Si tel est le cas, il faudra déterminer si la recourante a présenté un degré d'invalidité suffisant pendant la période en cause pour ouvrir un droit à des prestations AI (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1).

#### 4.

Il ressort du dossier les faits pertinents suivants:

**4.1** Après avoir obtenu sa maturité en 2003 (voir dossier [dos.] AI 4/2-3), la recourante a étudié la médecine pendant deux ans (de façon générale, cette information et celles qui suivent proviennent soit des différents écrits de la recourante, soit de l'anamnèse effectuée par l'experte du SMR [voir ci-après c. 4.2.7]). Elle est ensuite partie aux USA pour apprendre l'anglais (obtention du "First Certificate"; voir dos. AI 4/4) puis a participé à un voyage humanitaire au Burkina Faso en 2007. De septembre 2007 à novembre 2009, elle a étudié la diététique en France, à Annecy, et a obtenu un BTS dans cette branche (voir dos. AI 4/5). La recourante indique avoir travaillé en Suisse parallèlement à ses études afin de les financer (voir aussi extrait du compte individuel, dos. AI 11/3). Envisageant l'obtention d'un "bachelor" et d'un "master" dans le domaine de la diététique, la recourante dit avoir commencé, en 2010, à travailler dans un home médicalisé en tant qu'aide-infirmière afin de mettre de l'argent de côté de façon à poursuivre ses études en Amérique du Nord. Dès janvier 2012, elle a été en incapacité complète de travail, puis, en 2014, a commencé des études de diététique au Canada.

**4.2** Sur le plan médical, on peut mentionner les éléments suivants.

**4.2.1** La recourante a été hospitalisée du 14 au 18 avril 2006 en raison d'une chute dans un escalier qui a occasionné un TCC (voir les rapports médicaux, dos. AI 16). Il ressort des rapports médicaux que la recourante a perdu connaissance une minute environ et a souffert d'amnésie circonstancielle. En plus du TCC, il est relevé une fracture pariétale du côté droit, une petite contusion frontale à gauche, un hématome sous-dural temporal à gauche au niveau de l'incisure tentorielle et, finalement, un petit hématome épidural fronto-pariétal du côté droit associé à une fracture pariétale du côté droit. Le 4 juillet 2006, un rapport médical consécutif à une consultation du 3 juillet indique que le statut neurologique est dans la norme et que l'évolution est bonne, dans la mesure où la recourante a pu reprendre normalement son activité professionnelle et ses activités de la vie quotidienne. Seule subsiste une perte occasionnelle de mémoire, qui a

motivé les médecins à requérir un examen complémentaire (neurologique), lequel n'a pas eu lieu.

**4.2.2** En janvier 2012 (rapport du 2 février 2012), la recourante, sur demande du spécialiste en psychiatrie et psychothérapie qu'elle consultait depuis octobre 2011 et qui avait attesté une incapacité de travail totale depuis le 21 janvier 2012 (dos. AI 5.2/5), a subi des examens psychométriques, réalisés par une psychologue FSP et neuropsychologue et visés par un médecin (dos. AI 49). En substance, il est relevé une certaine intégrité des fonctions cognitives, tout en étant précisé que les difficultés objectivées (capacité de mémoire de travail verbale, ralentissement général, difficultés attentionnelles) résultent essentiellement d'un faible rythme de travail avec baisse des capacités attentionnelles et mnésiques verbales (mémoire de travail). En raison de cette mauvaise évolution post-TCC avec chronicisation progressive des douleurs et de la fatigabilité, il est préconisé une période de repos pour éviter un nouveau burnout avec cristallisation et chronicisation du tableau de douleurs et fatigue.

**4.2.3** Le psychiatre traitant déjà évoqué a prolongé l'attestation de l'incapacité totale de travail (dos. AI 5.2/2-4). Dans un rapport adressé à l'intimé le 10 septembre 2012 (voir dos. AI 24), le médecin précité relève, en plus du TCC susmentionné, que la recourante a contracté la bilharziose en 2007 lors de son voyage en Afrique. A titre de diagnostics, il retient les séquelles attentionnelles et mnésiques d'un TCC (ch. F06.7 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), les suites d'une bilharziose (CIM-10 F51.0), une fatigue chronique (neurasthénie; CIM-10 F48.0) et un burnout professionnel para-dépressif (CIM-10 F32.1). En conséquence, il considère qu'il existe une incapacité complète de travail depuis le 21 janvier 2012. Quant à l'évolution, il note une amélioration récente de l'humeur, puis de l'insomnie, une fatigabilité handicapante persistante et une diminution persistante préoccupante de la concentration. C'est sur la base de ces avis médicaux que la décision de refus de prestations AI du 2 novembre 2012 a été rendue.

**4.2.4** Une expertise psychiatrique de la recourante a également été organisée par l'assurance perte de gain en cas de maladie de l'employeur (dos. AI 32). Elle a été produite par la recourante avec son recours contre la décision de refus d'entrer en matière du 26 novembre 2014, donc dans la procédure de nouvelle demande introduite en août 2014. Après avoir vu la recourante le 14 décembre 2012, l'expert-psychiatre a retenu un diagnostic d'épisode dépressif moyen (CIM-10 F32.1) et un diagnostic différentiel de trouble de l'humeur organique (CIM-10 F06.3). En ce qui concerne la capacité de travail, il retient qu'elle est inexistante jusqu'au 28 février 2013, puis à 50% jusqu'au 31 mars 2013, puis complète dès le 1<sup>er</sup> avril 2013, sous réserve d'atteintes organiques. Le médecin relève également que la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'alors est inexistante, alors qu'elle est de 100% dans un cadre protégé. On relèvera encore qu'il n'est pas clair pour ce médecin si la problématique de l'assurée est liée à une problématique neurologique ou à une dépression, raison pour laquelle il recommande un examen neuropsychologique approfondi.

**4.2.5** Le médecin-psychiatre traitant déjà évoqué a également encouragé la recourante à consulter un médecin spécialiste en médecine tropicale en raison d'une fatigue importante attribuée aux éventuelles suites d'un séjour d'un mois au Burkina Faso en 2007. Aux termes de son examen, réalisé le 14 mars 2013, le médecin spécialiste retient toutefois que la recourante ne présente pas de suites d'une maladie tropicale qui pourraient expliquer son état actuel (dos. AI 37/37-38).

**4.2.6** Le 28 avril 2015, un second médecin psychiatre, consulté par la recourante en raison du décès du médecin psychiatre précité (voir ci-avant c. 4.2.2 et 4.2.3), a rédigé un rapport médical à l'intention de l'intimé (dos. AI 46). A titre de diagnostics, il retient un syndrome post-commotionnel (CIM-10 F07.2) et un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (CIM-10 F32.11). Ce médecin relève également que la capacité de travail est complète depuis le 1<sup>er</sup> février 2014, tout en soulignant que sa patiente reste fragile.

**4.2.7** Sur recommandation du SMR (voir dos. AI 56/3), un nouvel examen psychiatrique a été organisé le 27 août 2015 (rapport du 4 septembre 2015; dos. AI 67). La spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie du SMR a,

après s'être entretenue avec la recourante et sa mère (contactée dans un second temps par téléphone pour obtenir certains renseignements complémentaires), diagnostiqué un trouble dépressif, épisode actuel léger (auparavant moyen; CIM-10 F32.1) et préconisé le suivi d'une thérapie, notamment en ce qui concerne le stress.

## **5.**

Sur la base des éléments qui précèdent, et plus particulièrement du rapport de la spécialiste du SMR, l'Office AI Berne a nié le droit de la recourante à des prestations de l'AI. Il convient ainsi d'examiner si cette décision peut être confirmée.

### **5.1**

**5.1.1** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 125 V 351 c. 3a; SVR 2015 IV n° 28 c. 4.1). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

**5.1.2** Les rapports du SMR (art. 49 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) 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, dès lors qu'ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en la matière, y compris en ce qui concerne les qualifications médicales requises (TF 9C\_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2 [passage de texte non publié du c. 3.3.2 de l'ATF 135 V 254 = TF 9C\_204/2009]). 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 142 V 58 c. 5.1, 135 V 465 c. 4.4 à 4.6). Dans l'examen de la force probante, est avant tout déterminant le fait que le rapport du SMR soit complet au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (voir c. 5.2 et 5.3 ci-après; TF 8C\_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C\_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2)

**5.2** En l'espèce, il appert que le rapport de synthèse (après examen médical) réalisé par la spécialiste du SMR s'inscrit, sur le plan formel, dans le respect des exigences légales et jurisprudentielles précitées.

Le rapport se révèle en effet complet et très détaillé. S'il faut relever que certains documents médicaux au dossier n'ont pas été directement consultés par la spécialiste (notamment ceux relatifs à l'hospitalisation

consécutives au TCC, voir ci-avant c. 4.2.1), les informations les plus importantes que ceux-ci contenaient étaient reprises dans le rapport médical apporté à la consultation par la recourante (rapport de la neuropsychologue, voir ci-avant c. 4.2.2). Dans ces circonstances, il faut retenir que la spécialiste du SMR a pu considérer l'ensemble des informations pertinentes relatives à la situation médicale de la recourante. On soulignera également l'importante anamnèse de la vie de cette dernière relatée par la spécialiste, qui est remontée jusqu'à sa naissance et a également téléphoné à la mère de l'assurée pour obtenir des informations complémentaires. Quand bien même la recourante prétend le contraire, il apparaît que la spécialiste a pu se prononcer sur l'ensemble des éléments importants du dossier et en particulier sur les éventuelles conséquences du TCC. On notera également que la valeur probante d'un avis médical ne dépend en principe pas de la durée de l'examen; il est avant tout déterminant que le rapport soit complet au niveau du contenu et que son résultat soit concluant. Le temps consacré aux questions et à l'évaluation de la psychopathologie nécessaires à toute expertise psychiatrique doit toutefois être adéquat (TF 8C\_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2). En l'occurrence, même si l'entretien en tant que tel n'a duré qu'un peu plus d'une heure, il faut à nouveau souligner la complétude du rapport de synthèse.

Sur la base de ce qui précède, au cas particulier, on peut conférer à ce rapport une force probante valant celle d'une expertise au sens de l'art. 44 LPG.

**5.3** Quant au contenu matériel du rapport du SMR, il apparaît également convaincant et étayé.

**5.3.1** Pour retenir le diagnostic d'épisode dépressif dans un premier temps moyen, puis léger (CIM-10 F32.1), la spécialiste du SMR a procédé à une minutieuse analyse de la situation médicale et sociale de l'assurée, de même qu'à certains tests psychiatriques. Elle a ainsi pu mettre en évidence un lien entre les déficits de mémoire de travail mis en évidence par la psychologue en 2012 avec les difficultés déjà rencontrées par la recourante à l'école (apprentissage bien meilleur en cas d'audition de la matière plutôt que par sa propre lecture; concentration très vite perdue

[usage de bouchons d'oreilles pour mieux arriver à se concentrer et être moins déconcentrée au moindre bruit]). La spécialiste a également décrit que le développement de la maladie à partir de l'accident de 2006 semble lié à une fatigue croissante, qui pourrait être le fait d'une reprise de travail (d'abord emploi alimentaire, puis formation en France tout en gardant un emploi en Suisse) trop rapide après le TCC subi. Une atteinte organique au cerveau est également exclue en raison, notamment, de la bonne réaction aux différents médicaments, mais également en raison des multiples activités accomplies juste après le TCC, comme par exemple le séjour linguistique aux USA, la formation de diététicienne en France ou le séjour en Afrique. Finalement, la spécialiste mentionne encore qu'il n'est pas évident de déterminer si la fatigue alléguée est liée à une fatigue cérébrale consécutive à l'accident ou s'il s'agit des conséquences de l'épisode dépressif moyen (actuellement en rémission). A ce propos, elle relève qu'un examen neuropsychologique plus approfondi et incluant un test de quotient intellectuel pourrait se révéler pertinent, notamment en ce qui concerne d'éventuelles atteintes des fonctions exécutives. Toutefois, au vu de la situation de l'assurée, qui étudie au Canada et vit de grands changements dans sa vie, cet examen ne peut être réalisé actuellement. La spécialiste précise encore que dans la mesure où la recourante peut poursuivre ses études et obtenir un "bachelor", cela signifie qu'elle ne souffre d'aucune atteinte des fonctions exécutives.

**5.3.2** La Cour de céans ne voit pas de raisons de s'écarter de l'appréciation effectuée par le SMR. Le diagnostic s'inscrit dans la continuité de celui énoncé par le dernier psychiatre traitant, qui a certes (encore) mentionné un épisode dépressif moyen, mais a considéré que la capacité de travail était complète dès le 1<sup>er</sup> février 2014 (voir ci-avant c. 4.2.6). Quant au rapport rédigé par la neuropsychologue en février 2012, à la base de l'argumentation de la recourante qui fait valoir les suites du TCC subi en 2006, il mentionne certes une mauvaise évolution post-TCC, mais préconise également, à titre de conseil thérapeutique, une période de repos, laquelle a eu lieu, par la force des choses, vu la complète incapacité de travail attestée jusqu'à début 2014. En aucun cas, la neuropsychologue n'atteste, sur le long terme, d'un besoin de repos ou d'une diminution de la capacité de travail. On relèvera également que directement après le TCC,

la recourante a été très active, voyageant aux USA (étude de langue sanctionnée par un test réussi), puis en Afrique, avant d'accomplir une formation en France; dès lors, on peine, en accord avec la spécialiste du SMR, à discerner d'éventuelles séquelles physiques consécutives à ce TCC. Quoi qu'il en soit, il faut aussi constater que le rapport neuropsychologique avait déjà été intégré dans la synthèse effectuée par le psychiatre traitant le 10 septembre 2012 qui avait essentiellement servi de base à la décision de refus de prestations du 2 novembre 2012, entrée en force. Il est par conséquent évident que cet avis de février 2012 ne permet en aucun cas d'étayer une détérioration déterminante de l'état de santé de la recourante depuis cette date. Quant à la fatigue alléguée, il faut aussi relever qu'elle figurait déjà au nombre des diagnostics considérés comme non invalidants par la décision du 2 novembre 2012. A l'instar également de la spécialiste du SMR, il faut souligner que la recourante s'impose un rythme de vie astreignant, notamment avec les trajets pour voyager jusqu'au Canada et en revenir, de même que les difficultés liées au fait d'étudier à l'étranger. Finalement, on soulignera encore que la recourante dit, dans son courrier du 24 février 2016, avoir obtenu de bons résultats pour sa première année d'étude au Canada, ce qui tend à démontrer qu'elle ne souffre pas d'atteinte des fonctions exécutives d'une acuité telle qu'elles montreraient une détérioration significative depuis le refus du 2 novembre 2012. Ces troubles, s'ils existent, se limitent tout au plus à des difficultés qui sortent du champ d'indemnisation de l'AI. Dans ce contexte, une expertise neuropsychologique est superflue.

**5.4** Sur la base du diagnostic retenu par son SMR, l'intimé a considéré que la recourante ne présentait pas d'invalidité. En cela, il est en accord avec la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), selon laquelle les troubles du cercle dépressif (CIM-10: F32.1, F33 ou F34) de degré léger à moyen sont en principe susceptibles d'être traités, donc surmontables, et ne sont pas incapacitants au sens de l'AI (voir parmi d'autres TF 8C\_131/2016 du 14 juillet 2016 c. 5.3.1 et références). En l'espèce, rien n'indique que le principe énoncé dans cette jurisprudence ne pourrait pas être suivi. D'abord, l'instruction du cas n'atteste d'aucune psychothérapie susceptible de remplir les critères permettant d'admettre un épuisement de toutes les possibilités thérapeutiques (TF 8C\_814/2016 du 3 avril 2017 c. 5.3.2).

Ensuite, on relèvera que le médecin psychiatre traitant retient une pleine capacité de travail dès février 2014. La recourante a d'ailleurs suivi (dans la période couverte par l'objet de la contestation) une formation dans le domaine de la diététique au Canada (avec de bons résultats, même s'il s'agit en partie de répétitions de la matière déjà apprise en France), manifestant ainsi qu'elle est apte à étudier, même si elle explique qu'elle peut aménager ses études de façon à ce qu'elles correspondent à ses capacités. Ses allégations concernant sa capacité quotidienne de travail (cinq à six heures au maximum) ne sont nullement documentées, ni même les risques qu'elle dit encourir si elle continue à dépasser ce taux horaire.

On notera encore, comme cela a déjà été dit, qu'il est peu évident de déterminer ce que souhaite la recourante, tant ses propos paraissent, d'une certaine façon, contradictoires. En effet, durant la période couverte par la décision attaquée (soit toute l'année 2015 environ), elle décrit avoir pu étudier au Canada, mais allègue, sans le prouver, qu'elle ne peut s'imposer plus de cinq à six heures d'activités par jour. Dès lors que, de toute évidence, une formation universitaire peut être suivie, on peine à discerner dans quelle mesure une invalidité pourrait être reconnue. On s'interroge également quant aux attentes élevées de la recourante vis-à-vis de l'Office AI Berne, notamment en ce qui concerne l'organisation d'une expertise psychiatrique devant correspondre à sa courte présence en Suisse, ou alors concernant les conseils thérapeutiques qu'elle souhaiterait obtenir de la part des médecins de l'AI, dont le rôle n'est a priori pas de soigner, mais bien de renseigner sur l'état de santé et la capacité de travail. Il appartient en effet à la recourante d'organiser elle-même sa prise en charge thérapeutique, si elle en ressent le besoin. Quoi qu'il en soit, même s'il n'est pas exclu que la recourante rencontre certaines difficultés dans sa formation ou sur le plan professionnel que d'autres personnes n'éprouvent peut-être pas de la même façon, l'évolution de son parcours de vie ces dernières années montre en tout cas que sa situation ne s'est pas modifiée au sens qu'à la date de la décision attaquée (8 janvier 2016), les troubles qu'elle invoque revêtiraient le caractère incapacitant et invalidant qui leur avait été nié par le refus du 2 novembre 2012, entré en force. Une détérioration n'étant pas avérée avec une vraisemblance prépondérante, force est d'en rester au constat d'une absence d'invalidité et d'un refus de

toute prestation AI, même de mesures d'ordre professionnel (que la recourante ne demande du reste pas, puisqu'elle a elle-même organisé ses études, conformément à son devoir de réadaptation personnelle en tant qu'expression de l'obligation générale de diminuer un [éventuel] dommage; ATF 138 I 205 c. 3.2)

**5.5** Sur la base de ce qui précède, il appert que le recours doit être rejeté, dans la mesure où les atteintes que la recourante présente ne sont pas de nature à engendrer une invalidité au sens de l'AI.

## **6.**

**6.1** Au vu de ce qui précède, le recours interjeté contre la décision du 8 janvier 2016 doit être rejeté. La recourante doit être considérée comme partie succombante et assumer les frais et dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario et art. 108 al. 1 et 3 LPJA).

**6.2** Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent donc être mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais fournie.

**6.3** Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu non plus d'allouer de dépens à la recourante (art. 61 let. g LPGA a contrario).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - au représentant de la recourante,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué:
  - 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).