

200.2018.224.AI
N° AVS
BOA/REN

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

Jugement du 2 octobre 2019

Droit des assurances sociales

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

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 5 février 2018



En fait:

A.

A. _____, née en 1982, séparée, maman d'une enfant mineure, sans formation certifiée (elle a fréquenté durant trois ans une école de joaillerie-bijouterie), a exercé divers emplois de courte durée dans des domaines divers, dont en dernier lieu (du 1^{er} septembre 2010 au 31 janvier 2011) dans l'orfèvrerie, au sein d'une entreprise spécialisée dans la fonte de précision (selon les informations figurant sur l'extrait du compte individuel de cotisations sociales [CI]). Le dossier AI fait également état (dos. AI 31/2), subséquentement, d'un engagement de quelques heures par jour, du 1^{er} décembre 2011 au 31 mai 2013 au sein d'une association (activité d'animations avec les enfants).

Invoquant une incapacité totale de travailler en raison d'un épuisement et d'une dépression sévère depuis le 5 avril 2016, l'assurée, par demande datée du 29 juillet 2016 (reçue le 2 août par l'Office AI Berne), a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité (AI).

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI a recueilli des renseignements auprès de l'(ancien) employeur de l'assurée et de ses médecins traitants (généraliste, psychiatres). Sollicitée sur la base des renseignements collectés, une neuropsychiatre du Service médical des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) a requis, en avril 2017, la mise sur pied d'une expertise psychiatrique, dont les conclusions ont été rédigées le 6 novembre 2017. En se fondant sur cet avis spécialisé, l'Office AI, dans un préavis du 17 novembre 2017, a informé l'assurée qu'il envisageait de lui refuser son droit à l'obtention de prestations AI. En dépit des objections formulées oralement par l'assurée, au siège de l'Office AI, le 8 janvier 2018, ce dernier, par décision formelle du 5 février 2018, a confirmé le contenu de sa précédente préorientation.

C.

Par acte daté du 14 mars 2018, l'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant, sous suite de frais, à l'annulation de la décision rendue le 5 février 2018 et à l'organisation d'une (nouvelle) expertise médicale. Informée le 20 mars 2018, par ordonnance de la Juge instructrice, de la possibilité qu'elle avait de compléter son recours, la recourante a déposé, le 11 mai 2018, une requête d'assistance judiciaire dans le délai prolongé par la Juge instructrice, qu'elle a retirée le 12 juin 2018 (après avoir remarqué qu'elle disposait d'une assurance de protection juridique), en faisant valoir qu'elle serait désormais représentée par un avocat. Dans son mémoire de réponse du 16 juillet 2018, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Dans sa réplique du 17 août 2018, la recourante, au vu des conclusions du rapport médical de ses psychiatre et psychologue traitants daté du 16 août 2018 (qu'elle a fait parvenir au TA), a estimé que les conclusions de l'expert, datant de novembre 2017, manquaient d'actualité et requis, dans ces conditions, des mesures d'instruction supplémentaires (en particulier un avis médical spécialisé de ses psychiatre et psychologue traitants, mieux à même de procéder à une évaluation précise de sa situation). L'avocat de la recourante a transmis sa note d'honoraires le 6 septembre 2018. L'intimé a dupliqué le 10 septembre 2018, maintenant en substance (et après avoir précisé son argumentation juridique) ses précédentes allégations. Cette ultime prise de position n'a suscité aucune réaction de la part de la recourante.

En droit:

1.

La décision du 5 février 2018 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 porte sur

l'annulation de cette décision et la mise sur pied de (nouvelles) mesures d'instruction médicale (notamment l'organisation d'une nouvelle expertise médicale). Est particulièrement critiquée par la recourante, la valeur probante de l'expertise du 6 novembre 2017, qui ne serait plus actuelle, et sur laquelle l'intimé s'est fondé pour lui nier son droit à des prestations de l'AI.

1.2 Interjeté le 15 mars 2018, soit en temps utile (dès lors que la notification de la décision en poste restante est – par fiction – intervenue le 14 février 2018 [ATF 141 II 429 c. 3.3]), 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 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 LPJA; 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 LPGGA en relation avec l'art. 7 LPGGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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 2016 IV n° 2 c. 4.2, 2014 IV n° 2 c. 3.1). 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 LPGGA) 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGGA) 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 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 professionnels (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).

3.

3.1 A l'appui de sa décision contestée, intitulée "Pas de droit à des prestations de l'AI", l'Office AI a estimé que la recourante ne souffrait pas d'une atteinte à la santé de nature invalidante, reliant la fragilité psychique éprouvée (en amélioration depuis janvier 2017) et consistant (désormais) en un épisode dépressif léger, à des facteurs de stress de nature psychosociale (en particulier une séparation éprouvante). Dans son mémoire de duplique du 10 septembre 2018, l'Office AI, tout en confirmant ses précédentes conclusions, a relevé que le dernier rapport médical daté d'août 2018 et transmis au TA durant la procédure d'instruction, n'apportait aucun indice concret allant à l'encontre de l'expertise médicale contestée, dont l'appréciation juridique devait être confirmée, aussi quant à son actualité, et même à la lumière d'un contrôle de plausibilité en fonction des indicateurs standards résultant de la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF).

3.2 La recourante, quant à elle, a conclu, sous suite de frais, à l'annulation de la décision contestée. Estimant que l'expertise en psychiatrie rédigée en novembre 2017 n'était plus suffisamment probante en raison de son manque d'actualité, l'assurée a requis, dans son recours, la mise sur pied de mesures d'instruction complémentaires, en préconisant, pour ce faire, de diligenter une (nouvelle) expertise psychiatrique. Dans sa prise de position ultérieure du 17 août 2018, la recourante a également requis de consulter son psychologue traitant, mieux à même d'évaluer au plus précis sa capacité de travail.

4.

Au dossier figurent les principaux avis médicaux suivants:

4.1 Sur le plan somatique, le généraliste traitant de la recourante, en mentionnant un épisode de décompensation début avril 2016 ayant nécessité un traitement psychiatrique stationnaire en urgence (cf. c. 4.2), a retenu, dans un rapport succinct du 3 novembre 2016, un trouble dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3 de la Classification statistique

internationale des maladies et de problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]). Ne faisant allusion qu'à des affections intercurrentes dans le contexte de consultations en urgence n'ayant pas généré d'incapacité de travail, ce spécialiste en médecine interne a requis de se référer à l'avis/estimation du psychiatre traitant de l'assurée au vu des pathologies (à son sens uniquement) psychiatriques endurées par sa patiente.

4.2 Concernant le volet psychiatrique, il apparaît que la recourante a séjourné de manière stationnaire, du 5 au 19 avril 2016, auprès de l'institution psychiatrique C._____ en raison d'un état d'agitation psychomotrice (crise d'angoisse) décelé par son généraliste traitant (cf. c. 4.1). Dans leur rapport du 20 avril 2016 couvrant un suivi médical du 5 au 19 avril 2016, les spécialistes en psychiatrie ont diagnostiqué, lors de l'admission de l'assurée, un trouble dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3 CIM-10) en présence d'un abaissement de l'humeur, d'une réduction de l'énergie et de l'activité, ainsi que d'idées délirantes mêlées à des hallucinations auditives. Après la mise en place d'un traitement neuroleptique, les médecins ont fait état, au terme de l'hospitalisation de l'assurée, d'une stabilité psychique recouvrée. Par la suite (dès le 24 août 2016), la recourante a bénéficié d'un suivi psychiatrique ambulatoire (par un psychiatre employé au sein de l'unité psychiatrique spécialisée précitée). Le rapport médical (daté du 28 septembre 2016) en relation avec le suivi médical ambulatoire couvrant la période du 24 avril au 16 août 2016 a mis en lumière un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.2 CIM-10). Y est également mentionné le fait que les symptômes anxieux sont très nettement présents et une faible tolérance à la frustration chez l'assurée. Considérant, d'un point de vue médical, que l'activité professionnelle n'était plus exigible, le médecin chef du secteur ambulatoire a estimé que la recourante était dans l'incapacité totale de travailler depuis le 5 avril 2016 (correspondant au premier jour d'hospitalisation de l'intéressée), tout en précisant que le pronostic était réservé pour l'avenir (dos. AI 30/3 à 6). Consulté en décembre 2016 par l'intimé quant à une éventuelle évolution de la situation jusqu'en janvier 2017, le (même) psychiatre a attesté, dans son rapport du 17 janvier 2016 (*recte*: 2017) une évolution positive de l'état

de santé de la recourante (état stabilisé, évolution lentement favorable), au sens où la symptomatologie psychotique était en rémission et celle anxio-dépressive en légère rémission (extinction totale d'idées délirantes et de troubles de perceptions hallucinatoires auditives). Le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec caractéristique anxieuse est désormais retenu et considéré comme ayant des répercussions sur la capacité de travail. Hypothétiquement, un syndrome de stress posttraumatique a également été énoncé. Sur le plan de la capacité de travail, le psychiatre a estimé qu'une activité à hauteur de 40% pouvait être envisagée en raison d'une fragilité psychique encore bien présente.

4.3 Le rapport de l'expertise organisée par l'Office AI auprès du Dr. D._____, médecin neurologue et psychiatre, rendu le 6 novembre 2017, a retenu, comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0 CIM-10). Sans incidence sur la capacité de travail, l'expert a mentionné des troubles mixtes de la personnalité (émotionnellement immature, instable, anxieuse évitante et dépendante F61 CIM-10). Dans l'évaluation de la capacité de travail, l'expert a estimé que la recourante, quelle que soit l'activité exercée, pouvait travailler six heures par jour réparties au quotidien à raison de deux blocs de trois heures (avec des pauses, dos. AI 48.1/25) moyennant une perte de rendement de 20% au maximum, cette diminution des prestations variant en fonction du niveau des exigences imposées par l'emploi exercé. Ainsi, dans l'hypothèse d'une activité adaptée (activité structurée au sein d'une petite équipe de travail, avec peu de variations au niveau du personnel, ne nécessitant pas de compétences sociales trop élevées), l'expert a estimé, toujours sur la base d'un pensum de six heures par jour (2 x 3 heures), que la perte de rendement pourrait se limiter à 10%.

4.4 Le rapport médical du 16 août 2018 de la psychiatre traitante de l'assurée, rédigé sur la base de ses propres constatations médicales (elle a vu l'assurée à quelques reprises, la dernière fois en juin 2018) et des notes du psychologue suivant conjointement l'assurée, a mis en exergue une évolution positive de l'état de santé psychique de l'assurée. Retenant les diagnostics d'un trouble dépressif récurrent, sans précision (F33.9 CIM-10),

et d'une personnalité anxieuse (F60.6 CIM-10), la spécialiste consultée a relevé qu'une médication psychotrope n'était désormais plus nécessaire en raison de l'état relativement stable de sa patiente. Cette dernière a néanmoins toutefois mentionné que l'équilibre précaire acquis était fragile, l'assurée présentant des ruminations, des angoisses anticipées et de l'inquiétude de manière régulière. Si cette médecin considère que l'assurée peut travailler dans la profession précédemment apprise et exercée, elle mentionne toutefois une capacité de gain certainement affectée, l'environnement professionnel devant être peu stressant, calme, sans pression quant au respect de délais. Cette prise de position, bien que postérieure à la décision contestée, peut être prise en compte dans le présent jugement car elle se réfère aussi, dans la mesure où il est question de l'évolution dans le temps de la pathologie incriminée, à la situation médicale telle qu'elle se présentait à la fin de la période administrative (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4).

5.

5.1 Sur le plan formel tout d'abord, l'expertise rédigée en novembre 2017 apparaît comme étant 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 recourante. Elaborée en octobre 2017 sur la base d'un examen personnel de l'assurée sous l'angle psychiatrique, elle comporte une anamnèse détaillée sur les plans familial, psychosocial et psychiatrique. 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 Au niveau matériel ensuite, l'expert a pris en considération les plaintes formulées par la recourante. Puis, sur la base de ses propres constatations, il a décrit une assurée orientée dans les quatre modes (personne, espace, temps et situation), ouverte, collaborante, au contact agréable, capable (également, à certaines occasions) de rire. La

(psycho)motricité de la recourante a été qualifiée de sans particularités, la gestique comme étant vivante et théâtrale. Le discours, cohérent, n'a pas laissé apparaître de troubles de la mémoire (l'assurée étant capable de retracer sans difficultés les éléments chronologiques et biographiques du passé). Quant au niveau intellectuel, l'expert l'a considéré comme étant dans la norme en présence d'une assurée qui a une bonne élocution orale, mais qui a néanmoins tendance à décrire des situations pourtant simples de manière compliquée. Si l'expert a relevé que les pensées de l'assurée étaient focalisées sur sa problématique familiale, il a néanmoins nié la présence d'un trouble de la pensée, d'idées délirantes ou encore d'altérations de la perception sous forme d'hallucinations. Sur le plan de la lignée dépressive, l'humeur de l'assurée, lors de l'examen clinique, a été décrite comme étant légèrement pessimiste (épisodes de larmes en relation avec certains événements survenus dans son passé), tendue et quelque peu méfiante. Sur la base des constats médicaux qui précèdent, l'expert a ensuite livré une analyse systématique en vue de définir au plus précis les pathologies envisagées ou arrêtées par ses confrères psychiatres. Ainsi, si les psychiatres avaient retenu, peu après l'hospitalisation de la recourante (avril 2016) et durant le traitement ambulatoire mis en place, une affection en réaction à un facteur de stress, aboutissant à un trouble de l'adaptation (F43.- CIM-10, en particulier un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive, dos. AI 30/2), l'expert a expliqué les raisons pour lesquelles il y avait désormais lieu de se démarquer de ce diagnostic, en argumentant que les troubles de cette nature survenaient en principe dans un laps de temps allant de six à 24 mois (maximum) après des surcharges d'ordre psychique (en l'occurrence tensions familiales et conjugales) et physique (dos. AI 48.1/15). Puis, c'est en mettant en lumière selon un raisonnement médical les mécanismes de défense affaiblis chez l'assurée qu'il a retenu l'existence d'une autre symptomatique, de nature anxio-dépressive, et consistant en un trouble dépressif récurrent, perdurant dans le temps et chronicisé. S'il est vrai que l'expert n'a pas jugé nécessaire d'expliquer expressément les raisons pour lesquelles il retenait une légère intensité au trouble dépressif récurrent retenu (dos. AI 48.1/13, avis par ailleurs partagé par ses confrères), il apparaît néanmoins que l'on peut aisément déduire les motifs qui l'ont guidé (dos. AI 48.1/12). Puis, poursuivant son

raisonnement médical, l'expert a également abordé la question d'un éventuel trouble de la personnalité (dont il s'est par ailleurs étonné qu'aucun de ses confrères n'ait envisagé cette éventualité). Dans l'examen de la situation, il n'a d'emblée pas restreint son analyse médicale, envisageant une telle affection, tant sous l'angle d'une pathologie référencée sous le ch. F60.- CIM-10 (troubles spécifiques de la personnalité) qu'au sens d'une (légère) fragilité en raison de difficultés éprouvées par une personne en fonction de certains traits de sa personnalité (Z73.1 CIM-10). Procédant systématiquement, à savoir en considérant tant les éléments biographiques que l'évolution dans le temps des symptômes maladifs chez l'assurée, l'expert a ensuite démontré avec pertinence de quelle manière les comportements topiques propres à un trouble de la personnalité (au sens pathologique du terme) étaient enracinés de manière durable et profonde. Il a ainsi relaté une souffrance omniprésente depuis l'enfance, la recourante ayant grandi dans un climat familial manquant non seulement d'harmonie au sein du couple, mais également empreint de violence (père violent et impulsif, consommation excessive d'alcool au sein du couple). L'expert a expliqué comment ce modèle familial fut, pour l'assurée, une source de grandes frustrations, déceptions et angoisses précoces (dos. 48.1/17), empêchant cette dernière d'acquérir une personnalité solide (*Die Entwicklung eines stabilen Ichs*) lui permettant de faire face (pour les années à venir) aux irritations (quotidiennes) auxquelles tout en chacun est confronté. Il a ainsi mis en lumière, au vu des carences endurées, les réactions de décompensation de l'assurée, allant au-delà de simples traits marqués de la personnalité, mais ayant bien plutôt, à son sens, l'intensité d'une pathologie référencée. L'expert, ne se contentant pas de cette conclusion théorique, l'a ensuite illustrée par des exemples pratiques: il a ainsi mis en exergue l'impossibilité dans laquelle l'assurée avait été d'obtenir une formation certifiée dans le domaine de la bijoutière/joaillière (deux échecs consécutifs aux examens finaux pratiques en dépit d'une formation de trois ans). Il a également mis en évidence les disfonctionnements survenus subséquemment dans le parcours de vie de la recourante. Ainsi, il a rappelé les difficultés éprouvées sur le plan sentimental par l'assurée, dans les relations amoureuses avec ses différents partenaires avec qui elle n'a pu nouer une relation stable et durable (et dont l'échec a engendré, parfois, des crises émotionnelles

amenant jusqu'à une hospitalisation en urgence en 2016, dos. 48.1/17), de même que les tensions récurrentes survenues également sur ses différents lieux de travail (grande diversité d'activités exercées [gastronomie, garde d'enfants, bijouterie, vente] sur des laps de temps très courts, toujours à temps partiel). Expliquant en conclusion en quoi la cognition et l'affectivité de l'assurée étaient altérées de manière pathologique, c'est de manière convaincante que l'expert a retenu la présence d'un trouble de la personnalité chez la recourante, caractérisé par une accentuation de certains traits de la personnalité, qualifiée d'instable, évitante, immature et dépendante, diagnostic auquel le TA, au vu du raisonnement médical abouti de l'expert, se rallie.

Par souci de complétude, au sens où même si cette piste n'avait été envisagée que de manière hypothétique, en janvier 2017, par le psychiatre traitant de l'assurée, l'expert s'est également justifié sur l'(in)existence, à son sens, d'un état de stress posttraumatique, qui aurait pu modifier de manière durable la personnalité de la recourante, en raison des violences domestiques éprouvées (cf. c. 4.2). Selon un raisonnement médical, là encore convaincant, l'expert a démontré avec pertinence en quoi les éléments caractéristiques topiques faisaient défaut (dos. AI 48.1/21 et 22), à savoir tant le laps de temps écoulé depuis l'événement marquant (séparation en 2012, plainte pénale déposée en janvier 2013 ayant débouché sur une condamnation pénale du mari de l'assurée en 2013, dos. AI en 10/1), que le manque d'intensité de l'événement en question (facteur de stress n'ayant pas une valeur de catastrophe et ne générant pas un danger vital comme le seraient une captivité ou un désastre). Quant à l'avis médical rédigé le 16 août 2018 par la psychiatre suivant conjointement, avec un psychologue, l'assurée, et sur lequel cette dernière s'appuie pour mettre en doute la valeur probante de l'expertise de novembre 2017, le TA relève que ce rapport médical ne fait que renforcer la présomption selon laquelle l'état de santé de la recourante s'est amélioré (plus de médication psychotrope, prise en charge médicale suspendue, un suivi par un psychologue étant désormais suffisant). Par ailleurs les diagnostics de trouble dépressif récurrent (sans autre précision) et celui de personnalité anxieuse, mentionnés dans ce rapport, s'accordent parfaitement avec ceux retenus par l'expert, dont les conclusions conservent, dans ces conditions,

toute leur actualité. A toutes fins utiles et à ce stade déjà, le TA précise, s'agissant dudit rapport médical que, s'il appartient certes, aux médecins, de se prononcer sur la capacité de travail médico-théorique d'un assuré, la compétence de se prononcer sur la capacité de gain est dévolue à l'administration, respectivement au juge.

5.3 Au vu du développement ci-avant, pleine valeur probante doit être reconnue à l'expertise psychiatrique du 6 novembre 2017, dont les conclusions, au vu de la période couverte par l'objet de la contestation (arrêtée au jour où la décision contestée a été rendue [5 février 2018], soit seulement quelques mois après l'expertise controversée), conservent toute leur actualité. Dans ces conditions, l'intimé n'a pas violé son devoir d'instruction. En effet, la situation médicale de la recourante a été investiguée en suffisance, d'où il en résulte qu'il est superflu d'organiser une nouvelle expertise (comme la recourante le requiert dans son recours), voire de consulter ses psychiatre et psychologue traitants, le dernier praticien cité n'ayant par ailleurs pas le titre de médecin. Par conséquent, le TA retient, qu'à la date de la décision contestée, l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent (présent depuis 2012), de légère intensité (F33.0 CIM-10), et de troubles mixtes de la personnalité (l'assurée ayant une personnalité émotionnellement immature, instable, anxieuse évitante et dépendante, F61 CIM-10). Le TA admet également que, bien que l'expert n'ait pas qualifié les troubles de la personnalité de diagnostic ayant en soi une influence sur la capacité de travail, il a expliqué de façon très détaillée les raisons pour lesquelles il estimait que cette pathologie constituait une comorbidité par rapport à la symptomatique dépressive, qu'il a choisi de poser en tant que diagnostic déterminant s'agissant de l'impact sur la capacité de travail (tout en étant conscient que selon la doctrine spécialisée à laquelle on adhère, le trouble de la personnalité pourrait figurer en tant que diagnostic primaire à l'origine des restrictions de la capacité de travail; dos. 48.1/19).

6.

6.1 Une atteinte à la santé 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 (ATF 127 V 294 c. 5a). 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 (art. 7 al. 2 1^{ère} phrase LPG). 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).

6.2 Il convient d'examiner dans quelle mesure les affections dont souffre la recourante (cf. c. 5.3) influencent sa capacité de travail et si l'évaluation de la capacité de travail à laquelle parvient l'expert mandaté par l'intimé se défend sous un angle juridique. L'expertise a en l'occurrence 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). Quand bien même les spécialistes soignant la recourante n'avaient pas expressément diagnostiqué de troubles psychosomatiques (mention tout au plus de certaines atteintes assimilées à ces troubles selon l'ancienne pratique), le mandat confié par l'intimé à l'expert comportait les questions dont les réponses couvrent l'analyse des indicateurs désignés par la jurisprudence qui, dans l'intervalle, a été étendue à tous les troubles psychiques. L'expertise au dossier n'a donc pas été élaborée selon d'anciens standards de procédure - ce qui au demeurant ne lui ferait pas perdre d'emblée toute valeur probante (ATF 141 V 281 c. 8, 137 V 210 c. 6) – mais correspond à l'examen auquel il faut procéder s'agissant de tous les troubles psychiques depuis fin novembre 2017, soit notamment déjà à la date déterminante de la décision. Cependant ainsi que déjà relevé (cf. c. 2.5), il découle aussi de la nouvelle méthode d'évaluation qu'une estimation d'incapacité de travail à laquelle parviennent les experts médicaux à la lumière des indicateurs retenus par la jurisprudence ne représente, pour les organes chargés de l'application de la législation sur l'AI, que des indices. Une estimation d'experts qui admet une restriction de la capacité de travail d'une personne assurée en lien avec une affection psychique doit être juridiquement contrôlée en fonction de chaque cas concret, au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante (par ex. TF 8C_703/2018 du 13 juin 2019 c. 4.2.2).

6.3 Dans sa préorientation du 17 novembre 2017, sans même consulter son SMR, l'Office AI s'est éloigné de l'évaluation d'une incapacité partielle de travail découlant de l'expertise, en niant toute incapacité de gain, au motif que la pathologie clinique présentée initialement par la recourante résultait d'un stress psycho-social et qu'elle s'était améliorée en un épisode dépressif léger ne constituant pas une atteinte à la santé invalidante, selon la jurisprudence du TF. Nonobstant le revirement de jurisprudence concernant les affections dépressives intervenu fin novembre 2017, l'Office AI a confirmé son évaluation de la situation dans sa décision du 5 février 2018 en constatant que l'assurée n'avait rien apporté de nouveau ni dans ses observations relatives au préavis ni dans le délai supplémentaire qui lui

avait été octroyé. Ce n'est qu'au stade de la duplique en procédure de recours que l'intimé a procédé à un contrôle de plausibilité juridique des indicateurs standards, en se fondant sur les éléments parlant en faveur des capacités fonctionnelles de la recourante relevés par l'expert, mais en refusant de suivre ce dernier au sujet des facteurs restreignant ces capacités, notamment s'agissant des effets du trouble mixte de la personnalité interférant avec l'épisode léger du trouble dépressif récurrent.

6.4 En l'occurrence, l'expertise psychiatrique du 6 novembre 2017 répond aux questions posées par l'Office AI spécifiques au modèle du catalogue structuré (que l'expert a reçu de l'AI dans le cadre de son mandat et qui a été communiqué à l'assurée en la rendant attentive à son droit de prendre position à ce sujet; dos. AI 42-45). Elle permet ainsi d'identifier les différents aspects couverts par les indicateurs. Ainsi, à un premier niveau, retient-on des diagnostics médicaux clairs et non faussés par de potentiels motifs d'exclusion (même si l'expert a pu observer un léger comportement ostensible dans le besoin qu'a l'assurée à être reconnue dans sa souffrance; dos. AI 48.1/24). Concernant le deuxième niveau, le spécialiste était la (légère) gravité des diagnostics retenus par le fait que l'intéressée, nonobstant ses pathologies psychiques et l'absence de formation certifiée, a pu enchaîner, tout au long de son parcours professionnel, de nombreux emplois, certes de courte durée, mais néanmoins variés (restauration, bijouterie, horlogerie, garde d'enfants, vente). Il y a donc lieu d'en déduire que l'assurée dispose de ressources. Si l'expert n'a pas omis de mentionner l'existence d'un contexte social défavorable (milieu familial/conjugal, absence de formation certifiée, assurée bénéficiant de l'aide sociale) comme facteur de contrainte, il a néanmoins également souligné les aptitudes de compensation de l'assurée: il a ainsi relevé que la recourante était capable de prioriser l'attention à accorder à l'éducation de sa fille et de structurer son quotidien (avec un réveil à l'aube [5h40], préparation du petit-déjeuner pour sa fille puis accompagnement de cette dernière à l'école, moyennant l'utilisation des transports publics [train]), d'assumer seule les tâches ménagères (courses, repas, ménage) et de s'adonner également à quelques activités de loisirs avec sa fille. Toujours dans ce contexte, il a mentionné que l'assurée entretenait également de bonnes relations avec ses collègues et

les client(e)s fréquentant le magasin biologique dans lequel elle travaille tous les jeudis matin (selon ce qui ressort des pièces justificatives à l'appui de la requête [retirée] d'assistance judiciaire, il s'agit d'une activité bénévole exercée pour l'établissement scolaire dans lequel sa fille est scolarisée). En dépit de ces indicateurs positifs, l'expert n'a cependant pas nié toute incapacité de travail chez l'assurée. Ainsi, c'est en tenant compte d'une fragilité inhérente à des symptômes anxio-dépressifs encore légèrement présents (dos. AI 48.1/24) et des traits de caractère pouvant amener l'assurée à éprouver des difficultés dans son rapport avec les autres et avec elle-même (impossibilité à poser ses propres limites avec un risque d'épuisement puis de césures, dos. AI 48.1/23) que l'expert a estimé que ces restrictions se répercutaient de manière défavorable sur l'activité professionnelle de l'assurée. Partant, l'expert a retenu un pensum exigible (réduit) à hauteur de six heures par jour (2 x 3 heures) moyennant une perte de rendement de 20% au maximum (10% dans un emploi profilé). Le raisonnement selon lequel l'expert aboutit quand même à une restriction partielle de la capacité de travail se fonde essentiellement sur une interférence du trouble de la personnalité, en soi sans influence sur la capacité de travail, sur le trouble dépressif récurrent impactant quant à lui cette capacité, interférence qui a été discutée de façon très détaillée sur des bases médicales solides (cf. c. 5.3). L'affirmation de l'Office AI niant la possibilité d'une telle comorbidité psychiatrique essentiellement du fait que le trouble de la personnalité a été qualifié en soi de non-incapacitant (voir duplicata p.3) ne convainc pas. Le TA estime que la restriction partielle de la capacité de travail à laquelle l'expert conclut logiquement au terme de son raisonnement l'emporte, avec une vraisemblance prépondérante. L'appréciation de l'Office AI, dont les arguments excluent certes une incapacité totale, ne permet en revanche pas de mettre en doute l'existence de restrictions (partielles) à la capacité de travail.

7.

Il découle de l'appréciation d'absence de toute incapacité de travail opérée par l'Office AI qu'il n'a pas procédé du tout au calcul du degré d'invalidité de la recourante. Il n'appartient pas au TA d'instruire et de trancher ce point en

première instance. La décision contestée doit donc être annulée et le dossier renvoyé à l'Office AI pour que, sur la base de la capacité de travail partielle et du profil exigibles définis par l'expertise (six heures par jour, avec une perte de rendement de 10 à 20% selon l'environnement professionnel), après avoir aussi déterminé le statut de l'assurée, l'Office AI procède au calcul de l'invalidité. L'intimé statuera ainsi sur l'éventuel droit de la recourante à une rente et ou sur l'opportunité de mettre en place des mesures professionnelles telles qu'envisagées par l'expert (dos. AI 48.1/25).

8.

8.1 Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre le recours et d'annuler la décision de refus de prestations AI de l'intimé datée du 5 février 2018, ainsi que de renvoyer le dossier à l'Office AI afin qu'il opère une instruction complémentaire au sens des considérants (cf. notamment c. 7), puis rende une nouvelle décision.

8.2 Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont, au vu de l'issue de la procédure, mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et art. 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

8.3 La recourante obtenant gain de cause dans la présente procédure (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2) et étant représentée par un avocat, a droit au remboursement de ses dépens dans la mesure fixée par le tribunal (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 6 septembre 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 semblables, sont fixés à un montant de Fr. 2'052.80 (honoraires: Fr. 1'890.-; débours: Fr. 16.-; TVA: Fr. 146.80).

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision contestée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé 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.
3. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 2052.80 (débours et TVA compris) au titre de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification 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).