

200.2016.861.AI

ANP/BEJ

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

Jugement du 11 décembre 2017

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
P. Annen-Etique, greffière



A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 15 août 2016

En fait:

A.

D'après les données anamnestiques au dossier de la cause, A. _____, née en 1970, séparée de son époux dont elle a deux enfants (nés en 1998 et 2001), a effectué sa scolarité obligatoire dans son pays d'origine, où elle a ensuite travaillé sans acquérir de formation certifiée. En Suisse depuis fin avril 1995, elle s'est consacrée à la tenue du ménage et à l'éducation de ses enfants, puis a exploité avec son époux un commerce de bijoux entre décembre 2012 et janvier 2015 (exploitation cessée pour raisons financières). Les 13 septembre 2013 et 22 février 2014, ce commerce a fait l'objet de deux (tentatives de) brigandage, lors desquel(le)s l'assurée a été physiquement agressée (un vol perpétré au même endroit le 4 janvier 2014 a également été dénoncé). Cette dernière a été hospitalisée du 16 septembre au 20 octobre 2014 en raison d'un état de stress post-traumatique (ESPT). Courant avril 2015, elle a déposé une demande de rente auprès de l'assurance-invalidité (AI) motivée par les suites des agressions précitées. Elle est financièrement soutenue par les services sociaux (pour tout ce qui précède: dossier AI [dos. AI] 2/4 ch. 5.2 à 5.5; 2/5 ch. 6.2; 9/3; 10/1-5; 17/1 ch. 1.4; 18/1-2; 19/1; 27/12 et 33/2 ch. 1.4).

B.

A l'appui de la demande AI déposée par l'assurée, l'Office AI Berne s'est vu remettre diverses pièces (dont le dossier pénal relatif aux brigandages), puis a pour sa part recueilli l'appréciation du généraliste traitant. Le même office s'est en outre enquis de l'avis d'un ancien psychiatre traitant et de l'actuel psychologue de l'assurée, puis, en vue de se prononcer sur le droit à des mesures professionnelles, a ordonné un examen personnel de cette dernière auprès d'une docteure psychiatre du service médical régional (SMR) de l'AI (examen pratiqué le 1^{er} décembre 2015). Sur ces bases, des mesures professionnelles ont été refusées à l'assurée par décision du 9 février 2016 entrée en force. En date du 11 février 2016, l'Office AI a en outre provisoirement nié à l'intéressée le droit à une rente AI en l'absence

d'une atteinte invalidante à sa santé. Nonobstant les objections formulées par l'époux de l'assurée et une nouvelle prise de position du psychologue traitant, une rente a été formellement refusée le 15 août 2016. Le SMR a à nouveau été consulté dans l'intervalle.

C.

Par acte du 15 septembre 2016, l'assurée, représentée par un mandataire, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite des frais et dépens, elle conclut à titre préjudiciel à l'octroi de l'assistance judiciaire totale et, partant, à sa libération d'une avance de frais, principalement à l'annulation de la décision du 15 août 2016 de l'Office AI ainsi qu'à l'octroi d'une rente correspondant à son degré d'invalidité et, à titre subsidiaire, à l'annulation de la décision contestée ainsi qu'au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le 27 septembre 2016, la recourante a complété sa requête d'assistance judiciaire. Dans sa réponse du 17 octobre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours, ainsi qu'à ce que l'assurée supporte les frais de procédure et ne se voie pas allouer de dépens. Le mandataire de la recourante a fait parvenir au Tribunal sa note d'honoraires datée du 25 octobre 2016.

En droit:

1.

1.1 La décision du 15 août 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de la recourante à des prestations AI. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision ainsi que l'octroi d'une rente d'invalidité et, à titre subsidiaire, sur le renvoi de la cause à l'Office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Au cas particulier, sont

particulièrement critiquées les bases médicales ayant servi à l'évaluation du degré d'invalidité.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 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 Tribunal 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).

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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale de comparaison des revenus; art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 c. 3.4.2, 128 V 29 c. 1).

2.2 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).

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).

2.3 L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPG).

Le principe de l'instruction d'office signifie que l'instance rendant une décision doit instruire et établir l'état de fait déterminant d'office, de sa propre initiative et sans être liée par les arguments et réquisitions de preuve des parties. Sont juridiquement déterminants tous les faits dont l'existence a une incidence sur les éléments litigieux. Dans ce contexte, les autorités administratives doivent toujours entreprendre des mesures supplémentaires lorsque les allégués des parties ou d'autres pièces du dossier ne constituent pas des éléments suffisants permettant de statuer (ATF 117 V 282 c. 4a). Le principe de l'instruction d'office ne s'applique néanmoins pas de manière illimitée, mais a pour corollaire le devoir de collaborer des parties (ATF 125 V 193 c. 2e, 122 V 157 c. 1a; SVR 2009 IV n° 4 c. 4.2.2).

3.

3.1 L'Office AI se rallie aux conclusions de l'experte psychiatre de son SMR et, sur ces bases, confirme l'existence de troubles psychiques chez l'assurée, en particulier celle d'un ESPT et d'un épisode dépressif moyen (sans syndrome somatique). S'agissant de la première affection, l'intimé est d'avis que l'assurée ne s'est pas soumise à un traitement adéquat en suivant, prétendument sans médication aucune, une thérapie auprès d'un psychothérapeute non psychiatre et que, de ce fait, une atteinte à la santé à charge de l'AI fait ici défaut. Au motif que le second diagnostic trouve sa source dans des facteurs psychosociaux, l'Office AI part du principe qu'il n'existe pas non plus, quant à celui-ci, d'atteinte à la santé propre à

influencer durablement la capacité de travail de l'intéressée. Au final, il exclut dès lors la présence d'une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA.

La recourante conteste pour sa part l'appréciation défendue par l'Office AI ainsi que les conclusions du SMR en partie retenues à son appui et contredites, selon elle, par les constatations de son psychologue traitant lui attestant une «capacité productive (...) très fortement réduite et cela tant dans le domaine du travail que dans celui du ménage ou des relations sociales». Elle rapporte en outre que le même thérapeute qualifie sa maladie de sévère ainsi que de chronique, et qu'il admet lui-même ne pas être en mesure d'estimer la durée du traitement pour le moment. Sur ces bases, l'assurée allègue qu'elle présente une atteinte durable à sa santé psychique incompatible avec l'exercice d'une quelconque activité lucrative ou ménagère. Elle précise encore que son état de santé «s'est incontestablement péjoré ces dernières années».

3.2 Les médecins et le psychologue traitants se prononcent comme suit sur la situation médicale et/ou les répercussions qui en découlent au plan économique.

3.2.1 A l'appui de sa demande AI datée des 16/27 avril 2015, l'intéressée elle-même a tout d'abord émis les plaintes suivantes en lien avec les agressions subies à son lieu de travail: «hat immer Angst, geht nicht mehr alleine raus. Spricht kaum mehr. Erträgt die Kinder nur noch schlecht (viel Streit)»; dos. AI 2/5 ch. 6.2). Dans son rapport AI du 14 mai 2015, son généraliste, la suivant à sa consultation depuis 1995, a diagnostiqué, avec influence sur la capacité de travail, un ESPT (ICD-10: F43.1) et, sans répercussions au plan économique, une rhino-conjonctivite saisonnière présente depuis des années et améliorée après un traitement de désensibilisation sur trois ans, une hypo-thyroïdie substituée avec status après traitement thyrostatique d'un Morbus Basedow, ainsi que des douleurs dans les parties molles, avant tout au niveau de la nuque, de la ceinture scapulaire et des bras. Attestant une incapacité de travail continue à 100% depuis mars 2014, ce médecin est d'avis que l'assurée ne peut plus exercer qu'une activité corporelle légère adaptée à ses douleurs rhumatismales, à savoir sans soulèvement ou port de charges lourdes ni travaux au-dessus de la tête, et que ses états anxieux en l'état sévères

annihilent toute capacité résiduelle de travail. En d'autres termes, il conditionne la reprise d'une activité professionnelle à une amélioration de l'atteinte psychique. En date du 10 janvier 2016, le même généraliste a fait état auprès de l'intimé d'une progression médicale stationnaire, sans changement au plan diagnostique, ni quant aux exigences professionnelles en l'état toujours dépendantes de la situation psychique. A l'appréciation de ce médecin ont successivement été joints les rapports médicaux relatifs aux investigations complémentaires initiées par lui (aux plans endocrinologique, oto-rhino-laryngologique, cardiaque, oculaire, rhumatologique et neurologique).

3.2.2 Un ancien psychiatre de l'assurée a quant à lui diagnostiqué un trouble dépressif de degré moyen (ICD-10: F32.11) influençant la capacité de travail depuis le 12 mars 2014, début de sa prise en charge clinique. N'ayant plus revu la recourante à sa consultation depuis le 15 septembre 2014, date à laquelle il avait demandé l'hospitalisation de celle-ci au sein d'une unité psychiatrique, il ne s'est pas prononcé sur la capacité résiduelle de travail au-delà de son suivi thérapeutique.

3.2.3 Dans un rapport AI daté du 24 juin 2014 (recte: 2015), l'actuel psychologue traitant depuis le 9 octobre 2014, psychothérapeute FSP et titulaire par ailleurs d'un doctorat en philosophie, a fait état, avec influence sur la capacité de travail, d'un ESPT (F43.1) apparu chez sa patiente au printemps 2014 suite à une deuxième attaque de brigandage subie dans son propre commerce, ainsi que d'un épisode dépressif de degré moyen sans syndrome somatique (F32.10). Dans son rappel anamnestique, il mentionne que l'assurée a été en mesure d'assimiler en quelques mois les conséquences de la première agression, lors de laquelle elle s'était vu tirer les cheveux et frapper la tête contre le sol. En raison des menaces par arme proférées au cours de son déroulement, alors que le fils était également présent, le second brigandage, d'après le même thérapeute, a en revanche laissé des traces insurmontables chez sa patiente qui présente depuis lors des sentiments d'angoisse ainsi que de détresse et tend à se retirer des relations sociales. A son propre examen, le psychologue constate une impression d'impuissance dans l'humeur couplée à l'impossibilité d'agir et rapporte des sentiments vitaux perturbés.

Son appréciation fait en outre état d'une confiance personnelle fortement ébranlée, ainsi que d'un positionnement de base pessimiste très prononcé avec une absence d'orientation vers l'avenir, des sentiments anxieux marqués et sans fondement, un état d'irritabilité exacerbé et une tension intérieure. Malgré une bonne compliance de sa patiente à la thérapie cognitivo-comportementale instaurée une fois par semaine, il relève une amélioration seulement minime en raison du fait que le traumatisme non traité s'est initialement péjoré pendant des mois et a considérablement entravé l'intéressée dans sa vie. Aussi, il indique qu'il ne pourra concrétiser qu'au fil de son suivi thérapeutique les futures exigences professionnelles, en tant que telles toutefois déjà exclues dans l'emploi usuel. Le contenu de cette appréciation a été confirmé dans un nouveau rapport AI du 11 janvier 2016. A l'appui d'un courrier du 6 avril 2016, le psychothérapeute a en outre précisé à l'attention de l'AI qu'avant les derniers événements traumatiques ayant déclenché l'ESPT et l'épisode dépressif moyennement grave sans syndrome somatique, sa patiente avait déjà été exposée à d'autres expériences traumatisantes. Il mentionne ainsi que celle-ci a notamment été victime d'un accident de la circulation il y a plusieurs années, puis témoin d'un accident où sa fille avait été percutée par une voiture et qu'elle a enfin repêché à l'âge d'environ 16 ans un corps dans un lac, événement suite auquel elle a souffert d'un choc pendant plusieurs jours. Il précise que l'assurée n'a travaillé aucune de ces expériences de vie difficiles en évitant d'être confrontée à des sentiments désagréables, mais que, constamment sous pression, elle n'est plus parvenue à maintenir son équilibre suite au deuxième brigandage.

3.3 En date du 7 juillet 2015, le SMR, par l'entremise d'une doctoresse psychiatre, a tout d'abord estimé sur la base de ses propres impressions à la prise de connaissance du dossier et du (premier) rapport AI du psychologue, qu'une atteinte à la santé propre à réduire durablement le rendement et à nécessiter un soutien en vue d'une réinsertion professionnelle apparaissait très vraisemblable. Cela étant, après une discussion téléphonique le même 7 juillet 2015 avec le psychothérapeute traitant dont le contenu est restitué dans une notice séparée au dossier AI, le SMR a préconisé un essai pour des mesures d'intégration professionnelle à raison de deux heures par jour au début. Le 1^{er} décembre

2015, le SMR, par la même doctoresse, a examiné l'assurée afin de permettre à l'intimé de se prononcer sur un éventuel droit à des mesures professionnelles. L'entretien avec celle-ci s'est déroulé en langue allemande sans appui de traduction, mais l'anamnèse, dont la restitution s'avérait trop éprouvante pour l'intéressée, a été établie avec l'aide du mari (en l'absence voulue de l'assurée; dos. AI 27/5). Dans son rapport du 7 décembre 2015 relatif à cet examen médical, la doctoresse du SMR a confirmé les diagnostics posés par le psychothérapeute et n'a mis en cause ni la fragilité psychologique de la recourante, ni l'adéquation des mesures médicales instaurées jusqu'alors. Elle n'a par ailleurs pas contesté que la problématique de l'ESPT, en phase d'amélioration jusqu'à l'été 2015, a pu être réactivée par les faits similaires (brigandage avec menace armée) dont avait été récemment victime le frère de l'assurée et qui avaient fait revivre à cette dernière ses propres mésaventures. En revanche, la spécialiste du SMR réfute tout motif médical propre à expliquer que la recourante ne se soit pas présentée à son premier entretien avec la personne responsable de sa réintégration professionnelle. Elle rappelle que l'intéressée dispose de bonnes ressources psychiques dans sa personnalité primaire et qu'elle a également très bien rempli son rôle de mère de famille. Si cette doctoresse ne nie pas que l'intéressée ne soit pas isolée au sein de sa famille, elle constate en revanche une interaction entre les époux allant dans le sens d'une dépendance réciproque et suppose la présence de conflits plus ou moins larvés. A cela s'ajoute, selon elle, une situation financière très précaire et les préoccupations familiales que cela entraîne. Elle est d'avis que ces facteurs psychosociaux entravent les progrès de la thérapie, ainsi que la réinsertion professionnelle. Le 2 février 2016, elle s'est en outre prononcée sur les aptitudes offertes dans les tâches ménagères (jugées préservées aussi longtemps que l'ESPT n'était pas réactivé), puis a brièvement pris position dans un ultime rapport du 2 juin 2016 sur les anciens événements de vie traumatisants évoqués par le psychothérapeute.

4.

Les rapports médicaux au dossier divergent quant à l'appréciation de la capacité résiduelle de travail par les propres thérapeutes de l'assurée, d'une part, qui ont estimé que celle-ci est en l'état entravée en raison des atteintes psychiques même dans un emploi idoine, et le SMR, d'autre part, lequel considère que des facteurs étrangers à l'invalidité provoquent les limitations constatées sur ce plan médical et l'absence d'emploi qui en résulte.

4.1 Il est évident que 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 sur la seule base du dossier sans que la personne soit examinée personnellement (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 leurs fonctionnalités différentes, ces divers documents 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 matière d'expertise médicale (c. 2.3 supra), 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]). Les SMR sont donc parfaitement fondés à s'appuyer sur le dossier médical pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Tel est notamment le cas lorsqu'il s'agit principalement d'apprécier un état de fait médicalement établi et que la confrontation directe du médecin avec la personne assurée passe au second plan (TF 9C_323/2009 précité c. 4.3.1 et références). Sous l'angle de l'appréciation des preuves, il y aura néanmoins lieu de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance doit être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée par l'AI. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée devront alors également être pris en considération. Si les 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. 3b/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 LPGA (ATF 135 V 465 c. 4.4 - 4.6).

4.2 Dès l'abord, l'on précisera que l'intéressée ne souffre d'aucune atteinte somatique influençant sa capacité de travail et que sa santé a été examinée de manière complète sur ce plan (c. 3.2.1 supra; dos. AI 27/12). Il n'est pas non plus litigieux qu'une problématique dépressive moyennement sévère et un ESPT sont ici en cause et que la doctoresse mandatée au sein du SMR dispose des compétences spécialisées pour apprécier ces problématiques médicales (voir TF 9C_323/2009 précité c. 4.3.1 avec références). Tant l'examen personnel effectué par cette spécialiste que les observations cliniques retenues à l'issue de celui-ci s'articulent ensuite autour de paramètres précis et bien définis. Pour autant, les conclusions qui se dégagent de cette appréciation ne permettent pas de se prononcer en l'espèce sur la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assurée. D'emblée, l'on constate en effet que l'examen pratiqué auprès de la doctoresse du SMR avait pour seule finalité de clarifier le point de savoir si des mesures de réinsertion professionnelle étaient en l'état envisageables ou non (dos. AI 24) - mesures que l'experte a du reste expressément déconseillées. Ces investigations spécialisées au début décembre 2015 ne tendaient ainsi nullement à un examen spécifique des possibles aptitudes offertes dans la durée au plan économique et, vu la situation médicale alors encore très labile, soulignaient à leur issue la nécessité d'actualiser les données relatives aux traitements en cours. A aucun moment, la spécialiste du SMR n'a cependant déjà mis en cause le fait que les atteintes à la santé ici constatées soient propres à réduire durablement le rendement (c. 3.3. supra). Quant aux aptitudes de principe que cette doctoresse a reconnues hors crises dans les tâches ménagères (vu les pauses supplémentaires que l'organisation indépendante de ce type d'activités permettrait selon elle), elles sont pour partie en tout cas contredites par les propres observations cliniques de cette même

spécialiste attestant une réduction variable de l'élan et, qui plus est, la présence d'un trouble du moi sous forme d'une dépersonnalisation (dos. AI 27/8). Vu la nature des atteintes ici en cause, il apparaît en outre problématique que l'anamnèse personnelle n'ait pas pu être établie directement avec l'assurée, mais l'ait été en son absence (délibérée) à l'aide d'une tierce personne («Drittanamnese»), qui plus est son mari dont elle vivrait séparée et avec lequel elle entretiendrait une relation de co-dépendance affective (c. 3.3. supra).

Conformément à ce qui suit (c. 4.3 et 4.4 infra), d'autres lacunes grèvent cependant l'appréciation de l'Office AI, en particulier quant à la portée que revêtent du point de vue des assurances sociales les atteintes à la santé psychique diagnostiquées à la recourante.

4.3 S'agissant de la problématique d'ESPT à laquelle s'applique la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (TSD) persistants (moyennant dans ce cas précis un examen particulièrement consciencieux de l'existence du diagnostic et d'éventuels signes d'exagération; 142 V 342), l'intimé ne saurait en effet lui dénier d'emblée toute portée invalidante au seul motif que sa prise en charge auprès d'un psychologue non médecin et sans prescription médicamenteuse, prétendument, ne constitue pas «une thérapie psychiatrique selon les règles de l'art» (réponse, p. 3, ch. 10). Certes, le psychothérapeute FSP et docteur en philosophie qui dispense en l'occurrence à l'assurée sa thérapie ne dispose pas d'un titre de médecin, ni moins encore d'une spécialisation en psychiatrie. Il est également vrai qu'il incombe en principe prioritairement aux médecins de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4). En tout état de cause, les constatations rendues dans le cadre du suivi psychothérapeutique de la recourante, à l'instar de n'importe quel autre moyen de preuve sans égard quant à sa provenance, demeurent cependant accessibles à la libre appréciation du juge (c. 2.2 supra). Or, sur la base du dossier et à l'aune de la vraisemblance prépondérante (degré probatoire valable en droit des assurances sociales: ATF 138 V 218 c. 6), il apparaît en l'occurrence pour le moins douteux de réfuter sans autres

investigations spécialisées que l'ESPT puisse influencer durablement les aptitudes économiques de l'intéressée. Ainsi, d'une part, en application de la jurisprudence précitée, le diagnostic d'un trouble psychosomatique analogue à un TSD a en effet été dûment motivé par les services psychiatriques hospitaliers ayant initialement suivi cette problématique courant 2014, puis par le psychologue traitant et la doctoresse du SMR qui a elle-même procédé à un examen médical spécialisé. Rien ne permet par ailleurs de supputer en l'espèce la présence de motifs d'exclusion sous forme de signes d'exagération ou d'une autre manifestation analogue (ATF 131 V 49), ni non plus eu égard au fait qu'un traitement adéquat n'aurait pas été instauré. Une médication antidépressive a effectivement bien été prescrite à la recourante dès l'été 2015 lors de vacances à l'étranger, puis ce traitement a été maintenu par le généraliste traitant au moyen de la médication équivalente disponible en Suisse (sertraline 100 mg; dos. AI 26/20-21; 27/10; 32/3 ch. 8). Ni ce traitement médicamenteux, ni l'indication d'une thérapie cognitivo-comportementale à raison d'un suivi hebdomadaire n'ont du reste été mises en doute par la doctoresse psychiatre du SMR («Die Methoden die dazu zum Einsatz kommen sind anerkannte Methoden inklusive dem seit Sommer 2015 verordnetem Medikament [...]»); dos. AI 27/11). Il s'ensuit qu'un examen consciencieux et spécialisé du diagnostic a bien eu lieu au cas particulier. D'autre part, si le dossier médical renseigne sur certains indicateurs standards, en particulier sur la présence de facteurs de contrainte restreignant les aptitudes au travail et sur le potentiel de compensation (ressources) disponible chez l'assurée, l'on constate qu'il ne livre en tout cas pas une grille normative et structurée suffisamment complète pour permettre une évaluation à partir de ces mêmes critères de la capacité de travail raisonnablement exigible. Cette conclusion vaut d'autant plus en l'occurrence que, comme déjà relevé (c. 4.2 supra), le SMR ne s'est pas spécifiquement prononcé sur ces aspects dans son rapport d'examen du 7 décembre 2015 et que le propre psychologue traitant a corrélié les futures exigibilités professionnelles à la réussite du suivi thérapeutique alors en cours.

4.4 Pour le surplus, l'on constate que le SMR, et l'Office AI à sa suite, a cherché à confiner la problématique dépressive qui se superpose en

partie à celle de l'ESPT (dos. AI 27/10) au champ psychosocial et socioculturel de la personne assurée. En présence d'un trouble psychique de nature malade attesté par des spécialistes, le caractère invalidant de l'atteinte ne peut cependant pas être déjà nié au motif que des facteurs sociaux défavorables influencent le tableau clinique. De tels éléments interviennent en effet dans pratiquement tous les cas de troubles psychiques, en particulier dépressifs. Or, en l'occurrence, tant les thérapeutes impliqués dans le suivi de l'assurée que la propre experte mandatée au sein du SMR ont attesté la présence chez celle-ci d'un épisode dépressif moyen (sans syndrome somatique) de caractère autonome et leur diagnostic médical précise sans ambiguïté que cette atteinte à la santé équivaut à une maladie psychique au sens de l'ICD-10 (F32.1). En sus d'un examen clinique, ce diagnostic, à l'instar de l'ESPT d'ailleurs, a même été éprouvé par la psychiatre du SMR lors d'un contrôle dit de cohérence («Konsistenzprüfung»). Cela étant, peu importe que des facteurs psychosociaux et socioculturels imprègnent cas échéant l'anamnèse (pour tout ce qui précède: ATF 127 V 294 c. 5a; SVR 2012 IV n° 52 c. 3.2). Faute d'être parti de ce constat, l'intimé ne s'est ainsi consécutivement pas prononcé sur le point de savoir si la problématique dépressive résiste aux options thérapeutiques ouvertes - seule condition à laquelle cette dernière pourra cependant revêtir un caractère malade et, donc, invalidant (voir notamment: ATF 140 V 193 c. 3.3; TF 8C_489/2016 du 29 novembre 2016 c. 5.2 et références). Le psychothérapeute traitant a certes émis un pronostic positif malgré les difficultés rencontrées en thérapie et a estimé que sa patiente parviendrait à surmonter ses expériences traumatiques (dos. AI 17/2 ch. 1.5; 17/3 ch. 1.8; 33/3 ch. 1.4 et 1.5). Dans le même temps, il a néanmoins exposé qu'en raison d'un risque de décompensation lié à la gravité et à la chronicité de la maladie, la thérapie visait ici surtout la stabilisation sous forme d'une prophylaxie et d'une assimilation des thèmes biographiques (dos. AI 17/4 ch. 1.11; 20; 33/5 ch. 1.11). Il a ajouté que sa patiente nécessiterait un long traitement aux fins de modifier les mécanismes de gestion des difficultés acquis durant l'enfance et de gérer le stress très élevé induit par les stratégies d'assimilation des événements traumatiques (dos. AI 42/2). De surcroît, il a estimé que l'agression récemment subie dans le cercle familial de sa patiente avait pu réactiver des traumatismes plus anciens et, faute pour

l'intéressée de s'être jusqu'alors confrontée à ceux-ci, que cela expliquait cas échéant pourquoi l'amélioration ne s'était jusqu'alors montrée que minime (dos. AI 33/3 ch. 1.4). L'experte du SMR, si elle a reconnu la scientificité de la thérapie instaurée (c. 4.3 supra), ne s'est pour sa part nullement prononcée sur la durée envisageable du traitement, ni l'intimé quant au suivi régulier de celui-ci, au moyen de contrôles ponctuels auprès des thérapeutes impliqués (généraliste traitant et psychologue). Les dernières appréciations de ceux-ci datent de début janvier et avril 2016, alors que la décision AI a elle-même été rendue, respectivement, plus de quatre et sept mois plus tard.

4.5 Sur la base d'un état de fait aussi peu éclairci, l'évaluation du SMR, fondée sur un examen médical personnel ancien de près de 20 mois au prononcé litigieux, ne permet pas de trancher de manière sûre les droits litigieux. Cette conclusion s'impose d'autant plus que cette appréciation était d'emblée à relativiser vu sa finalité qui tendait au seul examen des possibilités de réinsertion professionnelle. Aussi, l'intimé, en s'appuyant dans sa décision sur cette seule source médicale (y compris les compléments médicaux postérieurs à l'examen spécialisé précité) et en ne veillant pas à traiter les autres thématiques d'espèce encore ouvertes (capacité résiduelle de travail et exigibilité d'un emploi sur le marché du travail), a violé le principe inquisitoire (c. 2.3 supra). L'appréciation du psychologue traitant, bien que n'émanant pas d'un médecin psychiatre, livre des indices pour le moins sérieux quant à l'existence d'une atteinte à la santé psychique de nature à influencer durablement la capacité de gain de l'assurée. L'on ne peut néanmoins inférer de cette appréciation de conclusion définitive au moment où la décision litigieuse a ici été rendue. A ce moment-là, l'on méconnaissait en effet l'état d'avancement de la thérapie cognitivo-comportementale instaurée et l'on ne disposait pas non plus de toutes les données propres à la vérification des indicateurs standards applicables à un trouble assimilable à un TSD. Les éléments précités s'avéraient, respectivement, pourtant nécessaires pour juger du caractère invalidant du trouble dépressif et de l'ESPT ici en cause.

Il se justifie dès lors d'annuler la décision querellée et de renvoyer le dossier à l'Office AI en vue d'une instruction médicale complémentaire, par

le biais d'une expertise à tout le moins psychiatrique. Une fois l'état de fait médical éclairci, le statut et l'exigibilité des activités entrant en considération définis (le cas échéant après l'octroi de mesures de réadaptation), l'intimé déterminera le degré d'invalidité ainsi que les éventuelles fluctuations de celui-ci durant toute la période couverte par l'objet de la contestation. Sur cette base, il rendra une nouvelle décision sur le droit à une rente. In casu, le renvoi à l'Office AI pour instruction des points litigieux se justifie pleinement, dès lors qu'il touche à des questions qui n'ont pas du tout été éclaircies par l'assureur social. Il est d'ailleurs à juste titre requis par la recourante dans ses conclusions subsidiaires. Une instruction au niveau du TA violerait le droit d'être entendue de celle-ci et la priverait d'une instance de décision (TF 9C_243/2010 du 28 juin 2011 c. 4.4.1.4); elle aurait pour conséquence en outre de restreindre les investigations à mener à la date de la décision présentement contestée.

5.

5.1 Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre le recours et d'annuler la décision du 15 août 2016, ainsi que de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il ordonne une instruction complémentaire au sens des considérants, puis rende une nouvelle décision.

5.2 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 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 de la note d'honoraires du 25 octobre 2016 du mandataire (non soumis à la TVA), 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. 2'777.- (honoraires de Fr. 2'750.- et débours de Fr. 27.-).

5.3 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 al. 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

5.4 Vu l'issue de la procédure, la demande d'assistance judiciaire est devenue sans objet et doit donc être radiée du rôle du Tribunal.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 2'777.- 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 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.

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).