

200.2017.825.AI
N° AVS
BOA/REN

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

Jugement du 22 février 2019

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
A.-F. Boillat, greffière

A. _____
agissant par sa curatrice, **B.** _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 18 août 2017



En fait:

A.

A. _____, née en 1967, mariée, maman de deux enfants (1995 et 2004), arrivée en Suisse en 2007, sans formation certifiée, a travaillé en tant qu'ouvrière dans une entreprise spécialisée dans la fabrication d'engrenages de précision depuis février 2011 jusqu'au 31 octobre 2012, terme pour lequel son employeur a résilié son contrat de travail. Selon l'extrait du compte individuel de cotisations sociales (CI), l'assurée a bénéficié de prestations de l'assurance-chômage de novembre 2012 à mai 2014. Depuis lors, l'intéressée est soutenue par les services sociaux. Elle a participé, de septembre 2014 à septembre 2015, à un programme d'insertion professionnelle (au taux initial prévu de 100% [de septembre 2014 à février 2015] puis réduit à 50% dès février 2015) supervisé par les services sociaux.

Indiquant souffrir de dépression, d'attaques de panique et d'embolie pulmonaire, l'assurée a sollicité, par demande datée du 25 mars 2015 (reçue le 5 juin 2015 par l'Office AI), des prestations de l'assurance-invalidité (AI).

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée (somaticiens et psychiatres traitants) et collecté des informations auprès du dernier employeur de cette dernière. Suivant l'avis médical de la psychiatre du service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI a diligenté une expertise sur le plan psychiatrique dont les conclusions ont été rédigées le 25 février 2017 et complétées le 12 mai 2017. Dans un préavis daté du 6 juin 2017 intitulé "pas de droit à des prestations AI", l'Office AI a informé l'assurée qu'il envisageait de nier son droit à une rente AI, à défaut pour cette dernière de souffrir d'une atteinte à la santé de nature invalidante. Cette préorientation étant restée incontestée, l'Office AI en a confirmé la teneur par décision formelle du 18 août 2017.

C.

Par acte daté du 12 septembre 2017, l'assurée a déposé une "opposition" (*recte*: recours) contre cette décision auprès de l'Office AI, qui l'a transmise, par courrier du 14 septembre 2017, au Tribunal administratif du canton de Berne (TA), comme objet de sa compétence. Dans son écrit, l'assurée, se fondant sur l'expertise de février 2017, a conclu à l'octroi de mesures professionnelles. Par courrier subséquent du 10 novembre 2017, l'assurée, par sa curatrice, a déposé une requête en vue d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. Dans son mémoire de réponse du 11 décembre 2017, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Le 12 janvier 2018, l'assurée, par sa curatrice, a renoncé à répliquer.

En droit:

1.

1.1 La décision du 18 août 2017 de l'Office AI représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de la recourante à l'obtention de prestations AI. L'objet du litige, quant à lui, porte, au vu des conclusions de la recourante, sur l'annulation de cette décision et l'octroi (au moins) de mesures professionnelles. Est particulièrement critiqué par la recourante le fait que l'intimé n'a pas tenu compte, cela contrairement à l'avis de l'expert, dans sa décision de refus de prestations, de la nécessité de pouvoir bénéficier du soutien de l'AI dans le processus de réintégration du marché du travail.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15 et 74 ss

de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA).

2.2 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). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 141 V 281 c. 2.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de

savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2014 IV n° 2 c. 3.1, 2016 IV n° 2 c. 4.2). Le point 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).

2.3 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). Contrairement à ce qui prévaut en matière de droit à la rente (art. 28 al. 1 LAI), la loi ne définit pas de degré d'invalidité minimal donnant droit à des mesures de réadaptation professionnelle (ATF 116 V 80 c. 6a).

2.4 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins (let. b et c). 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.

2.5 Lors de l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité échelonnée ou limitée dans le temps, les dispositions applicables à la révision s'appliquent par analogie (ATF 109 V 125 c. 4a; VSI 1998 p. 121 c. 1b). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente. La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable. Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI).

2.6 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4). En fin de compte, la question décisive reste celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble; celle-ci ne peut être résolue, en droit des assurances sociales, que d'un point de vue juridique (ATF 144 V 50 c. 4.3).

2.7 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).

3.

3.1 A l'appui de sa décision contestée intitulée "pas de droit à des prestations AI", l'Office AI, en se référant à l'expertise, a estimé que l'assurée ne souffrait pas d'une pathologie psychique altérant de manière durable sa capacité de travail et lui a dénié le droit à une rente. Dans sa réponse au recours, l'intimé a estimé que c'était à juste titre que la recourante défendait le caractère probant de l'expertise et a constaté qu'elle n'avancait rien susceptible de le mettre en doute jusqu'à la date de la décision. L'Office AI a cependant contesté que la recourante puisse déduire des réponses de l'expert que celui-ci soumettait le succès d'une réintégration professionnelle à l'octroi de mesures de réadaptation. Selon l'Office AI, le fait que le seul trouble rangé par l'expert au nombre des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail consistait en trouble dépressif récurrent en rémission excluait même l'hypothèse d'une menace d'invalidité (en soi suffisante pour fonder un droit à des mesures professionnelles). En effet, à ses yeux, la rémission du trouble ne

permettait pas d'envisager avec une vraisemblance prépondérante, qu'il réapparaîtrait. L'intimé a aussi exclu que la potentielle réaction négative de la recourante au facteur psycho-social que représentait la décision de refus puisse ouvrir un droit à des prestations, tout en réservant la possibilité de déposer une nouvelle demande si la situation médicale devait véritablement changer.

3.2 La recourante, quant à elle, a conclu (implicitement) à l'annulation de la décision contestée et requis l'octroi d'une réponse positive quant à son besoin de soutien. En se fondant sur l'expertise psychiatrique datée du 25 février 2017, elle a estimé que selon les conclusions auxquelles parvenait l'expert, sa réintégration professionnelle ne pourra aboutir que moyennant la mise en oeuvre de mesures d'ordre professionnel.

4.

Au dossier figurent les principaux avis médicaux suivants:

4.1 Sur le plan somatique, le généraliste traitant qui suit l'assurée depuis décembre 2007, dans un rapport du 12 juin 2016 accompagné de nombreuses annexes, a documenté et fait état d'innombrables consultations de médecine générale dans son cabinet médical ainsi qu'auprès de services d'urgences hospitaliers (notamment en raison d'infections des voies respiratoires, infections urinaires, céphalées rachialgies, fatigue). Plusieurs rapports médicaux mentionnaient également des malaises à répétition avec perte de connaissance survenus notamment en juin 2009 et mars 2012. Le généraliste a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail des troubles anxio-dépressifs chroniques et des syncopes convulsivantes d'origine indéterminée. Les examens médicaux complémentaires en cardiologie pratiqués dans ce contexte ont permis d'exclure une atteinte cardiaque significative chez une assurée dont la symptomatologie est décrite comme d'origine peu claire. Les douleurs abdominales éprouvées par la recourante et ayant nécessité une coloscopie et des investigations gynécologiques n'ont également pas permis d'arrêter un diagnostic référencé. Le spécialiste en orthopédie a estimé, quant à lui, en septembre 2014, que le processus arthrosique au

genou droit ne nécessitait pas (encore) un remplacement prothétique de cette articulation. Le généraliste traitant a estimé que la fragilité psychique entravait totalement la capacité de travail de sa patiente, mais a également précisé que la nature, l'évolution et l'ampleur des restrictions psychiques de la recourante devraient être évaluées (plus précisément) par le psychiatre traitant.

4.2 Le psychiatre traitant (employé d'une unité psychiatrique spécialisée) qui suivait l'assurée depuis juillet 2014, a relevé, dans son avis médical de juillet 2015, la présence d'un état dépressif anxieux de structure fixe sur fond de personnalité état limite, se manifestant par des angoisses, pathologie qui avait, selon lui, des effets sur la capacité de travail de l'assurée. Ce spécialiste a mentionné également l'existence, depuis plusieurs années, de multiples somatisations notamment de type céphalées, vertiges, gastralgies, de nombreuses plaintes peu précises, un comportement de type manipulateur et un suivi de traitement irrégulier. Ce spécialiste en psychiatrie a estimé que l'assurée était dans l'incapacité totale de travailler depuis juillet 2014 en y associant un pronostic défavorable pour l'avenir.

4.3 Lors de trois hospitalisations et quatre semi-hospitalisations intervenues entre le 5 mars 2015 et le 29 juillet 2016 (dos. AI 77), les observations médicales suivantes ont été formulées:

4.3.1 Dans leur rapport du 18 février 2016 couvrant un suivi médical depuis le 1^{er} juillet 2015, les médecins ont relevé un état de santé en amélioration. Le diagnostic retenu est celui d'un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé). Les symptômes anxieux ont été qualifiés d'intensité moindre et gérable en présence d'une thymie neutre. Les médecins ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était de 60% depuis le 1^{er} février 2016, correspondant, selon eux, au taux que l'assurée aurait été en mesure d'effectuer si elle avait participé à son travail occupationnel.

4.3.2 En raison d'idées suicidaires et d'une crise d'angoisse survenue dans un lieu public, dans le contexte d'une péjoration d'un syndrome anxieux-dépressif chronique (suite au décès de son père en novembre 2015 ayant nécessité préalablement une semi-hospitalisation du 8 décembre 2015 au 28 janvier 2016), l'assurée a séjourné de manière stationnaire, du 26 février au 7 mars 2016, dans une unité psychiatrique spécialisée. Jusqu'au terme de son séjour, l'état de santé de la recourante a connu une évolution favorable, sans manifestation de symptômes d'anxiété en présence d'une thymie en amélioration. Les médecins ont également mentionné des plaintes somatiques non spécifiques (rapport du 7 avril 2016).

4.3.3 Le rapport médical du 24 mai 2016 en relation avec la semi-hospitalisation de l'assurée du 10 mars au 15 avril 2016 a mis en exergue un trouble dépressif récurrent sévère avec des symptômes psychotiques probables (F33.2 CIM-10) et un trait de la personnalité histrionique (F60.4 CIM-10). Les spécialistes en psychiatrie ont décrit une patiente très démonstrative dans ses plaintes, empreinte d'un ralentissement psychomoteur et d'une perte d'élan vital, ne parvenant plus à effectuer les gestes du quotidien et épuisée psychiquement. Ils ont estimé que la recourante était dans l'incapacité totale de travailler depuis le 10 mars 2016, en raison d'une fragilité psychique, d'une intolérance à la frustration, des difficultés de concentration et des troubles de la mémoire.

4.3.4 Les médecins ayant suivi l'assurée durant son séjour stationnaire du 18 avril au 20 mai 2016 ont relevé la présence d'un trouble anxieux et dépressif de nature mixte (F41.2 CIM-10; rapport du 20 juin 2016). Selon le corps médical, l'assurée a présenté des angoisses et des difficultés dans la gestion des émotions, ce qui a entravé sa fonctionnalité à différents niveaux. La poursuite du traitement en milieu semi-stationnaire a été préconisée.

4.3.5 Le séjour stationnaire du 24 mai au 29 juillet 2016 (rapport du 8 août 2016) a mis en exergue un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2 CIM-10). En raison d'une bonne implication durant l'ensemble de son séjour, l'humeur (dorénavant stable) a pu être qualifiée d'en nette amélioration en présence d'un regain d'élan vital

et d'une régression franche du tableau anxieux et dépressif et de la disparition d'idées suicidaires.

4.4 La nouvelle psychiatre de l'assurée, qui suit sa patiente depuis le 7 juillet 2016, a relevé dans un rapport du 30 octobre 2016 la présence d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1 CIM-10) et d'un trouble panique (F41.0 CIM-10). Tout en estimant que la recourante ne souffre pas de limitations physiques, elle a fait part de la nécessité de maintenir le processus d'entraînement au travail, en augmentant progressivement les heures de présence. Cette spécialiste estime que l'assurée pourrait augmenter progressivement sa capacité de travail (qu'elle estime, au 30 octobre 2016, à hauteur de 50%) si cette dernière dispose d'un encadrement suffisant.

4.5 Le rapport de l'expertise organisée par l'Office AI auprès du Dr C._____, médecin psychiatre et psychothérapeute FMH, rendu le 25 février 2017 a retenu comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, en rémission au moment de l'expertise (F33.4 CIM-10). Dans l'évaluation de la capacité de travail, l'expert a estimé que la recourante disposait, dès février 2017, dans son activité habituelle d'aide de cuisine, nettoyeuse ou femme de ménage, d'une pleine capacité de travail moyennant une perte de rendement de 20% (en lien avec un manque de résilience), pensum au-delà duquel l'assurée ne semble pas, aux dires de l'expert, pouvoir aller. L'expert a insisté sur la nécessité, selon lui, de soutenir l'assurée dans son processus de reconversion professionnelle, concrétisé à l'époque de l'expertise, par un engagement à 100% dans un atelier protégé (cafétéria, nettoyages). Dans son rapport complémentaire du 12 mai 2017, l'expert a estimé la capacité de travail de la recourante, pour les périodes ayant précédé son expertise, sur la base de l'évaluation de la nouvelle psychiatre traitante (50% de capacité de travail de juillet 2016 à février 2017, cf. c. 4.5) et en fonction des différentes hospitalisations intervenues antérieurement (incapacité totale de travailler de juillet 2015 à juillet 2016). Il a encore insisté, quand bien même les appréciations médicale et juridique peuvent différer, sur le fait que renoncer à un soutien dans la reconversion

professionnelle risquerait de mener à une atteinte irréversible, compte tenu de l'état psychique de l'assurée.

4.6 La spécialiste en psychiatrie du SMR, dans son avis médical du 3 mars 2017 donné à l'occasion d'un appel téléphonique avec l'expert, a corroboré les conclusions de l'expert au sens où, selon elle également, il conviendrait de soutenir l'assurée dans son processus de reconversion professionnelle. Elle a cependant aussi rendu l'expert attentif aux rôles différents des médecins et des organes de l'AI quant à la décision tranchant le droit aux prestations.

5.

5.1 A juste titre, les parties ne contestent pas la valeur probante de l'expertise psychiatrique rédigée le 27 février 2017 et complétée le 12 mai 2017. En effet, d'un point de vue strictement formel tout d'abord, on peut constater que celle-ci est complète et convaincante. Elle fournit les renseignements et évaluations devant permettre à l'administration et au juge d'estimer le caractère invalidant des atteintes à la santé de la requérante. Elaborée sur la base d'un examen personnel de l'assurée en psychiatrie, elle comporte une anamnèse détaillée sur les plans familial, psychosocial et psychiatrique, l'expert s'étant fait assister d'une consœur, pédo-psychiatre en formation, en qualité d'interprète. Les avis médicaux antérieurs figurant au dossier ont été énumérés et pris en considération par l'expert, démontrant une étude approfondie et consciencieuse du dossier. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions de l'expert sont motivées.

5.2 Sur le plan matériel, l'expert a pris en considération les plaintes formulées par la requérante. Puis, sur la base de ses propres constatations objectives, qu'il a soigneusement retranscrites, il a décrit une assurée orientée dans les quatre modes (temps, espace, personne et situation), collaborante et empathique. Le discours (dans la langue maternelle de l'expertisée) est cohérent, bien construit, riche et nuancé, ne laissant pas apparaître de troubles de la mémoire ou de concentration (l'assurée est capable de résumer de manière détaillée le cahier des charges de sa

dernière activité professionnelle), ce qui démontre, aux yeux de l'expert, une excellente capacité de synthèse. Dans l'examen d'une éventuelle pathologie psychotique, aspect non négligé par l'expert, ce dernier n'a pu mettre en lumière un quelconque trouble de la pensée, des idées délirantes ou encore des altérations de la perception sous forme d'hallucinations. Sur le plan de la lignée dépressive, il a décrit l'humeur de l'assurée, au moment de l'examen clinique, comme étant euthymique sans perte d'élan vital ou encore présentant une altération de l'estime de soi. L'expert a également envisagé la présence d'éventuels traits maniaques, qu'il a, en l'absence d'exaltation narcissique ou d'un comportement manipulateur, exclus. Se fondant sur les données médicales versées au dossier AI et sur ses propres observations, il a ensuite livré une analyse médicale dont le raisonnement apparaît convaincant et logique. Parfaitement conscient du fait que les pathologies psychiques de l'expertisée ont été référencées de manière diverse par le corps médical (trouble de la personnalité, troubles anxio-dépressifs mixtes, trouble panique, dépression sévère avec symptômes psychotiques, c. 4.2 à 4.5), ce spécialiste en psychiatrie a tempéré ces apparentes divergences et les a replacées dans le contexte du cas d'espèce. Selon l'expert, la recourante éprouve de réelles difficultés à s'exprimer en français de sorte que la communication avec ses psychiatres traitants, jusqu'au moment où elle a consulté, en 2016, un spécialiste maîtrisant sa langue (c.4 4), n'a pas été aisée. Relevant que la verbalisation et l'extériorisation des souffrances prend tout son sens dans le domaine de la psychiatrie, le spécialiste explique que la recourante, longtemps prisonnière d'une souffrance qu'elle n'a pu verbaliser, n'a pas trouvé (bien inconsciemment) d'autres moyens pour extérioriser son mal-être que celui du langage corporel. L'expert estime dès lors que les différents phénomènes de somatisation que l'on peut observer à la lecture du dossier médical ne font que corroborer cette théorie (symptomatologie cardiaque peu claire, syncopes convulsivantes à répétition d'origine indéterminée). Le raisonnement avancé par l'expert semble d'autant plus s'imposer dès lors qu'il apparaît que depuis que la recourante a (enfin) pu être suivie, par une psychiatre parlant sa langue, son état de santé psychique n'a eu cesse de s'améliorer. En effet, il est patent, à la lecture du rapport médical du 30 octobre 2016 de la nouvelle psychiatre traitante, sur lequel l'expert s'est également fondé, que ce suivi personnalisé sur le plan

psychiatrique sur un laps de temps de quatre mois a permis à l'assurée de nouer (enfin) un lien thérapeutique et verbal de qualité. Cette amélioration est d'autant plus perceptible qu'il apparaît que la recourante a plutôt tendance, désormais, à minimiser ses souffrances et ses difficultés, alors que par le passé il était question d'une dramatisation et d'une théâtralité marquées (cf. c. 4.3.3 et dos. 70.1/16). Le fait que la recourante n'a plus communiqué ou fait communiquer, depuis juillet 2016, de consultations de services des urgences ou de séjours dans des unités psychiatriques spécialisées démontre également un suivi psychiatrique adéquat et une amélioration perceptible de l'état de santé. Dans ces conditions, le diagnostic de trouble dépressif récurrent arrêté de manière concordante par la nouvelle psychiatre et l'expert doit l'emporter sur les avis (parfois quelque peu divergents) émis par leurs confrères psychiatres lors des différentes (semi-)hospitalisations de l'assurée. Si l'expert s'est, par la suite, démarqué du trouble dépressif de moyenne intensité retenu en octobre 2016 par la psychiatre traitante, il en a néanmoins également expliqué les raisons. Il a ainsi mis en lumière la présence de (seulement) quelques items dépressifs très peu marqués selon lui (pas d'absence de plaisirs, ni de capacité à se projeter dans l'avenir, pas de tristesse, idées noires, dévalorisation ou de troubles du sommeil, absence de symptômes de la lignée mélancolique, quotidien préservé), signifiant à ses yeux, et selon toute logique, que le trouble dépressif est en rémission. L'expert a poursuivi son analyse médicale jusqu'à son terme. Il a ainsi expliqué pourquoi (en raison d'épisodes dépressifs répétés depuis l'âge de 21 ans) et à l'instar de la psychiatre traitante, l'on se trouvait en présence d'un trouble chronicisé (récurrent). L'existence d'un éventuel trouble spécifique de la personnalité (tel que retenu par ses confrères) a également été envisagée, mais en raison du manque d'intensité des éléments constitutifs (il estime que l'assurée ne présente que quelques traits d'une personnalité histrionique), l'expert l'a nié. Ce spécialiste a également abordé la question d'un éventuel trouble de l'adaptation, qu'au vu des difficultés linguistiques exposées plus haut, il a logiquement réfuté. Cherchant à savoir si d'autres facteurs pouvaient altérer la capacité de travail de la recourante, l'expert, à l'instar de la psychiatre traitante, est arrivé à la conclusion que la plus grande fragilité de l'assurée résidait dans son incapacité à gérer son stress et ses émotions.

5.3 Au vu du raisonnement médical abouti de l'expert, s'accordant en majeure partie de surcroît avec celui de la nouvelle psychiatre traitante, pleine valeur probante doit être reconnue à l'expertise psychiatrique du 25 février 2017 et son complément du 12 mai 2017. Le TA retient donc que l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent, certes ancré de longue date mais en rémission à la date de l'expertise, qui, au vu du critère de la vraisemblance prépondérante, affecte durablement, dans des mesures ayant varié durant toute la période couverte par l'objet de la contestation (art. 28 et 29 LAI), la capacité de travail médico-théorique de l'assurée.

5.4 Dans ces conditions, la motivation divergente avancée par l'intimé, à savoir que l'assurée ne souffre pas d'une atteinte durable à la santé, au seul motif que le trouble enduré est en rémission, conclusion de surcroît fondée sur aucun avis médical, paraît pour le moins réductrice et ne saurait être suivie par le TA. Il est en effet patent que tous les médecins consultés au cours des nombreuses hospitalisations ayant jalonné le parcours de la recourante ont mis en exergue la nature chronique et ancrée du trouble dépressif enduré (cf. en particulier, c. 4.1, 4.2, 4.3.2, 4.4). Cette pathologie dépressive a d'ailleurs connu un niveau de gravité que l'intimé semble totalement ignorer, dès lors qu'il a été question, en avril et juillet 2016, soit peu avant la rédaction de l'expertise, d'un trouble dépressif d'une sévère intensité dans un contexte d'idées suicidaires récurrentes (cf. c. 4.3.3 et 4.3.5). Ce n'est que depuis février 2017, et selon une appréciation plutôt optimiste de l'expert (il était question d'un trouble dépressif récurrent de moyenne intensité quelques mois auparavant encore, le 30 octobre 2016 en liaison avec une capacité de travail de 50%) que la pathologie psychique de l'assurée a été qualifiée d'en rémission. Même dans ce contexte plutôt favorable, l'expert, s'accordant en cela avec ses confrères psychiatres, a insisté et mis en garde quant au caractère chronicisé du diagnostic dépressif de la recourante, auquel il associe un risque (bien) réel de rechute, dès lors que l'assurée peut réagir à la frustration ou au stress de manière démesurée et imprévisible, comme elle l'a d'ailleurs fait par le passé. Dans ces conditions, c'est (cela en dépit d'une rémission) selon toute logique que l'expert a fait part d'un risque latent de décompensation si la recourante ne bénéficie pas d'un encadrement approprié (avis partagé par la nouvelle psychiatre traitante, cf. c. 4.5). Cette appréciation médicale,

concernant les diagnostics, ne peut donc pas être écartée par des arguments juridiques tendant à changer la qualification de la pathologie dépressive en un trouble réactionnel, en se focalisant sur la possible frustration que risque d'avoir induite le prononcé de refus de prestations (réponse au recours ch. 10 in fine). La frustration au sens où l'entend l'expert est d'ordre bien plus général.

L'on ne saurait donc déduire, et contrairement à l'avis de l'intimé, de la rémission (par ailleurs intervenue depuis peu) retenue par l'expert au moment de l'expertise, que la pathologie psychique dont souffre l'assurée ne constitue pas ou n'a jamais constitué une atteinte à la santé durable et invalidante, alors que son intensité n'a eu cesse de varier depuis des années, au point d'atteindre un niveau de gravité telle que les médecins soignant la recourante ont préconisé des hospitalisations en milieu stationnaire dans des unités psychiatriques spécialisées induisant inévitablement des incapacités de travail prolongées, que l'Office AI a ignorées. En outre, hormis le droit à une rente, le cas échéant échelonnée et/ou de durée limitée, pouvant résulter de ces incapacités de travail, il découle aussi à l'évidence de ce qui précède que l'hypothèse de la menace d'invalidité susceptible de justifier l'octroi de mesures de réadaptation (art. 8 LAI) ne pouvait pas davantage être exclue avec une vraisemblance prépondérante du seul fait de la rémission, en l'état, de l'atteinte incapacitante.

6.

6.1 Il découle de ce qui précède que, dès lors que l'intimé a exclu de manière générale et sans égard aux variations d'intensité qu'a connues le trouble dépressif durant toute la période couverte par l'objet de la contestation (art. 28 et 29 LAI), l'existence ou la menace de toute pathologie invalidante chez l'assurée, la décision contestée doit être annulée et la cause renvoyée à l'Office AI afin que ce dernier analyse, sous l'angle juridique le caractère invalidant de la pathologie psychique de la recourante.

6.2 Dans son analyse, l'Office AI fixera d'abord avec précision le début de la période couverte par l'objet de la contestation. Certes des mesures de réadaptation ne pourraient plus être octroyées rétroactivement mais la demande de prestations sauvegarde l'ensemble des droits qui, selon la bonne foi, peuvent être considérés comme étant en relation avec la survenance de l'événement annoncé (ATF 121 V 195 c. 2; SVR 2013 AHV n° 12 c. 3.2). En l'espèce un droit à une rente, le cas échéant échelonnée et/ou de durée limitée, n'est pas exclu au vu des fluctuations de la capacité de travail établies par l'expert qui admet notamment une incapacité de travail à 50% depuis le 23 février 2015 et totale de juillet 2015 jusqu'à tout le moins le 29 juillet 2016, avec une récupération progressive de la capacité de travail depuis cette date, atteignant 100% à la date de l'examen pratiqué pour l'expertise le 25 février 2017 (concernant la naissance du droit à la rente voir notamment les art. 28 et 29 LAI et pour la prise d'effet des fluctuations: art. 88a RAI; c. 2.5). Pour fixer le moment auquel un tel droit pourrait naître au plus tôt, il faudra établir la date d'introduction de la demande de prestations, signée apparemment le 25 mars 2015 et reçue le 5 juin 2015 par l'Office AI (en principe, la date de mise à la poste fait foi: voir à ce sujet les art. 29 al. 3 et 46 LPGA; UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 2015, art. 29 n. 36 et 37). La période de la contestation s'étendra jusqu'à la date de la nouvelle décision à rendre par l'Office AI.

L'Office AI récapitulera ensuite les fluctuations de la capacité de travail telles que définies dans l'expertise et son complément, déterminantes par rapport à la période définie en cause et se procurera le cas échéant les précisions et les données nécessaires pour établir toutes les fluctuations jusqu'à sa nouvelle décision.

C'est sur cette base, qu'il pourra alors apprécier, sur le plan juridique, le caractère invalidant des troubles influençant la capacité de travail selon l'estimation médico-théorique de l'expert. A cet égard, le TA relève que, bien que l'expertise ait été réalisée en février 2017, soit 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 TF étendant ce mode d'évaluation à toutes les atteintes psychiques (ATF 143 V 418 c. 6 et 7 et 143 V 409 c. 4 du 30 novembre

2017), l'expert psychiatre, qui a abouti à un diagnostic psychique et non psychosomatique, a quand même évalué la situation de la recourante à l'aune des indicateurs pertinents (il a d'ailleurs agi selon le mandat précisé par le SMR et l'Office AI; dos. 58/3 et 61). Ainsi, au premier niveau, il a nié tout motif d'exclusion compte tenu de l'abandon du comportement ostensible parfois décrit par le passé (qu'il a expliqué; c. 5.2). Au second niveau, en dépit d'indicateurs positifs, qu'il a détaillés, mettant en évidence un potentiel de compensation (liens familiaux préservés, vie sociale fonctionnelle: assurée entourée par ses quelques amis, indépendance dans les déplacements et certaines activités de loisirs conservées), l'expert a exposé que la fragilité narcissique, qui s'exprime par une incapacité à gérer le stress ou à faire face à des frustrations (la recourante y répond par des somatisations) ne permettait pas d'exclure toute incapacité de travail, raison pour laquelle, il a estimé qu'à partir de la date de son examen, la capacité de travail de l'expertisée restait diminuée par une perte de rendement de 20%. En considération de cette proposition étayée médicalement d'évaluation de la capacité de travail, l'Office AI, s'il s'en distancie, devra en expliquer les raisons, ce qu'il a omis de faire non seulement dans sa décision (rendue alors que la jurisprudence n'exigeait pas encore expressément d'évaluation structurée en relation avec des diagnostics non psychosomatiques), mais encore à l'occasion de la réponse au recours (postérieure à la jurisprudence précitée d'extension des diagnostics concernés par ladite évaluation).

En fonction de tous ces éléments, après avoir si nécessaire instruit le statut de l'assurée (méthode de calcul de l'invalidité), selon le résultat auquel il aboutira, il se prononcera sur le droit à la rente. Il va de soi, que dans l'hypothèse où l'Office AI ne parviendrait pas d'emblée à exclure à tout le moins une menace d'invalidité, il pourra, pendant toute la période que dureront ses investigations, envisager de nouvelles mesures professionnelles.

7.

7.1 En conclusion, le recours est admis, la décision du 18 août 2017 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il procède au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

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

7.3 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).

7.4 Vu l'issue de la procédure, la demande d'assistance judiciaire devient sans objet et doit donc être rayée du rôle.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'Office AI Berne pour qu'il procède au sens des considérants et rende une nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. La requête d'assistance judiciaire déposée pour la procédure de recours est rayée du rôle du Tribunal administratif.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la recourante, par sa curatrice,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente

La greffière

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).