

200.2017.1000.AI
N° AVS
BEP/REN

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

Jugement du 10 mai 2019

Droit des assurances sociales

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

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 19 octobre 2017



En fait:

A.

A. _____, née en 1974, mariée, résidant en Suisse depuis 1998 et ayant acquis la nationalité suisse, a travaillé comme femme de chambre dans un hôtel, à plein temps depuis le 1^{er} mai 2001 jusqu'en octobre 2014, puis à temps partiel de décembre 2014 à octobre 2015 et de juin à fin septembre 2016. Elle a bénéficié d'indemnités journalières de l'assurance-chômage (AC) depuis le 2 novembre 2015 en se déclarant apte au placement pour des emplois à plein temps. Par décision du 6 septembre 2016, elle a cependant été déclarée inapte au placement dès le 29 juillet 2016 en raison des horaires de travail trop restreints qu'elle était prête à assumer. Le 24 mai 2017, elle a repris une activité de femme de chambre avec un horaire réduit.

Le 3 décembre 2006, l'assurée avait été témoin par téléphone du meurtre de sa sœur. Après cet événement, elle avait bénéficié d'une prise en charge psychothérapeutique, qui s'est prolongée par intermittence jusqu'au 26 février 2009. Dès août 2015, elle a à nouveau bénéficié d'un suivi psychiatrique.

Le 27 septembre 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), requérant l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente et indiquant qu'elle était atteinte d'un état de stress post-traumatique (ESPT) depuis 2006 et de dépression depuis juin/juillet 2016. Saisi de la demande, l'Office AI Berne a recueilli des renseignements professionnels et médicaux auprès des derniers employeurs, de l'assurance-chômage et des médecins, psychothérapeute et psychologue traitants de l'assurée. Appelé à prendre position sur le dossier médical de l'assurée, un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR) de l'Office AI Berne a recommandé, dans son rapport détaillé du 20 février 2017, de procéder à une expertise psychiatrique. L'expert mandaté à cet effet, le Dr C. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH à D. _____, a rendu son rapport en date du 16 juin 2017. Sur cette base, l'Office AI Berne a

adressé à l'assurée le 21 août 2017 une préorientation l'informant qu'il entendait lui refuser le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, faute d'atteinte à la santé invalidante au sens légal. Nonobstant les objections formulées par l'assurée le 19 septembre 2017, prise de position de sa psychologue traitante du 14 septembre 2017 à l'appui, l'Office AI Berne a confirmé sa préorientation par décision formelle rendue le 19 octobre 2017.

B.

Par acte du 15 novembre 2017, complété le 28 novembre et le 27 décembre 2017, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru contre la décision précitée du 19 octobre 2017 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite de frais et dépens, elle conclut à l'annulation de la décision, principalement à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, subsidiairement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} mars 2017, et plus subsidiairement au renvoi de la cause à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans son mémoire de réponse du 29 janvier 2018, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Par réplique du 22 janvier 2018 et duplique du 12 mars 2018, les parties ont réitéré leurs conclusions respectives.

En droit:

1.

1.1 La décision du 19 octobre 2017 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et le droit à des mesures professionnelles de réadaptation ou à une rente entière, subsidiairement sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sont

en particulier contestés, la façon dont l'intimé estime la capacité de travail résiduelle, en s'éloignant des diagnostics posés par l'expert psychiatre alors même que l'expertise en question est qualifiée de probante, de même que le nouvel argument avancé dans le mémoire de réponse mettant en doute les conditions d'assurance en ce qui concerne l'ESPT.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par 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. 69 al. 1 let. a de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20], 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 la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

2.2 Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant

que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

Aux termes de 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). D'après 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré exerçant une activité lucrative 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).

Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à une 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^{ème} anniversaire de l'assuré (al. 1). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

2.3 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 l'art. 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).

Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit toutefois 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). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

2.4 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en corrélation avec l'art. 7 LPG). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2016 IV n° 2 c. 4.2, 2014 IV n° 2 c. 3.1). Les experts doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

Une atteinte à la santé psychique importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49, qui ont trop peu été pris en considération en pratique. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité

d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que, sur la base d'une appréciation médicale plausible, les indices suggérant une exagération sont nettement prépondérants et que les limites pour qualifier un simple comportement ostensible sont tellement dépassées, sans que le comportement d'exagération ne soit induit par un trouble psychique autonome ayant valeur de maladie (ATF 127 V 294 c. 5a), il ne saurait être question d'une atteinte à la santé assurée. Partant, dans une telle situation, un droit à une rente doit être exclu, même si les critères de classification d'un trouble psychique sont réalisés (cpr. art. 7 al. 2 1^{ère} phr. LPGA). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée (ATF 127 V 294 c. 5a), les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 c. 2.1.1 et 2.2, SVR 2016 IV n° 25 c. 6).

Si une atteinte à la santé assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). En règle générale, il convient de prendre en considération des indicateurs standards classés selon leurs caractéristiques communes (c. 4.1.3), qui sont répartis dans les catégories "degré de gravité fonctionnel" (c. 4.3) et "cohérence" (c. 4.4). La grille

d'évaluation présentée est de nature juridique (c. 5). La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standard. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (c. 6).

2.5 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). 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 professionnel (ATF 140 V 193 c. 3.2; SVR 2017 IV n° 75 c. 4.1.1).

2.6 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des moyens de preuve disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a). 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).

2.7 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 144 V 427 c. 3.2, 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 19 octobre 2017, l'Office AI Berne a considéré en substance que les diagnostics retenus dans l'expertise psychiatrique du 16 juin 2017, à savoir un ESPT et un épisode dépressif moyen tendant à évoluer de façon chronique fluctuante, ne présentaient pas le caractère d'une atteinte à la santé invalidante, car après une évaluation en fonction des indicateurs standards applicables aux troubles psychiques d'après la jurisprudence, des conséquences fonctionnelles des diagnostics en question n'étaient pas avérées selon un degré de vraisemblance prépondérante. Pour ces raisons, l'intimé a conclu qu'il convenait de s'écarter de l'évaluation de la capacité de travail de l'expert, bien que l'expertise soit en elle-même probante sur le plan médical. Au surplus, l'intimé a retenu que l'atteinte à la santé de l'assurée ne présentait pas de résistance à la thérapie et que le diagnostic d'un état dépressif moyen ne donnait pas non plus de droit à des prestations de l'AI.

3.2 Pour sa part, la recourante conteste la façon dont l'Office AI Berne revoit l'appréciation de la capacité de travail émanant de l'expert qu'il a lui-même mandaté, sans autre avis médical et alors même que l'intimé se fonde sur l'expertise en question pour le surplus. La recourante fait valoir que l'intimé revoit les diagnostics médicaux posés par l'expert et effectue l'appréciation de la capacité de travail avec les indicateurs applicables en ne retenant que les aspects qui lui sont favorables pour justifier un refus de prestations. Elle invoque que l'expert affirme au contraire lui-même que son examen n'avait pas permis de mettre en évidence des motifs d'exclusion, et qu'à la lecture des différents rapports médicaux, dont notamment l'expertise psychiatrique, l'on ne peut que constater que les nombreux symptômes qu'elle présente sont dûment documentés et font l'objet d'explications permettant de conclure à une capacité de travail fortement réduite.

4.

Les documents médicaux figurant au dossier permettent de constater ce qui suit:

4.1 Dans un rapport daté du 2 juin 2016 mais reçu par l'Office AI Berne le 13 octobre 2016, la psychothérapeute ayant traité la recourante en premier lieu a indiqué que cette dernière avait déjà suivi chez elle du 23 janvier 2008 au 26 février 2009 une thérapie de traumatisme à la suite du meurtre de sa sœur; elle avait alors diagnostiqué chez elle un ESPT d'après le ch. F43.1 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Après cette thérapie, la patiente semblait aller mieux. Elle a toutefois repris contact avec elle en automne 2015 en raison de problèmes à son lieu de travail, qui ont culminé avec son licenciement. La psychothérapeute a alors constaté que sa patiente souffrait depuis un certain temps déjà de grands problèmes de concentration et de mémoire, très vraisemblablement assimilables à des dissociations, qui se manifestent par des oublis récurrents, des absences et des flashbacks, ainsi que par des troubles du sommeil et une fatigue chronique émanant d'un état dépressif. Elle souligne que sa patiente avait interrompu son traitement jusqu'en 2015 pour des raisons financières et que les symptômes constatés chez elle se sont chronicisés depuis lors, surtout les dissociations, dépressions et troubles de la concentration, et émet des doutes quant à la possibilité pour sa patiente de réintégrer le monde du travail après une psychothérapie de longue durée.

4.2 Dans son rapport du 17 octobre 2016 à l'attention de l'intimé, la psychologue traitant la recourante au sein du service psychiatrique du groupement hospitalier de la région concernée a pour sa part diagnostiqué un ESTP (ch. F43.1 CIM-10) depuis décembre 2006 ainsi qu'un épisode dépressif moyen (ch. F32.1 CIM-10) depuis environ juin/juillet 2016. Exposant la chronologie de l'atteinte à la santé, elle indique traiter la patiente depuis le 7 septembre 2016, mais que le 7 décembre 2006, celle-ci s'était déjà annoncée au service ambulatoire de crise alors compétent, et y avait suivi une thérapie psychiatrique et psychothérapeutique ambulatoire du 19 juin 2007 au 29 février 2008, puis environ 20 séances auprès de la

psychothérapeute citée ci-dessus (c. 4.1), qu'elle avait à nouveau consultée pour deux à trois séances en 2016. Dans son anamnèse, la psychologue déclare que sa patiente a vécu le meurtre de sa sœur le 3 décembre 2006 alors qu'elle était au téléphone avec elle, ce qui a déclenché l'ESTP, dont les conséquences ont pu être un peu atténuées par la psychothérapie ambulatoire suivie jusqu'en 2008. La psychologue précise que depuis l'événement de 2006, l'état psychique de la recourante ne s'est toutefois plus jamais rétabli et que la capacité de travail de cette dernière était déjà diminuée depuis ce moment-là. Elle explique cependant que ces répercussions ont été atténuées par le fait que la recourante travaillait en équipe avec une autre de ses sœurs, qui a pallié ses carences jusqu'à ce que celle-ci cesse son activité lucrative en 2012. Lorsque la patiente s'est retrouvée seule à son travail, son rendement insuffisant est apparu au grand jour et a eu pour conséquence son licenciement en 2015. La psychologue ajoute que l'ESTP s'est renforcé en 2016, lorsque sa patiente a appris la libération du meurtrier de sa sœur, et qu'un trouble dépressif s'est alors aussi développé. Sur le plan de la capacité de travail, la psychologue indique que des limitations de la patiente dans son activité de femme de chambre existent depuis environ dix ans, qu'une incapacité de travail totale du 25 août au 25 septembre 2016 a été attestée par le psychiatre avec lequel exerce la psychothérapeute citée plus haut (c. 4.1 et rapport du 5 septembre 2016 joint à la demande de prestations AI), et qu'elle-même et le médecin responsable attestent une incapacité de travail totale du 16 septembre au 20 novembre 2016, qui devra vraisemblablement être prolongée par la suite. Elle préconise la poursuite de la psychothérapie et de la thérapie psychiatrique ambulatoire et en clinique de jour, qui devraient améliorer la faculté de la patiente de s'adapter aux règles et aux routines professionnelles et, dans un deuxième temps, la flexibilité et les facultés d'adaptation, de contact et de travail en groupe, tout en précisant que l'horizon temporel de ces améliorations est incertain. Elle estime qu'une reprise de l'activité professionnelle à un taux très diminué devrait pouvoir être envisagée en décembre 2016.

4.3 Sur recommandation d'un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR du 20 février 2017, l'assurée a été soumise à une expertise psychiatrique. Le spécialiste mandaté par l'intimé a rendu son

rapport le 16 juin 2017. Comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, il retient un ESPT (ch. F43.1 CIM-10) ainsi qu'un épisode dépressif moyen (ch. F32.1 CIM-10) tendant à évoluer de façon chronique fluctuante. Après avoir résumé en détail les documents médicaux et professionnels du dossier de l'intimé, l'expert pose une anamnèse circonstanciée de l'assurée du point de vue personnel, familial et professionnel. Outre le meurtre de sa sœur, qu'elle a vécu en direct au téléphone le 3 décembre 2006, le praticien décrit notamment deux autres épisodes dramatiques vécus par celle-ci. Le premier s'est produit à l'âge de 13 ans environ, lorsqu'elle a vu la maison de l'une de ses amies exploser et cette dernière sortir de la maison en courant, ses vêtements de nylon en flammes. L'amie en question est décédée la nuit même à l'hôpital et cet événement a par la suite provoqué des cauchemars chez l'assurée, encore à l'âge adulte. Le second est survenu durant l'été 2005, alors que l'expertisée, une de ses cousines et leurs conjoints étaient allés à la plage. En nageant, le mari de la cousine a été pris dans un tourbillon, a appelé à l'aide et est mort sous ses yeux, elle-même n'ayant rien pu faire pour le sauver. Sur le plan professionnel, l'expert relate que l'assurée a régulièrement travaillé comme femme de chambre dans le cadre d'emplois saisonniers, ce pendant près de quinze ans pour le même établissement, qu'elle a toujours dû faire face à certaines difficultés de concentration dans son travail mais que sa plus jeune sœur, qui était également venue s'installer dans la région, corrigeait les erreurs qu'elle pouvait faire et qu'après que celle-ci a cessé de travailler pour se consacrer à l'éducation de ses enfants, l'assurée a été licenciée à la fin de la saison 2015 en raison de la diminution de ses performances au travail. Le praticien relève encore notamment dans son anamnèse que par la suite, l'assurée s'était inscrite à l'assurance-chômage et avait effectué deux stages probatoires dans des hôtels, qui s'étaient mal passés, mais qu'à partir du 24 mai 2017, elle a commencé à travailler dans une nouvelle place avec un horaire réduit et que malgré l'éloignement de ce lieu de travail, elle appréciait ce contexte professionnel.

Décrivant les plaintes exprimées par l'assurée, l'expert indique essentiellement que le principal symptôme qu'elle mentionne spontanément est celui d'être absente, de ne pas faire attention et qu'elle

est régulièrement sujette à des vagues d'anxiété, qu'elle est triste, malheureuse, pleure souvent, n'a pas d'énergie et n'arrive plus à faire confiance aux gens; plus particulièrement, le souvenir de sa sœur décédée lui revient sans cesse, est mobilisé par toutes sortes de situations et de circonstances, et provoque des cauchemars deux à quatre fois par semaine, qui induisent des angoisses de mort. Le praticien note aussi de nombreuses manifestations physiologiques de l'anxiété présentes chez la patiente, qui est devenue particulièrement irritable et craintive, se sent fatiguée, manque d'énergie, a l'impression d'avoir la tête lourde, mal au cou, ressent une tension et des douleurs dans les épaules, et que sa projection dans l'avenir est marquée par une grande inquiétude de rester comme ça.

L'expert déclare aussi que dans un entretien, la psychologue traitant l'expertisée lui a confirmé les informations figurant dans son rapport du 17 octobre 2016 exposé ci-dessus (c. 4.2) et précisé que depuis cette date, la prise en charge psychothérapeutique se poursuivait régulièrement à raison d'une séance par semaine en principe et avait permis quelques progrès qui restaient modestes. La psychologue a aussi indiqué à l'expert que la patiente avait pu retrouver une place de travail où elle se sent en confiance et parvient à réaliser un pensum modeste, mais qu'elle ne la voyait pas travailler avec un horaire et un rendement complets même à plus long terme. La psychologue a encore déclaré à l'expert qu'une incapacité de travail entière avait été attestée à l'assurée par le service de psychiatrie régional jusqu'au 12 décembre 2016, puis une incapacité de travail de 80% jusqu'au 23 mai 2017, et qu'elle était considérée comme étant encore incapable de travailler à 70% depuis le 24 mai 2017.

Dans sa discussion du cas, l'expert remarque ensuite que le décès tragique de l'amie de l'assurée, survenu au début de l'adolescence, a représenté le premier d'une série de trois événements particulièrement impressionnants et douloureux ayant chacun le niveau de gravité suffisant pour entrer dans la catégorie des événements susceptibles de déclencher un ESPT. Il expose ensuite en détail les critères mis d'une part par la CIM-10 et d'autre part par le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) pour admettre le diagnostic d'un ESPT. Il explique de manière

circonstanciée les raisons pour lesquelles ces critères sont en l'occurrence tous remplis, en particulier en vertu de la façon dont l'expertisée a vécu en direct au téléphone la mise à mort de sa sœur. L'expert explique aussi que les traumatismes psychiques ont un effet cumulatif et que figure au nombre des facteurs influençant le risque de développer un ESPT et son pronostic l'exposition à des traumatismes antérieurs, particulièrement pendant l'enfance. Il relève que l'importance d'une composante dissociative dans l'évolution chez l'expertisée a été constatée par différents observateurs et qu'elle est aujourd'hui encore manifeste alors que la survenue d'une dissociation pendant le traumatisme et sa persistance après le traumatisme sont un facteur de risque. L'expert précise encore que la dissociation est un mécanisme de défense reposant sur un processus mental dans lequel des idées, des sensations, des informations, des éléments de l'identité ou des souvenirs qui devraient normalement être fondus en un tout sont isolés les uns des autres, et que les personnes ayant été exposées à des événements de vie traumatisants recourent souvent de façon étendue voire envahissante à la dissociation pour se protéger contre les souvenirs récurrents du traumatisme et les expériences émotionnelles complexes particulièrement douloureuses qui les accompagnent. D'après le praticien, le bon support social dont l'expertisée semble avoir pu bénéficier dans sa vie de famille, mais aussi dans sa vie professionnelle, est considéré comme un facteur protecteur qui modère l'évolution après le traumatisme et peut expliquer l'évolution relativement favorable que les troubles ont pu connaître jusqu'à ces dernières années, durant lesquelles des parts importantes de ce support ont été malheureusement perdues, la sœur de l'expertisée, devenue mère, n'ayant plus pu être à son côté pour la soutenir au lieu de travail et la perte de son emploi ayant alors représenté un coup dur la privant d'un étayage de première importance. Enfin, l'expert souligne que le fait d'apprendre que l'assassin de sa sœur pouvait se trouver en liberté était de nature à exacerber les symptômes d'un trouble qui paraît avoir "cuvé comme le feu sous la cendre" pendant les années de relativement bonne adaptation que l'expertisée avait connues, sans pour autant être libre de symptômes. Par ailleurs, l'expert souligne également que compte tenu du nombre de symptômes présents et de l'ampleur relative des différentes manifestations dépressives telle qu'on peut la quantifier sur la base des plaintes de l'expertisée, qui paraissent crédibles,

et du tableau clinique, un diagnostic d'épisode dépressif moyen (ch. F32.1 CIM-10), ainsi que posé par les services psychiatriques régionaux, demeure actuellement justifié. Selon lui, l'évaluation confirme la notion d'une dépression de sévérité moyenne. Il précise sur ce point qu'un trouble dépressif représente une comorbidité fréquente dans les ESPT et qu'il signale généralement – ce qui est selon lui manifestement le cas chez l'assurée – un épuisement des mécanismes mis en place pour tenter de tenir à distance les expériences émotionnelles pénibles accompagnant la reviviscence itérative du traumatisme. Il explique que ces mécanismes ont habituellement en commun d'apporter un répit partiel et momentané au prix d'attitudes peu constructives entraînant un déséquilibre existentiel à terme de plus en plus important. Il conclut en substance des réflexions qui précèdent que les troubles développés par l'expertisée en réaction au drame qu'elle a vécu en 2006, après avoir déjà connu jusque-là des expériences potentiellement traumatisantes qui l'avaient fragilisée, se sont nettement aggravés depuis la fin de l'été 2016. De son avis, ces troubles demeurent de gravité au moins moyenne et impliquent des limitations fonctionnelles significatives qui vont vraisemblablement persister, avec certaines fluctuations mineures, autour du niveau de gravité actuel dans les années à venir. Il précise cependant qu'une stabilisation des troubles à leur niveau actuel paraît un objectif thérapeutique réaliste et qu'un réengagement dans une activité professionnelle, tel celui qui semblait se mettre en place depuis quelques semaines, pourrait contribuer à une stabilisation. L'expert déclare néanmoins à cet égard qu'il rejoint les thérapeutes de l'expertisée dans leur appréciation qu'elle ne serait pas capable de travailler avec un horaire et un rendement complets, cela valant même dans une situation plus favorable que celle de l'emploi actuel nécessitant de longs déplacements.

Au vu des considérations ci-dessus, s'agissant de la capacité de travail, l'expert déclare que l'expertisée devrait encore être capable de travailler cinq heures par jour, soit 25 heures par semaine, dans l'hôtellerie, dans un emploi similaire à ceux qu'elle a occupés dans le passé, et qu'avec un horaire ainsi réduit respectant sa fatigabilité et son manque de résistance au stress, son rendement ne devrait être que faiblement limité. Il précise qu'elle aura certes encore tendance à faire des erreurs et pourra se

montrer plus lente qu'une employée en pleine santé, sans toutefois qu'on doive compter avec une diminution de rendement plus importante qu'un 10%. Pour consolider le processus de réadaptation, l'expert privilégie la voie choisie d'un soutien thérapeutique dans un contexte professionnel approprié et met en garde contre l'organisation de mesures formelles de réinsertion.

4.4 Invitée par le mandataire de la recourante à prendre position une nouvelle fois au vu de la présente procédure, la psychologue traitant la recourante s'est exprimée en détail dans la réplique du 22 février 2018. Elle a notamment confirmé que c'est l'événement traumatique de 2006 (mort de sa sœur) qui a engendré un trouble post-traumatique chez la patiente, les symptômes ayant été présents dès les premiers jours après le meurtre et la recourante ayant cherché de l'aide chez son médecin de famille trois jours après le meurtre. Elle est d'avis qu'il est faux de dire que la patiente a été en bonne santé jusqu'en 2016, car les symptômes et la diminution de la capacité de travail en résultant étaient présents dès 2006, mais grâce à la compréhension de son employeur et à l'aide de sa sœur, qui travaillait avec elle, cette diminution de la capacité de travail a pu être cachée ou a été acceptée par l'employeur, ce qui ne veut pas dire que la capacité de travail n'était pas diminuée. Quant à l'épisode dépressif moyen (ch. F32.1 CIM-10), contrairement à ce qu'allègue l'intimé dans son mémoire de réponse du 29 janvier 2018, la psychologue déclare que le fait que l'expert le décrive comme "chronique fluctuant" veut dire que le trouble est présent depuis au moins 2016 (certainement avant) sans discontinuer, avec des phases où la symptomatologie est plus accentuée et des phases légèrement moins. Par comparaison avec le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent (ch. F33 CIM-10), la psychologue explique qu'avec le code F32.1, l'expert confirme que les symptômes dépressifs sont présents sans rémission depuis au moins 2016. Elle poursuit en constatant qu'une reprise de l'activité professionnelle, avec une capacité de travail actuelle de 40%, a été positive pour la patiente, mais que cette dernière est néanmoins entravée dans sa capacité de travail pour des raisons médicales et aurait besoin de mesures de réadaptation pour pouvoir augmenter celle-ci, une capacité de travail de 50% pouvant être atteinte de manière réaliste en cas de succès de la réadaptation, selon l'expert psychiatre.

5.

5.1 Cela étant, on doit admettre la force probante du rapport d'expertise du 16 juin 2017. Il remplit les conditions formelles exigées par la jurisprudence (voir ci-dessus c. 2.4 et 2.5) et fournit les renseignements et évaluations devant permettre à l'administration et au juge d'estimer le caractère invalidant de l'atteinte à la santé et l'évolution de cette atteinte, ainsi que ses répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Elaborée sur la base d'un entretien personnel avec l'assurée d'une durée de trois heures et quart, d'un entretien téléphonique avec la psychologue traitant l'assurée et de l'ensemble du dossier médical, l'expertise comporte une anamnèse précise et très détaillée sur les plans personnel, familial, professionnel et social. Les autres avis médicaux antérieurs figurant au dossier ont été largement retranscrits dans l'expertise, démontrant une étude fouillée et consciencieuse du dossier. L'expert, dont la qualification ne peut être mise en doute, a également soigneusement consigné les plaintes subjectives de la recourante, tout comme les constatations objectives découlant de ses propres observations ainsi que ses évaluations diagnostiques très détaillées. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions de l'expert motivées. Ces conclusions, tant sur le plan des diagnostics que de l'exigibilité d'une activité adaptée et de la capacité de travail, se fondent sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assurée par le biais tant des avis médicaux antérieurs que des éléments rapportés à l'anamnèse et des plaintes subjectives exprimées, et restituent de manière claire l'ensemble des faits qui s'en dégagent. Les conclusions de l'expert sont détaillées, bien étayées, s'avèrent logiques et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Elles ont par ailleurs été élaborées par l'expert à la lumière des critères de classification, des motifs d'exclusion et des indicateurs définis par la jurisprudence, applicables à l'évaluation du caractère invalidant des troubles psychiques (voir ci-dessus c. 2.4). Au vu du rapport, complet à tout point de vue, fourni à l'intimé et au regard des conditions fixées en la matière par la jurisprudence, pleine et entière valeur probante peut dès lors être reconnue à cette évaluation spécialisée.

5.2 Au vu de ce qui précède, il convient d'examiner si c'est à bon droit que l'intimé s'est écarté de l'estimation de l'atteinte à la santé et de ses répercussions sur la capacité de travail de la recourante faite par l'expert psychiatre aux fins d'évaluer selon ses propres critères juridiques les troubles de l'assurée - allant même jusqu'à remettre en question, dans ses mémoires de réponse du 29 janvier 2018 et de duplique du 12 mars 2018, les diagnostics posés par l'expert – et conclure à l'absence de toute atteinte à la santé invalidante pour refuser à l'assurée tout droit à des prestations de l'AI. Certes, 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).

Dans la décision contestée, l'intimé a nié l'existence d'une atteinte à la santé invalidante au sens légal en reconnaissant certes la présence chez la recourante d'un ESPT et d'un épisode dépressif moyen tendant à évoluer de façon chronique fluctuante, mais a considéré que globalement, la probabilité prépondérante des conséquences fonctionnelles mises en avant pour les atteintes psychiques médicalement constatées à l'aide des indicateurs standards n'était pas avérée. Dans son mémoire de réponse du 29 janvier 2018, l'intimé fait même valoir qu'on ne saurait retenir le diagnostic d'ESPT du fait que le critère pertinent du temps de latence de quelques semaines à quelques mois ne serait pas rempli, et affirme que le diagnostic d'épisode dépressif moyen ne représente pas une atteinte à la santé invalidante à caractère indépendant parce qu'il n'a qu'une tendance chronique fluctuante. A cet égard, dans son mémoire de duplique du 12 mars 2018, l'intimé va même jusqu'à prétendre que si ce trouble a tendance à évoluer de façon chronique fluctuante, il serait établi qu'il n'aurait actuellement pas de caractère chronique, puisque la tendance est fluctuante. Le point de vue de l'intimé ne saurait être partagé.

5.3

5.3.1 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, a posé le diagnostic d'ESPT en exposant de manière très circonstanciée les critères de la CIM-10 et du DSM-5, indiquant de manière convaincante que ceux-ci sont manifestement remplis dans le cas de la recourante. A cet égard, on soulignera que l'argument de l'intimé, selon lequel le critère de diagnostic de l'ESPT d'un temps de latence de quelques semaines à quelques mois entre l'événement traumatique et le développement d'un ESPT ne serait pas rempli, tombe à faux. En effet, l'expert a clairement expliqué que dans le cas de la recourante, l'effet cumulatif des traumatismes psychiques subis a joué un rôle déterminant dans l'apparition des symptômes de l'ESPT et non pas uniquement la mort tragique de son amie à l'âge de 13 ans, ni celle de sa sœur en 2006. Il a mis en évidence l'importance en l'occurrence d'une composante dissociative dans l'évolution de l'assurée, qui est encore aujourd'hui manifeste, et exposé que la survenue d'une dissociation pendant le traumatisme de 2006 et sa persistance par la suite sont un facteur de risque. Il a aussi retenu que le bon support social dont l'expertisée semble avoir pu bénéficier dans sa vie de famille, mais aussi dans sa vie professionnelle, était un facteur protecteur qui avait modéré l'évolution après le traumatisme, qui expliquait l'évolution relativement favorable que les troubles avaient pu connaître jusqu'à ces dernières années, durant lesquelles des parts importantes de ce support avaient été malheureusement perdues. En résumé, l'expert a conclu sans équivoque que la perte du soutien de son autre sœur dans son travail, le licenciement qui s'en est suivi et enfin, la nouvelle que l'assassin de sa sœur pouvait se trouver en liberté avaient été de nature à exacerber les symptômes d'un trouble qui paraissait latent jusqu'alors, sans pour autant être libre de symptômes (voir ci-dessus c. 4.3).

5.3.2 Par ailleurs, en ce qui concerne le diagnostic d'épisode dépressif moyen, lorsque l'expert précise que l'atteinte en question a tendance à évoluer de façon chronique fluctuante, il apparaît très clairement, à la lecture de ses propos, que le caractère chronique de l'atteinte est

indiscutablement donné, contrairement à ce que voudrait l'intimé, et que c'est l'intensité de celle-ci qui s'avère fluctuante, et non pas sa chronicité. A l'attention de l'Office AI Berne, il convient également de rappeler que s'il est vrai que le Tribunal fédéral (TF) avait certes 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), la jurisprudence relative aux troubles dépressifs a fait depuis lors l'objet d'un revirement et le caractère décisif du critère de la résistance au traitement a notamment été abandonné, ainsi qu'il l'avait déjà été dans un jugement rendu en 2001 (ATF 127 V 294 c. 4c) du reste (ATF 143 V 409 = 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 F33 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 (ATF 143 V 418 = 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 troubles somatoformes douloureux et affections assimilées (dites "psychosomatiques", ce terme ayant été par ailleurs banni de la CIM-10) au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 409 c. 4.3 et 4.5.1 et ATF 143 V 418 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 (ATF 143 V 418 c. 8.1, 9C_596/2016 du 26 septembre 2017 c. 5.1).

5.3.3 Il s'ensuit que l'approche de l'intimé, consistant à scinder l'évaluation des deux diagnostics retenus par l'expert psychiatre et d'éliminer leurs conséquences invalidantes en arguant que l'un (ESPT) n'est pas donné au vu du critère de temps de latence entre l'événement traumatisant et l'apparition des symptômes, et que l'autre (épisode dépressif moyen) n'apparaîtrait pas chronique, ne peut être confirmée, eu égard à l'analyse fouillée et motivée de manière très complète de l'expert. Il s'agit bien plus d'évaluer l'ensemble des répercussions de l'état de santé de l'assuré 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 du rapport d'expertise du 16 juin 2017. Les indicateurs déterminants pour l'estimation du caractère invalidant des atteintes psychiques ont été non seulement pris en compte par l'expert, mais soigneusement évalués par celui-ci (voir p. 18 à 23 de l'expertise). Il déclare notamment expressément que son estimation des limitations de l'expertisée en termes d'horaires et de rendement repose exclusivement sur la diminution des capacités fonctionnelles dues à l'atteinte à la santé et qu'elle se base sur ce que l'expertisée devrait, au plan professionnel, être capable de faire dans une situation hypothétique où un emploi approprié se trouverait à proximité de son domicile, le fait qu'elle vive dans un lieu isolé et mal desservi par les transports en commun semblant représenter le principal facteur étranger à l'invalidité jouant un rôle dans sa situation. L'expert indique aussi que ses investigations ne lui ont pas permis de mettre en évidence de motifs d'exclusion tels qu'une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires, ni de maladie addictive chez l'expertisée. Pour ce qui est des ressources de l'assurée, l'expert mentionne qu'un certain nombre d'éléments du dossier parlent en faveur du maintien d'une capacité de travail partielle pour autant que l'expertisée ne soit pas sursollicitée au plan des horaires, et qu'elle semble avoir retrouvé un certain équilibre à un niveau de fonctionnement inférieur à celui qu'elle avait pu connaître entre 2006 et 2016, les troubles semblant dans une large mesure évoluer en fonction de leur logique propre et n'être influencés que très marginalement

par des facteurs contextuels. Il ajoute que la recourante semble pouvoir compter sur un bon soutien de la part de son environnement familial, qu'elle est certainement motivée à travailler et adhère de manière optimale à la thérapie qui lui est proposée, mais qu'un aspect fruste, un caractère craintif et peu affirmé ainsi que la relative gravité des troubles dont elle souffre interfèrent cependant avec sa capacité à remettre en place un équilibre lui permettant de fonctionner de façon aussi satisfaisante qu'elle a pu le faire jusqu'en 2016. Concernant le caractère exigible de mesures de réadaptation, l'expert est d'avis que, dans une perspective de prise en charge réaliste veillant à ne pas sursolliciter les ressources modestes de l'assurée, il convient de poursuivre dans la voie engagée avec l'aide des thérapeutes de la patiente, à savoir l'exercice de son activité de femme de chambre à raison d'un horaire réduit. Le praticien craint que l'assurée évoluerait de façon moins favorable dans le contexte d'une mesure formelle de réinsertion où les enjeux sont complexes et les contingences souvent artificielles. Il conclut sur ce point que dans un tel milieu, elle aurait de la peine à donner le meilleur d'elle-même, si bien que des mesures de réadaptation de l'AI ne lui paraissent pas opportunes. Quant à la cohérence entre les symptômes constatés, les souffrances qu'ils engendrent et les limitations qui s'ensuivent dans tous les domaines de la vie, l'expert, renvoyant aux chapitres détaillés de son rapport consacrés à l'anamnèse et à la discussion du cas, souligne que les troubles dont souffre l'expertisée semblent conduire, dans tous les domaines de sa vie, à des répercussions négatives comparables à celles affectant son fonctionnement dans le monde du travail, car d'après les indications crédibles de la patiente, elle avait une vie sociale, notamment en termes d'activités et de sorties avec des amis, nettement plus riche et active avant la décompensation intervenue en 2016 que ce n'est plus le cas depuis lors (voir notamment p 9 s. de l'expertise).

5.4 Il se justifie dès lors d'accorder une entière valeur probante au rapport d'expertise psychiatrique du 16 juin 2017 non seulement quant à son évaluation médico-théorique, mais aussi quant à son appréciation convaincante du caractère incapacitant des atteintes diagnostiquées. 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 d'approfondir encore plus que ci-dessus toutes les étapes de l'analyse structurée (ATF 143 V 418 c. 7.1).

5.5 Dans son mémoire de réponse du 29 janvier 2018, l'intimé a encore allégué que les conditions d'assurance ne seraient pas réalisées chez l'assuré pour ce qui concerne l'ESPT, du fait que lors du premier traumatisme subi, la recourante était âgée de 13 ans et vivait encore dans son pays d'origine. Cet argument ne saurait influencer sur l'issue du présent litige. En effet, contrairement aux affirmations de l'intimé, l'expert psychiatre n'a nullement indiqué que l'ESPT dont est atteint la recourante s'était déclaré à l'âge de 13 ans, mais a uniquement spécifié que le décès tragique de l'amie de la recourante a représenté le premier d'une série de trois événements impressionnants et douloureux ayant chacun le niveau de gravité suffisant pour entrer dans la catégorie des événements susceptibles de déclencher un état de stress post-traumatique (p. 14 de l'expertise). Comme déjà relevé plus haut, l'expert a clairement précisé que les traumatismes psychiques avaient un effet cumulatif, et que les symptômes d'un ESPT étaient apparus en réaction au drame qu'elle a vécu en 2006 lors de la mort de sa sœur, pour s'aggraver nettement depuis la fin de l'été 2016. Son avis converge à cet égard avec ceux de la psychothérapeute et de la psychologue qui ont traité la recourante. La psychologue, dans sa prise de position citée dans la réplique du 22 février 2018, déclare sans équivoque que les symptômes et la diminution de la capacité de travail de la recourante étaient présents dès 2006, mais que grâce à la compréhension de son employeur et à l'aide de son autre sœur (qui travaillait avec elle), cette diminution de la capacité de travail a été acceptée par son employeur et ne s'est manifestée qu'après son licenciement à fin octobre 2015. Il y a lieu de considérer ce déroulement des faits comme établi selon une vraisemblance prépondérante. La recourante ayant par ailleurs séjourné et travaillé en Suisse depuis 1998 et versé sans discontinuer des cotisations à l'AVS/AI depuis lors (voir l'extrait du compte individuel de cotisations [CI] figurant au dossier), il s'avère dès lors à l'évidence que les conditions d'assurance étaient remplies en sa personne lorsque les premiers symptômes de l'ESPT sont apparus en 2006 et ont provoqué une incapacité de travail durable après son licenciement en 2015.

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, l'intimé se devait d'accorder un droit aux prestations en fonction de l'évaluation résultant de l'expertise, à savoir une capacité de travail de cinq heures par jour (25 heures par semaine), avec une perte de rendement de 10%, dans un emploi similaire à ceux occupés précédemment dans l'hôtellerie, en privilégiant la voie d'une réinsertion concrète sur le marché du travail avec un appui thérapeutique, plutôt que d'imposer des mesures de réadaptation formelles (voir ci-dessus c. 4.3). Au regard de ces données, un droit à une rente devait être envisagé. L'intimé ayant (à tort) nié à la recourante tout droit aux prestations de l'AI en considérant qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante, il n'a pas du tout abordé l'évaluation de l'invalidité. Il en résulte que la décision doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour l'examen du droit à une rente (à ce stade, rétroactivement, aucune mesure de réadaptation, même d'aide au placement, n'entre plus en ligne de compte).

6.2 Pour son évaluation de l'invalidité et du droit à une rente à partir des résultats de l'expertise rappelés ci-dessus, l'Office AI Berne prendra notamment en considération les points suivants.

Il se déterminera préalablement sur la méthode d'évaluation de l'invalidité à adopter (méthode ordinaire ou mixte).

S'agissant de la naissance du droit à une rente (voir c. 2.2 ci-dessus), contrairement aux conclusions du recours, il apparaît qu'à l'échéance du délai de carence de l'art. 29 LAI (début mars 2017, 6 mois après le dépôt de la demande de prestations), le délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b LAI n'était à première vue pas encore échu. En effet, même si certains médecins et thérapeutes ayant traité l'assurée estiment qu'elle était entravée dans sa capacité de travail depuis de nombreuses années, on ne peut ignorer que la recourante a été indemnisée par l'assurance-chômage pour un taux d'occupation de 100% dès le 2 novembre 2015 et qu'elle a été déclarée inapte au placement dès le 29 juillet 2016 pour des raisons autres que médicales. Une incapacité de travail durable, à 100% à cette époque, n'a été attestée médicalement de manière précise qu'à partir du 25 août 2016. C'est un médecin psychiatre qui l'a certifié le 5 septembre 2016 (voir

c. 4.2 ci-dessus), alors que 18,5 heures de travail ont quand même encore été effectuées au cours du mois de septembre 2016 (voir c. A). En raison du délai d'attente, un droit à une rente a donc pu naître au plus tôt le 1^{er} juillet 2017.

Pour le calcul de la perte de gain, la capacité de travail et de rendement évaluée par l'expert (examens du 31 mai 2017, rapport du 16 juin 2017) valait donc déjà à l'échéance du délai d'attente et a continué de valoir à tout le moins jusqu'à la date de la décision contestée du 19 octobre 2017. Pour les fluctuations de la capacité de travail intervenues avant l'expertise, pendant le délai d'attente, l'expert a retranscrit les données que lui a fournies la thérapeute de la recourante (bas de la p. 13 de l'expertise). Puisque la capacité résiduelle de travail et de rendement de la recourante s'applique au même genre d'emplois que ceux qu'elle occupait avant sa demande de prestations, une comparaison de revenus sans et avec invalidité en pour-cent pourra suffire (ATF 114 V 310 c. 3a, 107 V 17 c. 2d, 104 V 135 c. 2b; SVR 2017 IV n° 70 c. 2.2). Préalablement, pour le revenu hypothétique avec invalidité, l'intimé aura converti le nombre d'heures fixé par l'expert en un taux d'occupation (sur la base, par exemple, de la statistique de la durée normale du travail dans les entreprises de la branche concernée), dont il aura encore déduit la perte de rendement et un éventuel abattement (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3).

6.3 Hormis l'examen du droit à une rente tel que précisé ci-dessus (c. 6.1 et 6.2), au vu de l'écoulement du temps jusqu'à la nouvelle décision à rendre, l'intimé devra également se prononcer sur le droit aux prestations pour la période ultérieure en actualisant les données nécessaires.

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision contestée du 19 octobre 2017 est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

7.2 Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 et 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais de Fr. 800.- versée par la recourante lui sera restituée après l'entrée en force du présent jugement.

7.3 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 LPGA et 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires de son mandataire du 3 avril 2018, 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. 1'001.- (honoraires: Fr. 780.-; débours: Fr. 150.-; TVA: Fr. 71.-).

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais de Fr. 800.- versée par la recourante lui sera restituée après l'entrée en force du présent jugement.
3. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 1'001.- (débours et TVA compris) au titre de remboursement de ses dépens pour la procédure judiciaire.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification 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).