

200.2017.339.AI
N° AVS
DEJ/BEJ

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

Jugement du 1^{er} novembre 2018

Droit des assurances sociales

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



A. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 13 mars 2017

En fait:

A.

A._____, née en 1988, sans formation professionnelle certifiée, a travaillé en dernier lieu en qualité de collaboratrice en production. Alors qu'elle se trouvait en incapacité partielle de travail, elle a déposé en décembre 2014 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office AI Berne en invoquant une affection rhumatismale. Saisi de cette demande, ledit Office AI l'a instruite en requérant notamment des informations auprès des médecins traitants, puis auprès de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui a conseillé la tenue d'une expertise médicale pluridisciplinaire. L'Office AI Berne a par la suite communiqué à l'assurée qu'elle n'avait pas de droit à des mesures professionnelles. L'expertise pluridisciplinaire susmentionnée a eu lieu en juin 2016 auprès d'un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI; COMAI B._____; consilium du 13 juillet 2016). Sur la base de cette expertise, l'Office AI Berne a communiqué à l'assurée, le 2 novembre 2016, qu'il projetait de lui refuser tout droit à des prestations de l'AI en raison de l'absence d'atteinte à la santé invalidante.

B.

Nonobstant les objections déposées par l'assurée et après avoir accordé un délai pour améliorer celles-ci en raison d'un changement de médecin, l'Office AI Berne a confirmé le contenu de sa préorientation et a décidé, par décision du 13 mars 2017, de lui refuser toute prestation AI.

C.

Le 31 mars 2017, l'Office AI Berne a transmis au Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en vue de son traitement comme objet de la compétence de ce dernier, un écrit de l'assurée du 28 mars 2017, écrit comprenant une requête de prolongation du délai pour recourir en raison

d'un changement de médecin. Informée des conditions que doit remplir un écrit pour être considéré en tant que recours interjeté dans le délai légal, l'assurée a confirmé sa volonté de recourir et complété son argumentation par courrier du 5 avril 2017 (posté le 7). Elle conclut, implicitement, à l'annulation de la décision attaquée et à une aide pour trouver des solutions, en se déclarant prête à se soumettre aux expertises et tests nécessaires.

Le 30 mai 2017, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Par la suite, la recourante a pris position les 9 juin 2017 et 31 octobre 2017, joignant à son dernier écrit des moyens de preuve. L'Office AI Berne a maintenu sa conclusion tendant au rejet du recours par courrier du 16 novembre 2017 et la recourante a une nouvelle fois pris position (avec annexe) le 26 novembre 2017, courrier qui a été communiqué à l'Office AI Berne avec l'ordonnance du 30 novembre 2017.

En droit:

1.

1.1 La décision du 13 mars 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'AI. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et sur une demande de la recourante de soutien pour l'avenir. Sont particulièrement critiquées l'importance conférée par l'Office AI Berne aux éléments relatifs à la vie sociale et aux ressources présentes chez la recourante, de même que l'insuffisance de l'instruction concernant une maladie encore incertaine.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA,

RS 830.1]; art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]). A toutes fins utiles, il sied de mentionner que la recourante était domiciliée dans le canton de Berne lorsqu'elle a introduit sa demande de prestations AI, si bien que l'Office AI Berne était effectivement compétent pour rendre une décision à son sujet, décision qui peut être attaquée devant le TA (voir art. 55 al. 1 et 69 al. 1 let a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Le fait que la recourante soit dorénavant domiciliée dans un autre canton ne change aucunement ce qui précède.

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 exigibles (art. 7 LPGA). Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA).

2.2 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans

interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.3 Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4). 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 Il incombe tout d'abord au médecin (expert) d'évaluer l'état de santé et, si nécessaire, de décrire son évolution dans le temps, c'est-à-dire de réunir les résultats des investigations en procédant à un examen médical selon les règles de l'art, en tenant compte des plaintes subjectives, puis de poser un diagnostic en se fondant sur ces résultats. En cela, l'expert accomplit sa tâche spécifique, pour laquelle l'administration et les tribunaux ne sont pas compétents. Le médecin n'a en revanche pas la compétence de statuer en dernier ressort sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Il se contente bien plus de prendre position sur l'incapacité de travail, à savoir de procéder à une évaluation qu'il motive de son point de vue le plus substantiellement possible. En fin de compte, les données fournies par le médecin constituent un élément important pour l'appréhension juridique de la question des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré. Au besoin, afin de déterminer la capacité économiquement exploitable, il convient de recourir, en complément du

dossier médical, aux spécialistes de l'intégration et du conseil professionnels (ATF 140 V 193 c. 3.2).

3.

3.1 A l'appui de sa décision contestée, l'Office AI Berne estime qu'il n'existe pas d'atteinte à la santé invalidante. S'écartant des résultats de l'expertise pluridisciplinaire qu'il a lui-même diligentée et qui retiennent une pleine incapacité de travail pour toute activité nécessitant l'usage des mains (donc quasiment toute activité professionnelle), il est d'avis qu'en application de la jurisprudence spécifique relative aux atteintes d'ordre psychiatrique, l'affection retenue par les experts n'est pas d'une intensité suffisante pour pouvoir justifier une incapacité de travail au sens de l'AI; par ailleurs, toujours selon l'Office AI Berne, même si la gravité de l'atteinte devait être suffisante, alors l'évaluation des indicateurs tend à démontrer que le trouble est surmontable.

3.2 En substance, la recourante émet sa demande de soutien en faisant valoir que les experts ne l'ont pas suffisamment questionnée et testée pour pouvoir évaluer sa véritable situation, expliquant à ce propos qu'il n'est pas dans sa nature de se plaindre et qu'elle a mis en place différents stratagèmes (visibles au cours de l'expertise) pour lutter contre ses atteintes. Concernant les diagnostics retenus par les experts, la recourante s'étonne de l'absence de fibromyalgie et indique souffrir du syndrome d'Ehler-Danlos, qui a nouvellement été mis en évidence.

4.

Quant aux faits médicaux pertinents de la cause, on peut retenir ce qui suit.

4.1 Le 11 avril 2015, le médecin généraliste traitant de la recourante (désormais à la retraite) a fait parvenir un rapport médical à l'Office AI Berne, rapport accompagné de 16 annexes (dont plusieurs rapports médicaux). Les diagnostics retenus, avec répercussion sur la capacité de travail, sont des brachialgies bilatérales d'origine plurifactorielle, un

syndrome d'hyperlaxité ligamentaire, des troubles d'anxiété généralisés et un syndrome fibromyalgique, l'ensemble de ces atteintes datant du printemps 2013. Le médecin indique qu'en juillet 2013, des apparitions spontanées de douleurs des deux membres supérieurs sont apparues et qu'il s'en est suivi une investigation poussée au niveau de la symptomatologie (neurologie, rhumatologie et chirurgie de la main). Il précise encore que les symptômes actuels sont de deux ordres, d'ordre physique tout d'abord avec atteinte ostéoarticulaire (hyperlaxité au niveau des mains, coudes et genoux) ainsi que nombreux points insertionnels douloureux (cervicales, présacrée, épaules, coudes et genoux), puis d'ordre psychique avec un trouble d'anxiété généralisé avec composante dépressive. L'incapacité de travail, qui a fluctué depuis 2013, est complète depuis le 8 janvier 2015 dans l'activité exercée jusqu'alors.

4.2 Le 21 mai 2015, le psychiatre traitant de la recourante a également fait parvenir un rapport médical à l'intimé. Il retient un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) et considère que la recourante se trouve à 100% en incapacité de travail depuis le 7 février 2015 et que ce taux est à réévaluer en juillet 2015. De façon plus générale, il indique ne pas préconiser une activité au-delà de 50%.

4.3 Consulté par l'Office AI Berne, un médecin généraliste du SMR a conseillé la tenue d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologie, neurologie et psychiatrie), laquelle a eu lieu entre juin et juillet 2016 (examens en juin et consilium du 13 juillet).

4.3.1 L'expert psychiatre retient le diagnostic de trouble dissociatif (de conversion) mixte (CIM-10 F44.7), laquelle affection a une répercussion sur la capacité de travail. Il indique également qu'il existe un trouble anxieux phobique (CIM-10 F40.8), toutefois sans répercussion sur la capacité de travail. Au terme de son expertise, il considère que la capacité de travail de la recourante est nulle dans toute activité exigeant un tant soit peu l'usage de ses mains (donc dans presque toute activité professionnelle), mais estime que la situation pourrait évoluer et préconise de ce fait une prise en

charge par un organisme de réadaptation avec une nouvelle évaluation une année après.

4.3.2 L'expert en rhumatologie retient à titre de diagnostic un état douloureux chronique (CIM-10 R52.9), toutefois sans qu'il n'ait d'effet sur la capacité de travail. Selon son appréciation, il n'existe aucune atteinte de l'appareil locomoteur susceptible de retentir sur la capacité de travail, quel que soit le domaine envisagé.

4.3.3 L'expert en neurologie n'a diagnostiqué aucune atteinte relevant de son domaine de compétence.

4.3.4 Dans leur consilium final, les experts susmentionnés et l'experte principale, spécialisée en médecine interne et rhumatologie, retiennent le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dissociatif (de conversion) mixte (CIM-10 F44.7). Sans qu'ils n'aient d'effet sur la capacité de travail, les diagnostics de trouble anxieux phobique (CIM-10 F40.8), d'état douloureux chronique (CIM-10 R52.9), de status après IVG en 2013 et de status après adénoïdectomie sont posés. Sur la base de l'expertise psychiatrique, les experts retiennent une incapacité complète de travail, tout en précisant que le pronostic n'est pas complètement sombre et qu'une thérapie pluridisciplinaire axée sur des mesures professionnelles pourrait améliorer la situation. Ils préconisent dans ce sens une nouvelle évaluation après une année de cette mesure.

4.4 A l'appui de son recours, la recourante a présenté le rapport médical d'une rhumatologue posant le diagnostic de syndrome d'hypermobilité articulaire type syndrome d'Ehlers-Danlos, sans que la capacité de travail ne soit évoquée.

5.

5.1

5.1.1 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils

permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

5.1.2 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).

5.1.3 En l'espèce, il s'agit surtout d'examiner si l'Office AI Berne s'est à raison distancié des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire pour considérer que la recourante ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante, alors même que ladite expertise retient une incapacité de travail totale, à réévaluer après une année de traitement.

5.2 Elaborée sur la base d'examens personnels de l'assurée effectués par chacun des experts dans sa discipline respective, l'expertise réalisée en juin et juillet 2016 comporte une anamnèse précise sur les plans familial, personnel, systématique, psychosocial, professionnel et actuel. Les autres nombreux avis médicaux antérieurs figurant au dossier ont été largement retranscrits dans l'expertise, démontrant une étude fouillée et consciencieuse du dossier (voir notamment l'anamnèse complète et fouillée des rapports médicaux au dossier effectuée par la médecin spécialiste en médecine interne responsable de l'expertise au dossier [dos.] AI 52.1/2-4). Les experts, dont les qualifications ne peuvent être mises en doute, ont également soigneusement consigné les plaintes subjectives de la recourante, tout comme les observations objectives découlant des différents examens dans chaque discipline médicale. Le contexte médical

est clairement décrit et les conclusions des experts et du colloque de synthèse motivées.

5.2.1 Sur le plan matériel, les conclusions retenues sur le plan somatique (rhumatologique et neurologique) par les experts s'avèrent logiques, bien étayées et ne sont finalement pas véritablement remises en question. Quant au diagnostic de fibromyalgie, que la recourante s'étonne de ne pas retrouver dans l'expertise, l'expert en rhumatologie l'a écarté de façon convaincante, en énonçant que le tableau clinique présenté n'a rien à voir avec une telle atteinte, indiquant au surplus qu'il s'agit d'un diagnostic souvent posé lorsque l'on ne peut apposer d'autre diagnostic sur des douleurs articulaires (dos. AI 52.3/6). A toutes fins utiles, les documents présentés par la recourante à l'appui de son recours (suspicion de syndrome d'Ehlers-Danlos) ne sont pas suffisamment précis, notamment sur le plan temporel, pour remettre en question les diagnostics et appréciations retenus par les experts. On peut ainsi retenir que la recourante ne souffre pas d'atteinte somatique limitant sa capacité de travail.

5.2.2 Il convient ensuite d'examiner la situation de la recourante sous l'angle psychosomatique.

5.2.2.1 Une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI 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 phr. 1 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 standards. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (c. 6).

5.2.2.2 En l'occurrence, les experts ont indiqué de façon claire et bien étayée que les constatations objectives ne permettent pas d'expliquer l'intensité du tableau douloureux et qu'une composante psychogène semble soutenir l'évolution défavorable de la recourante. C'est ainsi qu'ils se sont principalement basés sur l'expertise psychiatrique pour déterminer s'il existe une capacité de travail. Malgré certaines incohérences notées par les experts somaticiens (par exemple: capacité de délayer les chaussures, déplacement en voiture pour se rendre à l'expertise) et une description de la vie quotidienne assez diversifiée et ouverte, le trouble dissociatif de conversion mixte diagnostiqué entraîne, selon les experts réunis en consilium, une incapacité totale de travail dans toute activité nécessitant l'usage des mains. En particulier, il est permis de relever le soin apporté par l'expert psychiatre à l'établissement de son diagnostic, celui-ci expliquant que la grossesse non désirée intervenue en 2013, combinée avec le ressenti d'avoir été abandonnée par son propre père, semble avoir provoqué chez la recourante une décompensation psychique avec régression et survenue d'une angoisse anaclitique, le déficit fonctionnel des mains développant une charge symbolique. L'expert psychiatre explique également qu'il s'agit de signes relevant d'une mécanique convertive (le trouble moteur dissociatif étant prédominant avec, outre, le déficit manuel, la présence d'une astasie-abasie responsable de plusieurs chutes). Il indique également que la perte de sensibilité des mains accompagnée de paresthésies, à défaut d'une étiopathogénie clairement somatique, est également d'origine dissociative. C'est en tenant compte de ces éléments que l'expert psychiatre, suivi par ses collègues, a considéré que la recourante présente une incapacité complète de travail dans toute activité nécessitant l'usage des mains et préconise un traitement réalisé sous un angle psychodynamique fondé sur l'explicitation de la charge symbolique du symptôme, avec réévaluation de la situation médicale après une année de traitement.

5.2.2.3 En application de la jurisprudence énoncée ci-dessus (voir ci-avant c. 5.2.2.1), l'Office AI Berne, sans prendre conseil auprès de son SMR ou demander de complément d'expertise, a tout d'abord relevé qu'il existait une divergence importante entre les douleurs décrites et l'attitude démontrée lors des examens d'expertise (par exemple absence de

difficultés pour le déshabillage/habillage, délaçage de chaussures à lacets serrés, conduite d'une voiture pour se rendre à l'examen), puis a mentionné l'existence d'un entourage social intact (compagnon, grand-maman et maman, de même que l'action d'aller se faire prendre en photo), de même qu'un quotidien bien rempli (ménage, repas avec compagnon et balade avec son chien). En retenant finalement qu'il n'existait pas de comorbidité psychiatrique ou physique et qu'il existait des solutions de thérapie, l'Office AI Berne a retenu l'absence d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

5.2.2.4 On ne saurait comprendre, suivre et confirmer une telle appréciation. S'il est vrai que les organes d'application de l'AI peuvent, selon des critères bien précis, s'écarter des appréciations médicales (voir par exemple ATF 144 V 50), la situation qui se présente en l'espèce ne le permet pas. Tout d'abord, il sied de relever que l'expertise a été réalisée après la publication de la jurisprudence prescrivant la procédure d'évaluation structurée pour les troubles psychosomatiques (ATF 141 V 281 rendu le 3 juin 2015), mais avant les arrêts du Tribunal fédéral (TF) étendant ce mode d'évaluation aux atteintes psychiques dont les troubles dépressifs (ATF 143 V 418 c. 6 et 7 et 143 V 409 c. 4 du 30 novembre 2017), si bien que la liste des questions (voir dos. AI 33) auxquelles les experts devaient répondre n'avait pas encore été mise à jour, notamment en ce qui concerne les indicateurs (en particulier contexte social et cohérence). Quand bien même les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante, il convient de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Ces principes développés à l'ATF 137 V 210 c. 6 peuvent être appliqués par analogie aux nouvelles exigences de preuve en ce sens qu'il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 c. 8). En l'espèce, il est vrai que

l'expertise recèle plusieurs éléments d'informations relatifs aux indicateurs susmentionnés, que l'Office AI Berne s'est efforcé d'utiliser pour nier l'existence d'une atteinte invalidante au sens de l'AI (voir ci-avant c. 5.2.2.2). Toutefois, c'est en pleine connaissance de cause que les experts (y compris les experts somaticiens) ont considéré qu'il existait une pleine incapacité de travail sur la base du trouble dissociatif de conversion mixte. Dans ces circonstances, on peine à discerner comment l'Office AI Berne peut considérer qu'il n'existe aucune atteinte invalidante au sens de l'AI, soit un résultat à l'exact opposé de l'appréciation médicale. Si l'expert évalue les capacités fonctionnelles de la personne concernée en fonction des indicateurs pertinents, il appartient, il est vrai, aux organes d'application du droit de vérifier 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 LPG), et si leur appréciation de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée (art. 7 al. 2 phr. 2 LPG; ATF 141 V 281 c. 5.2.2). En l'occurrence, l'Office AI Berne a fait bien davantage que vérifier les indications fournies par les experts, dans la mesure où il a substitué complètement son évaluation (juridique) à celle (médicale) des experts, sans requérir aucun complément médical d'information, pour aboutir à des résultats diamétralement opposés. Au vu de ce qui précède, on ne peut suivre l'Office AI Berne en tant qu'il retient qu'il n'existe aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

5.2.2.5 Par ailleurs, l'expertise précitée ne contient pas tous les éléments nécessaires pour pouvoir juger de la présente affaire en toute connaissance de cause. Ainsi, comme déjà relevé, il existe une certaine apparence d'incohérence entre le descriptif d'une vie quotidienne finalement peu entamée par les différentes atteintes mentionnées et l'évaluation d'une affection psychiatrique qui entraîne une pleine incapacité de travail, laquelle apparence d'incohérence aurait certainement pu être levée par un complément d'expertise, qui n'a toutefois pas été demandé. De même, l'expertise ne se prononce pas sur l'évolution temporelle de l'incapacité de travail retenue, dès lors qu'elle se limite à énoncer une incapacité "actuelle" de travail, à réévaluer après une année de traitement,

alors même que la recourante a déposé une demande de prestations de l'AI en décembre 2014, soit bien avant la tenue de l'expertise et que la question d'un éventuel droit à une rente pourrait être envisagée six mois à compter de la date à laquelle l'assurée a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI).

5.3

5.3.1 Sur le vu de ce qui précède, il apparaît qu'il n'existe actuellement pas au dossier les éléments suffisants pour pouvoir se prononcer sur le droit de la recourante à des prestations de l'AI. En rendant une décision sur la base de la seule expertise pluridisciplinaire existante, que l'on doit qualifier d'incomplète et d'imprécise (voir ci-avant c. 5.2), l'Office AI Berne a violé le devoir d'instruction qui lui incombe (voir art. 43 LPG).

5.3.2 Cela étant, la décision doit être annulée et la cause renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction médicale complémentaire. Il lui appartiendra soit de requérir un complément à l'expertise déjà existante au dossier, soit d'en diligenter une nouvelle, de façon à pouvoir se prononcer en toute connaissance de cause sur les atteintes, notamment psychiatriques, de la recourante. En possession de bases médicales solides, l'intimé évaluera à nouveau l'éventuelle invalidité de la recourante, en tenant compte de l'exigibilité professionnelle pouvant être attendue, et rendra une nouvelle décision.

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

6.2 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 al. 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais versée par la recourante lui sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement.

6.3 Bien qu'elle obtienne gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, pas même en la forme d'une indemnité de partie, à la recourante qui n'est pas représentée en justice et dont les efforts déployés dans le cadre de la présente procédure ne dépassent pas la mesure de ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires personnelles (art. 61 let. g LPGA; ATF 127 V 205 c. 4b et références).

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. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais versée par la recourante lui sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - à 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).