

200.2018.350.AI
N° AVS
DEJ/REN

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

Jugement du 6 novembre 2019

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et C. Tissot, juges
J. Desy, greffier

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision rendue par ce dernier le 20 mars 2018



En fait:

A.

A. _____, née en 1961, mère de trois enfants majeurs et divorcée, est au bénéfice d'une formation d'employée de commerce acquise en 1980. En dernier lieu, elle a travaillé pour le compte d'une entreprise active dans le domaine de la technologie de coupe des filetages. Alors qu'elle se trouvait en incapacité complète de travail et percevait des indemnités journalières versées par l'assurance perte de gain de son employeur, la prénommée, aidée par dite assurance, a déposé en avril 2016 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en invoquant une tumeur cancéreuse de la vessie et des douleurs à l'épaule et au pouce droits. L'Office AI Berne a instruit cette demande en requérant le dossier de l'assurance perte de gain en cas de maladie, en convoquant l'assurée à un entretien, puis en se procurant des rapports auprès des médecins traitants et de son employeur. Par la suite, la recourante a vu son contrat de travail être résilié à fin juillet 2016, puis a séjourné dans une clinique de réadaptation. L'Office AI Berne a ensuite pris conseil à plusieurs reprises auprès de son Service médical régional Berne/ Fribourg/Soleure (SMR), qui a finalement estimé qu'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) était nécessaire. Cette expertise médicale, réalisée auprès d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI; en l'occurrence COMAI C. _____), a eu lieu les 21 juin 2017 (examens) et 7 août 2017 (rapport).

B.

Par préavis du 22 septembre 2017, l'Office AI Berne a communiqué à l'assurée qu'il envisageait de refuser toute prestation AI.

Nonobstant les observations formulées par l'assurée et les différents rapports produits à leur appui, l'Office AI Berne a, après avoir consulté une nouvelle fois son SMR, confirmé son préavis par décision du 20 mars 2018 niant tout droit à des prestations de l'AI.

C.

Par acte du 7 mai 2018, l'assurée, représentée par un mandataire professionnel, a interjeté recours auprès du TA contre la décision précitée en concluant, sous suite des frais et dépens, à son annulation et à l'octroi de prestations légales de l'AI mais à tout le moins une demi-rente d'invalidité, ou, subsidiairement, renvoyer le dossier à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Par réponse du 15 juin 2018, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens à la charge de la recourante. Invité à préciser le contenu de sa réponse, l'Office AI Berne a une nouvelle fois pris position le 12 juillet 2018.

Dans sa réplique du 15 août 2018, la recourante a maintenu ses conclusions et joint différents documents, qui ont été écartés du dossier et renvoyés dès lors qu'ils se rapportent à des faits postérieurs à la date de la décision attaquée. La recourante a également joint la note d'honoraires de son mandataire. L'intimé a dupliqué le 7 septembre 2018, confirmant ses conclusions.

En droit:

1.

1.1 La décision du 20 mars 2018 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 l'octroi de prestations AI ou, à tout le moins, à une instruction complémentaire. Est particulièrement critiquée la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire sur laquelle l'Office AI Berne se base principalement pour rendre sa décision, en raison notamment de sa prétendue contradiction avec l'appréciation des médecins traitants et de l'absence de prise de position sur certains faits importants.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment légitimé, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

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

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'incapacité de gain consiste en la 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 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 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).

2.3 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. 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 d'ordre professionnel (ATF 116 V 80 c. 6a).

2.4 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).

2.5 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).

3.

3.1 Les thèses des parties sont les suivantes.

3.1.1 Dans sa décision du 20 mars 2018, l'intimé a considéré, en se basant principalement sur les conclusions de l'expertise bidisciplinaire réalisée en juin et août 2016, d'une part que les atteintes somatiques de la recourante n'avaient pas de répercussion à long terme sur la capacité de travail et, d'autre part, que le trouble dépressif récurrent dont souffre la recourante était en rémission. En substance, en appliquant la nouvelle jurisprudence du TF relative aux atteintes psychosomatiques (indicateurs), il retient que les conséquences fonctionnelles des troubles psychiatriques de la recourante ne sont pas suffisantes pour ouvrir le droit à des prestations de l'AI.

3.1.2 La recourante a rétorqué que ses médecins traitants (généraliste et psychiatre) retenaient quant à eux une capacité de travail limitée à 50% selon les dernières attestations médicales. Dans cette mesure, elle conteste la valeur probante de l'expertise, ce d'autant plus qu'elle fait valoir que les experts n'ont pas tenu compte d'une hospitalisation en clinique de jour de janvier à juin 2017, lequel traitement continue de façon ambulatoire à raison de deux jours par semaine. Elle expose également qu'il est erroné de considérer que le trouble dépressif récurrent est en rémission.

3.2 La situation de la recourante se présente comme suit sur le plan professionnel. La recourante est au bénéfice d'une formation d'employée de commerce acquise en 1980. Elle a ensuite travaillé dans son domaine jusqu'en 1986, puis a été mère au foyer jusqu'en 1998 (enfants nés en 1987 et 1989 [jumeaux]). Elle a d'abord recommencé à travailler dans la vente, puis en tant qu'employée de commerce dans le domaine de la comptabilité et des ressources humaines. En 2009, après une réorganisation de l'entreprise au sein de laquelle elle travaillait, elle a perdu son emploi et a exercé dans le domaine informatique pendant quelques mois, puis à nouveau en tant que secrétaire. En 2011, ne trouvant pas d'emploi en tant que secrétaire, elle a été engagée en tant qu'opératrice en atelier (expédition) par une entreprise active dans le domaine de la technologie de coupe des filetages, puis a changé de département (production) en 2015. Par courrier du 23 mai 2016, alors que la recourante se trouvait en arrêt maladie, son contrat de travail a été résilié au 31 juillet 2016. Dès le 12 janvier 2015, la recourante s'est trouvée en incapacité complète de travail jusqu'au 17 février 2015, à 50% d'incapacité du 18 février au 27 février, puis à 20% d'incapacité du 28 février 2015 au 13 mars 2015. Du 14 au 20 avril 2015, elle s'est trouvée à nouveau en incapacité complète de travail, tout comme le 30 octobre 2015, du 12 au 13 novembre 2015, puis du 17 novembre 2015 au 15 février 2016. Sur le plan financier, la recourante a perçu des indemnités journalières versées par l'assurance perte de gain de son employeur jusqu'au 30 juin 2017, puis a bénéficié d'indemnités journalières versées par l'assurance-chômage jusqu'au 7 juillet 2018. A compter de cette date, elle est, selon la réplique, soutenue par les services sociaux.

3.3 Sur le plan médical, les éléments suivants ressortent du dossier.

3.3.1 Le médecin généraliste traitant de la recourante a adressé un rapport médical à l'Office AI Berne le 16 mai 2016. A titre de diagnostics, il a énuméré un trouble dépressif majeur (ch. F32.2 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) existant depuis janvier 2015, un cancer de la vessie traité par voie endoscopique le 4 décembre 2015, des difficultés familiales multiples et intriquées, un pouce droit à ressort (tendinite sténosante de l'extenseur) et des cervico-dorsalgies surtout myogènes, ces atteintes ayant selon lui des répercussions sur la capacité de travail. Il atteste une incapacité totale de travail du 17 novembre 2015 au 15 février 2016, puis une capacité de travail de 50% du 16 février 2016 au 22 février 2016, puis à nouveau une incapacité complète de travail dès le 23 février 2016. Retenant un pronostic défavorable dans la situation aiguë actuelle, il a également recommandé une prise en charge globale dans un service de médecine psychosomatique. Le médecin généraliste a également centralisé d'autres rapports médicaux et les a transmis à l'Office AI Berne avec sa prise de position. Ainsi, la recourante a été examinée le 29 octobre 2015 par un cardiologue, qui a diagnostiqué une dyspnée et précordialgies atypique (avec un échocardiographie normale et une ergométrie négative), des facteurs de risque cardiovasculaire (hérédité et tabagisme) et un état anxiodépressif chronique. En substance, ce cardiologue considère ce bilan comme étant rassurant et ne démontrant aucune anomalie significative. Il existe également plusieurs rapports médicaux faisant état de ponctions mammaires, qui ont mis en évidence la présence de kystes sans signe de malignité. Dans son rapport médical du 14 décembre 2015, un médecin urologue rapporte les diagnostics de cancer urothélial de la vessie (diagnostiqué le 27 novembre 2015) et l'existence de kystes mammaires, toutefois sans signe de malignité. Le cancer de la vessie a nécessité une opération, qui a eu lieu le 4 décembre 2015 et a engendré une hospitalisation jusqu'au 7 décembre 2015. La recourante a également dû être réhospitalisée du 12 décembre au 15 décembre 2015 en raison de complications liées à l'opération précitée.

3.3.2 A la demande de l'assureur perte de gain en cas de maladie, la recourante a été examinée par un spécialiste en médecine interne le 9 mai 2016. Dans son rapport du 18 mai 2016, le spécialiste a retenu les diagnostics de troubles dépressifs récurrents dans un épisode actuel moyen (sans symptôme psychotiques), de cancer urothélial de la paroi latérale gauche de la vessie (résection endoscopique le 7 décembre 2015, hématurie post-opératoire et status après infections urinaires récidivantes), de status après abus de nicotine (arrêt du tabagisme en avril 2016) et un kyste banal du sein gauche diagnostiqué le 7 décembre 2015 ainsi que la ménopause. En substance, le médecin retient que l'incapacité de travail attestée entre le 17 novembre 2015 et le 15 février 2016 est liée au cancer urothélial de la vessie. A compter de cette date, c'est principalement en raison d'une récurrence dépressive que la recourante présente une incapacité de travail, toutefois limitée dans le temps. Le spécialiste estime ainsi que la recourante peut recommencer à travailler dans une activité adaptée à un taux de 50% dès le 1^{er} juin 2016, puis à 100% dès le mois de juillet 2016. Sur la base de ce rapport, l'assureur perte de gain en cas de maladie a mis fin aux indemnités journalières au 1^{er} juillet 2016.

3.3.3 Le 16 juin 2016, le médecin généraliste de la recourante s'est opposé à la décision de l'assurance perte de gain en cas de maladie en faisant valoir que l'aptitude au travail de la recourante s'était détériorée, en raison de son licenciement, de l'hospitalisation de son fils (PAFA) pour une décompensation sur un mode psychotique le 11 juin, d'un séjour de réhabilitation fixé du 1^{er} au 21 juillet, de l'aggravation de cervicoscapulgies à composantes tensionnelles et de l'effet seulement transitoire de l'infiltration des tendons long abducteur et court extenseur du pouce droit.

3.3.4 Le rapport de sortie de la clinique de réadaptation, où a séjourné la recourante du 1^{er} au 21 juillet 2016, est daté du 25 juillet 2016. Les diagnostics retenus sont un trouble récidivant anxio-dépressif dans un épisode actuel grave avec des douleurs somatiques en relation avec des facteurs de charge familiaux et psychosociaux, des douleurs à la nuque, ainsi qu'au pouce et au bras droits, un status après résection d'une tumeur, un status après une colonoscopie avec extraction de polypes (29 juin 2016)

et un status après consommation de nicotine, avec un arrêt en mars 2016. Une incapacité complète de travail est attestée jusqu'au 12 août 2016.

3.3.5 Invité à se prononcer sur la situation médicale de la recourante, un spécialiste en médecine interne générale du SMR a considéré le 13 septembre 2016 qu'il n'existait pas d'atteinte invalidante sur le plan somatique. Une spécialiste en psychiatrie du SMR a également pris position le 14 octobre 2016, en considérant que le rapport médical rédigé à l'intention de l'assurance perte de gain en cas de maladie (voir ci-avant c. 3.3.2) pouvait être suivi, de même que le rapport de la clinique de réadaptation. En conséquence, elle retient une pleine capacité de travail à compter du 15 août 2016.

3.3.6 Le 3 septembre 2016, après que l'assureur perte de gain en cas de maladie a accepté de prolonger l'octroi d'indemnités journalières jusqu'au 14 août 2016, le médecin généraliste traitant a requis la prolongation de ces indemnités journalières jusqu'à la fin du mois de septembre à tout le moins. Le 21 septembre 2016, il a une nouvelle fois pris position, soulignant les difficultés familiales et la charge psychologique qui en découle, de même que l'effet perdurant de la tendinite de Quervain. Le 9 octobre 2016, le même médecin a adressé sa patiente à un collègue rhumatologue, qui a diagnostiqué le 17 octobre 2016 une ténosynovite de de Quervain droite, un état post pouce à ressaut droit et une cervico-scapulgie, syndrome du muscle angulaire de l'omoplate et douleurs ténomusculaires tensionnelles d'insertion prédominante à l'hémicorps droit. Il a également relevé un trouble dépressif majeur, une néoplasie de la vessie, une mastopathie fibrokystique et une phase ménopausique.

3.3.7 Le 10 novembre 2016, l'ancienne psychiatre de la recourante a adressé un rapport médical à l'Office AI Berne. Elle a posé le diagnostic de décompensation anxieuse, anxio-dépressive chez une personnalité limite gravement immature avec fortes tendances à la somatisation, ainsi qu'une intelligence limite, mais ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail résiduelle. Le nouveau psychiatre traitant de la recourante a également adressé un rapport médical à l'Office AI Berne le 23 novembre 2016 (et répété le 19 décembre 2016), dans lequel il retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent dans un épisode moyen (CIM-10 F33.11) et des

traits de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline. Il atteste une incapacité complète de travail.

3.3.8 L'Office AI Berne a à nouveau pris conseil auprès de son SMR en février 2017. Le médecin spécialiste en médecine interne a alors recommandé la tenue d'une expertise bidisciplinaire, psychiatrique et rhumatologique.

3.3.8.1 Au terme de son examen du 21 juin 2017, l'expert-psychiatre a considéré qu'il n'existait pas de diagnostic avec effet sur la capacité de travail de la recourante. Il a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (CIM-10 F33.4) et un trouble de la douleur chronique avec facteurs psychiques et somatiques (CIM-10 F45.41), toutefois sans que ces atteintes n'aient d'impact sur la capacité de travail. Sur le plan de la capacité de travail, il retient qu'elle a été inexistante entre novembre 2015 et le mois de juin 2017, puis qu'elle est complète à compter du mois de juillet 2017, dans l'activité exercée jusqu'alors.

3.3.8.2 L'expert-rhumatologue a diagnostiqué un syndrome douloureux chronique cervicospondylogène accompagné de douleurs à la nuque et à l'épaule (CIM-10 M53.0; ostéochondrose C5/6 avec retrolisthesis), des douleurs résiduelles à la main droite (CIM-10 M65.3/M65.4; status après une infiltration de stéroïde en raison d'un pousse en ressort et une ténosynovite de Quervain), un léger syndrome lombo-vertébral chronique (M54.5) et une douleur articulaire sans spécificité à l'anamnèse (CIM-10 M25.5). Il a retenu que la capacité de travail est complète dans une activité légèrement à moyennement astreignante (à l'instar des activités exercées jusqu'alors), mais qu'il était difficile d'apprécier la capacité de travail existant dans le passé.

3.3.8.3 Dans leur rapport commun, les experts ont retenu les diagnostics précités, puis ont considéré que la capacité de travail dans une activité légèrement à moyennement astreignante était complète dès le mois de juillet 2017. En raison de l'atteinte psychiatrique (dépression), la capacité de travail était en revanche nulle entre le mois de novembre 2015 et le mois de juin 2017.

3.3.9 L'urologue a rédigé un nouveau rapport à l'intention du médecin généraliste traitant de la recourante le 23 août 2017, duquel il ressort l'inexistence de récurrence significative du cancer. Il est également mentionné l'existence d'une lésion papillaire débutante au niveau du col vésical qui nécessite un contrôle cystoscopique dans les six mois.

3.3.10 A l'encontre du préavis du 22 septembre 2017, la recourante a produit un certificat médical de son psychiatre traitant faisant état d'une incapacité de travail de 50% du 1^{er} septembre au 30 septembre 2017, puis une prise de position de son médecin généraliste traitant datée du 16 octobre 2017. Dans ce document, il énonce les diagnostics de trouble de symptôme somatique (*somatische Belastungsstörung*; CIM-10 F45.1) avec un profond impact de ces symptômes sur les pensées, les sentiments et les actions de la recourante, un trouble dépressif récurrent dans un épisode moyen fluctuant et parfois invalidant (CIM-10 F33.11) et des douleurs musculosquelettiques sur troubles dégénératifs de la colonne cervicale et surcharge mécanique tendineuse au poignet (lors de la manutention, de dactylographie, ...). Dans ces conditions, le généraliste traitant considère que la capacité de travail ne peut excéder 50%. Par la suite, la recourante a encore communiqué, le 1^{er} novembre 2017, deux nouveaux certificats médicaux de son psychiatre faisant état de 40% d'incapacité de travail du 1^{er} octobre au 30 novembre 2017, ainsi qu'un rapport final d'une mesure relative au marché du travail (MMT) accomplie du 17 octobre 2017 au 13 novembre 2017. Consulté par l'Office AI Berne, le spécialiste en médecine interne du SMR a considéré que le rapport médical du médecin traitant ne changeait en rien les conclusions de l'expertise bidisciplinaire. La recourante a également fait parvenir le rapport final d'une mesure relative au marché du travail organisée par l'assurance-chômage qu'elle a suivie du 17 octobre 2017 au 13 novembre 2017 à 60%.

3.3.11 A l'appui de son recours, la recourante a présenté un nouveau rapport médical de son médecin traitant, lequel mentionne les diagnostics de cervicobrachialgies sur cervicarthrose, de tendinite de de Quervain (en rémission partielle), de douleurs musculosquelettiques diffuses dans le sens d'un trouble de symptôme somatique (*somatische Belastungsstörung*), d'un excès pondéral en particulier secondaire à la

médication psychotrope, d'un trouble dépressif récurrent dans un épisode moyen (CIM-10 F33.11), une anxiété généralisée (CIM-10 F41.1) et des traits de trouble de la personnalité, émotionnellement labile, type borderline (CIM-10 F60.3). Le médecin retient également que la capacité de travail ne peut être supérieure à 50%. Le psychiatre traitant a également produit un rapport médical, daté du 11 avril 2018, dans lequel il diagnostique un trouble dépressif récurrent dans un épisode moyen (CIM-10 F33.11), une anxiété généralisée (CIM-10 F41.1) et des traits de trouble de la personnalité, émotionnellement labile, type borderline (CIM-10 F60.3). Il en conclut une incapacité de travail de l'ordre de 50%.

4.

Il s'agit tout d'abord d'examiner la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire, tant sur le plan formel que matériel.

4.1

4.1.1 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).

4.1.2 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). La question de la force probante d'une expertise médicale doit être examinée dans chaque cas concret en fonction des réponses apportées par l'expertise aux questions déterminantes pour le cas d'espèce. Cela étant, le fait de se fonder tout de même sur une expertise pluridisciplinaire, alors même que l'un des rapports partiels qui la composent n'est pas considéré comme probant, ne viole pas déjà l'art. 43 al. 1 LPGa. Inversement, il en va de même si les évaluations de tous les rapports partiels composant l'expertise s'avèrent concluantes, alors que les conclusions de l'expertise principale – qui n'a pas été rédigée lors d'une discussion de coordination interdisciplinaire entre les médecins impliqués – ne peuvent être comprises et ne correspondent pas aux constatations des rapports partiels. Une appréciation des preuves qui reconnaît une entière valeur probante à certains rapports partiels d'une expertise interdisciplinaire ne peut dès lors pas être qualifiée de contraire au droit fédéral pour la seule raison qu'une autre partie de l'expertise n'apparaît pas probante (ATF 143 V 124 c. 2.2.4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.2).

4.2

4.2.1 Elaborée sur la base d'un examen personnel de l'assurée, cette expertise bidisciplinaire comporte une anamnèse précise sur les plans familial, personnel, systématique, psychosocial, professionnel et actuel. Les autres avis médicaux antérieurs figurant au dossier ont été largement retranscrits dans l'expertise, démontrant une étude fouillée et consciencieuse du dossier. Ses conclusions sont étayées. Concernant le grief de la recourante relatif à l'absence de prise en compte de l'hospitalisation en clinique de jour de janvier à juin 2017, ce fait a au

contraire été relevé à plusieurs reprises dans l'expertise (ch. 3.1.2 p. 5 et 6, ch. 3.4 p. 9), si bien que l'on peine à en comprendre, sur le plan formel, la teneur (sur le plan matériel, voir ci-après c. 4.2.2). En l'espèce, sur le plan formel, cette expertise apparaît ainsi conforme aux exigences légales et jurisprudentielles.

4.2.2 Sur le plan matériel, l'expert psychiatre a conclu que le trouble dépressif récurrent est en rémission.

4.2.2.1 Pour ce faire, en plus de la consultation des rapports médicaux au dossier, il a recueilli auprès de l'assurée différents éléments relatifs au déroulé de sa vie personnelle, sociale et professionnelle. Il a ainsi pu mettre en évidence une enfance de la recourante sans grande particularité, entourée de deux frères et d'une sœur, à l'exception peut-être d'un père dur et autoritaire, avec lequel elle s'est réconciliée. Bien qu'indisciplinée, elle a pu accomplir une scolarité sans difficulté et a obtenu un CFC d'employée de commerce. Entre 1986 et 1998, elle est restée à la maison pour s'occuper des trois enfants (né en 1987 et 1989 [jumeaux]) qu'elle a eus avec son mari (mariage en 1986 et divorce en 2005 en raison principalement des problèmes financiers du mari). L'expert a également pris en compte le fait que l'assurée avait entretenu pendant sept ans une relation, laquelle a pris fin peu avant la tenue de l'expertise en raison des difficultés et empêchements (*Einschränkungen*) de l'assurée. Sur le plan professionnel, l'expert a pu rapporter que l'assurée a recommencé à travailler tout d'abord dans le domaine de la comptabilité, puis, après que la grande société qui l'employait a fait faillite, qu'elle n'a plus trouvé d'emploi correspondant à sa formation et a alors commencé à travailler en tant que mécanicienne. Il est également rapporté qu'elle a été blessée dans un autre atelier, où il y aurait eu des conflits internes entre les collaborateurs. Concernant le déroulé des journées de l'assurée, l'expert-psychiatre a pu rapporter que l'assurée se couche aux environs de 22h30-23h00, puis se lève aux environs de 7h30, tout en se réveillant à plusieurs reprises pendant la nuit, mais en parvenant à se rendormir. Trois jours par semaine, l'assurée fréquente la clinique de jour (arrêt prévu à fin juin 2017); les autres jours, elle s'occupe du ménage. Elle effectue régulièrement des exercices de gymnastique, possède un abonnement à la piscine, s'occupe

des questions administratives et rend visite à son père. Quand elle a le temps, elle lit, coud, peint ou crée des mosaïques, appréciant l'art de créer. Sur le plan médical, l'expert-psychiatre rapporte également que la recourante souffre de dépression depuis 1986, période au cours de laquelle elle a également vécu des problèmes à son travail. En 1998 et en 2002, elle aurait déjà été suivie sur le plan psychiatrique. Depuis 2015-2016, sa situation psychique se serait dégradée, tout d'abord en raison de la situation de sa mère (placement dans un home en raison de la maladie d'Alzheimer, puis découverte d'un cancer et décès en juillet 2015). Par la suite, un cancer a été diagnostiqué chez la recourante, puis opéré à fin 2015. De plus, début 2015, l'un de ses jumeaux a été hospitalisé en milieu psychiatrique, hospitalisation au cours de laquelle il a évoqué des abus de la part de son frère aîné dont il aurait été la victime. En 2016, l'enfant susmentionné a été hospitalisé à deux reprises et une possible schizophrénie lui aurait été diagnostiquée.

4.2.2.2 C'est nanti de tous les éléments qui précèdent que l'expert-psychiatre a retenu que le trouble dépressif récurrent, qui n'est pas nié, était, au moment de l'expertise, en voie de rémission. Il en veut pour preuve la fin prévue de la fréquentation de la clinique de jour à fin juin 2017, de même que le bon traitement psychiatrique dispensé par un psychiatre qui lui correspond (à l'inverse d'une précédente psychiatre). L'expert psychiatre a également précisé qu'il ne pouvait discerner, au moment de l'expertise, aucun symptôme dépressif, à savoir notamment que la recourante pouvait en règle générale bien dormir et n'a pas de problèmes à se lever le matin, de même qu'elle fréquente une clinique de jour trois fois par semaine, s'occupe seule de son ménage, participe à des ateliers créatifs et rend régulièrement visite à son père. Dans ces circonstances, il est aisé de comprendre que l'expert psychiatre retienne une pleine capacité de travail dès la fin de la fréquentation de la clinique de jour, à savoir dès le 1^{er} juillet 2017. De même, l'incapacité de travail médicale retenue entre novembre 2015 et juin 2017 apparaît logique et cohérente. On notera finalement que l'expert-psychiatre a également soigneusement pris position sur les rapports médicaux existants au dossier, expliquant en quoi il s'en distançait ou dans quelle mesure il les suivait. Ainsi par exemple, s'agissant de l'expert mandaté par l'assurance

perte de gain en cas de maladie, lequel ne retenait une incapacité complète de travail que jusqu'au mois de juin 2016, l'expert psychiatre a pu expliquer, notamment, que son confrère est au bénéfice d'une spécialisation en médecine interne et non en psychiatrie. L'expert-psychiatre a également infirmé les diagnostics posés par la première psychiatre traitante de la recourante en exposant l'absence d'éléments attestant une intelligence limitée ou une personnalité immature. Concernant le psychiatre traitant, l'expert psychiatre a confirmé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, tout en précisant sa rémission, mais a nié un trouble de la personnalité en exposant que la recourante a pu travailler pendant plusieurs années avec un bon rendement et n'a pas évoqué de difficultés à contrôler ses émotions ou ses envies. Ce n'est qu'au moment de l'aggravation du trouble dépressif qu'elle a pu manifester certaines difficultés à contrôler ses émotions.

4.2.2.3 S'agissant de la période de janvier à juin 2017, au cours de laquelle la recourante dit avoir été hospitalisée à la clinique de jour de D._____, il faut relever que si cette information ressort partiellement de l'expertise, il est remarqué qu'il s'agissait d'une fréquentation d'une clinique de jour à raison de trois jours par semaine. Il ressort certes du dossier que la recourante aurait été hospitalisée du 12 janvier au 28 février 2017 (voir dos. AI 50), mais on peine toutefois à comprendre dans quelle mesure une hospitalisation ne peut porter que sur trois jours par semaine. En tout état de cause, au vu également des informations disponibles sur le site internet de l'Hôpital E._____. ([...]), il s'agit manifestement au plus d'une semi-hospitalisation, laquelle a lieu à D._____, alors qu'une véritable hospitalisation ne peut avoir lieu qu'à F._____, ce qui n'est pas allégué par la recourante. Dans cette mesure, au vu de ce qui précède, l'expert psychiatre a pu prendre position en toute connaissance de cause sur les faits importants de l'anamnèse de la recourante. C'est en toute connaissance de cause qu'il a pu retenir que la recourante se portait mieux en juin 2017 et envisageait de recommencer à travailler, le traitement, d'ailleurs suivi de façon ambulatoire en juillet (voir dos. AI 54), étant sur le point de prendre fin.

4.2.2.4 Sur le vu de ce qui précède, il appert que l'appréciation effectuée sur le plan matériel par l'expert psychiatre est convaincante, structurée et ne saurait être remise en question.

4.2.3 L'expert en rhumatologie a conclu à l'inexistence d'atteinte de la capacité de travail dans une activité légèrement à moyennement astreignante.

4.2.3.1 Pour ce faire, il a personnellement examiné la recourante et lui a permis d'énoncer les atteintes dont elle dit souffrir, notamment au niveau de la nuque, du dos, de la main droite, de même que de façon plus générale au niveau de l'appareil locomoteur. La recourante a également pu mentionner l'accroissement des douleurs en cas de conduite de voiture ou en cas de long travail monotone à l'ordinateur, parfois accompagnées de fourmillements dans le bras droit, jusqu'aux doigts. La prénommée a également rapporté un pouce droit à ressort traité par infiltration, de même que le poignet droit traité de la même façon, mais qui engendre des douleurs légères en cas de travail à l'ordinateur.

4.2.3.2 Au niveau de ses conclusions, l'expert en rhumatologie n'a pas nié l'existence de certaines atteintes médicales chez la recourante. Ainsi, il a confirmé la présence d'une ostéochondrose C5/6, toutefois en précisant que dite atteinte n'est pas de grande gravité et qu'elle n'est pas rare chez les personnes de plus de 50 ans. Il a également souligné la bonne réaction de la recourante à l'infiltration de stéroïde effectuée en automne 2016 au pouce et poignet droit, indiquant qu'il ne résultait plus qu'une douleur légère en cas de travail à l'ordinateur et que son examen personnel ne mettait en évidence aucune atteinte particulière. Concernant les maux de dos évoqués par la recourante, l'expert en rhumatologie a également retenu l'existence d'un syndrome lombo-vertébral léger chronique, sans indication pour une complication neurologique ou une autre origine de douleur spécifique. Finalement, quant aux douleurs diffuses évoquées par la recourante (genoux, cheville, coude et à l'avant-pied), l'expert n'a mis en évidence aucune particularité au cours de son examen. Concernant une éventuelle fibromyalgie, évoquée par un confrère rhumatologue mais sans diagnostic (voir ci-avant c. 3.3.6), l'expert l'écarte en évoquant que les points douloureux (Tenderpoints) ne sont pas concluants en l'espèce et

retient que les causes des douleurs articulaires invoquées par la recourante ne sont que peu claires, mais qu'il n'existe pas d'indication pour de l'arthrose.

4.2.3.3 Sur la base de ce qui précède, les conclusions de l'expert en rhumatologie, qui considère que les atteintes énumérées engendrent une légère diminution de la capacité corporelle, apparaissent comme étant convaincantes et fondées. En conséquence, son appréciation de la capacité de travail, à savoir une pleine capacité de travail dans une activité de légèrement à moyennement astreignante, peut être suivie.

4.2.4 Il apparaît ainsi que, sur les aspects matériels également, l'expertise bidisciplinaire s'avère probante.

4.3 Au vu de ce qui précède, il existe selon les experts médicaux une incapacité totale de travail entre le mois de novembre 2015 et le mois de juin 2017 liée à un trouble dépressif, puis une pleine capacité de travail dans une activité de légèrement à moyennement astreignante à partir du mois de juillet 2017.

5.

Il s'agit ensuite d'examiner les conséquences juridiques de cette expertise en ce qui concerne l'éventuel droit de la recourante à des prestations de l'AI, en tenant compte également des autres avis médicaux au dossier. En l'espèce, l'Office AI Berne s'est en effet principalement basé sur les résultats de l'expertise bidisciplinaire, corroborés par l'appréciation de son SMR (voir ci-avant c. 3.3.10), pour retenir qu'il n'existe pas d'atteinte somatique avec une répercussion à long terme sur la capacité de travail et que le trouble dépressif récurrent était, au moment de la décision dont est recours (20 mars 2018; ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1), en voie de rémission.

5.1 La recourante fait valoir deux principaux griefs à l'encontre de l'expertise bidisciplinaire réalisée en juin 2017, à savoir ses conclusions en totale opposition avec celles des médecins traitants, puis qu'elle ne tient

pas compte de tous les éléments pertinents s'agissant de sa situation de fait et en particulier son séjour/hospitalisation en clinique de jour d'abord entre janvier et juin 2017 (voir c. 4.2.2.3), puis de façon ambulatoire à raison de deux jours par semaine.

5.2

5.2.1 Les experts doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

5.2.2 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 (cpr. art. 7 al. 2 1^{ère} phr. LPGGA). Si une atteinte à la santé assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). En règle générale, il convient de prendre en considération des indicateurs standards classés selon leurs caractéristiques communes (c. 4.1.3), qui sont répartis dans les catégories "degré de gravité fonctionnel" (c. 4.3) et "cohérence" (c. 4.4). La grille d'évaluation présentée est de nature juridique (c. 5). La

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

5.2.3 Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt 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).

5.3

5.3.1 Il apparaît que les rapports du médecin généraliste traitant postérieurs à l'expertise bidisciplinaire ne s'écartent finalement que peu des conclusions de celle-ci, si ce n'est en ce qui concerne la capacité de travail. C'est en substance ce qu'a retenu le spécialiste en médecine interne du SMR dans son appréciation donnée après les objections formulées à l'encontre du préavis du 22 septembre 2017 (voir ci-avant c. 3.3.10). Ainsi, il a considéré que l'ensemble des atteintes somatiques énoncées par le généraliste traitant avaient été examinées par l'expert en rhumatologie, notamment en ce qui concerne les atteintes musculosquelettiques. Sur cette base, il a considéré qu'il n'existait pas de nouveaux éléments médicaux susceptibles de changer l'appréciation de l'expertise bidisciplinaire. Dans le rapport médical joint au recours et daté du 12 avril

2018 (Attestation médicale; PJ 3), le médecin généraliste traitant réitère les diagnostics somatiques déjà énoncés sans véritablement apporter d'éléments nouveaux. Les différentes atteintes somatiques ont déjà été examinées en détail par l'expert en rhumatologie, qui ne les a nullement niées et a considéré qu'il existait une diminution de la capacité corporelle, toutefois sans conséquence sur la capacité de travail dans une activité légèrement à moyennement astreignante. Dans ces circonstances, il s'agit bien plus d'une évaluation différente de la même situation médicale que de la découverte de nouveaux faits médicaux. Or, s'agissant des avis du médecin de famille, le juge peut et doit toutefois tenir compte du fait qu'en regard à la relation de confiance établie avec son patient, le médecin de famille aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). Dans cette mesure, il y a lieu de privilégier l'appréciation donnée par l'expert en rhumatologie, confirmée par le SMR, plutôt que le médecin généraliste traitant. En tout état de cause, le rapport de la mesure relative au marché du travail (MMT), effectuée à un taux de 60%, n'est pas aussi négatif que ce qu'écrit le médecin généraliste traitant. Si certaines difficultés sont en effet recensées (par exemple le manque de confiance en soi ou la relative longue absence du monde du travail), il faut souligner que la recourante a été en mesure de suivre l'entier de cette mesure, à un taux de 60%. De même, la recourante elle-même a indiqué au cours de cette mesure être à la recherche d'un travail à un taux de 60%, ce qui avait du reste déjà été relevé dans l'expertise (ch. 3.6 p. 9).

5.3.2 Dans ces circonstances, il apparaît que l'appréciation de la capacité de travail effectuée par l'expert en rhumatologie n'est pas remise en question à suffisance par la nouvelle attestation médicale déposée par le généraliste traitant.

5.4

5.4.1 Sur le plan psychique, le psychiatre traitant de la recourante a également pris position dans le cadre du recours, en qualifiant d'épisode moyen le trouble dépressif récurrent (CIM-10 F33.11), en diagnostiquant une anxiété généralisée et des traits de trouble de la personnalité, émotionnellement labile et de type borderline (CIM-10 F60.3) et en

indiquant que la prénommée était à nouveau suivie en clinique de jour deux fois par semaine (PJ 4 et 5 du recours).

5.4.2 En soi, le contenu du rapport médical du psychiatre traitant s'écarte des constats de l'expert, en tant qu'il retient, par exemple, les symptômes d'angoisse manifestés au cours des entretiens ou encore le manque de sommeil. Pour autant, ce rapport psychiatrique ne contredit pas totalement les conclusions de l'expert, si ce n'est en ce qui concerne la capacité de travail, dans la mesure où les éléments rapportés sont sensiblement les mêmes; il en va ainsi des éléments relatifs aux tensions familiales et aux difficultés professionnelles, très proches de ceux rapportés par l'expert psychiatre dans son anamnèse et la retranscription des propos de l'assurée. Quant à la question de l'existence d'un trouble de la personnalité, celui-ci a été clairement nié par l'expert psychiatre. A ce stade, il n'est pas inutile de rappeler, comme pour l'avis du généraliste traitant (qui ne dispose pas d'une formation en psychiatrie), que les avis du médecin psychiatre traitant doivent être considérés avec précaution en raison de la relation de confiance nécessaire entre le praticien et son patient (voir ci-avant c. 5.3.1). Par ailleurs également, le tableau dressé par le psychiatre traitant ne correspond pas complètement à celui dressé au terme de la MMT réalisée à fin 2017, à savoir que s'il existe certaines faiblesses, la recourante a été en mesure de suivre l'entier de la mesure et s'est déclarée prête à chercher du travail. En soi, il y a ainsi lieu de considérer le dernier rapport du psychiatre traitant avec circonspection.

5.4.3 De façon générale, le Tribunal fédéral a toutefois jugé qu'il convient d'examiner le caractère invalidant des atteintes psychosomatiques d'abord sous l'angle des motifs d'exclusion, puis sous l'angle de certains indicateurs (voir ci-avant c. 5.2). Quand bien même l'exclusion par l'expertise psychiatrique de toute atteinte avec influence sur la capacité de travail rend un tel examen inutile (voir ci-avant c. 2.2), il y a lieu d'y procéder néanmoins en l'espèce, à tout le moins pour la période allant de novembre 2015 à juin 2017, période au cours de laquelle les experts retiennent une incapacité complète de travail. En effet, le généraliste traitant de la recourante a attesté des périodes d'incapacité de travail dès le mois de novembre 2015. Ce faisant, puisque la recourante a déposé sa demande

de prestations en avril 2016, une rente pourrait en soi être octroyée à compter de novembre 2016 jusqu'en juin 2017 (voir c. 2.3 et délai de carence de 6 mois dès l'introduction de la demande de prestations prévu à l'art. 29 al. 1 LAI).

5.4.3.1 Tout d'abord, il faut relever que l'expertise bidisciplinaire 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 s. et 143 V 409 c. 4 du 30 novembre 2017). Pour autant, dans le cas présent et ainsi que cela découle de ce qui suit, l'expertise bidisciplinaire s'avère suffisante, également à l'aune des indicateurs énoncés par la jurisprudence du TF, pour évaluer la situation de la recourante.

5.4.3.2 A l'instar de l'Office AI Berne, on peut ainsi relever l'existence de facteurs psychosociaux qui se sont mêlés aux atteintes somatiques courant 2015. La recourante a fait à plusieurs reprises mention de tensions et de traitement injuste à son travail, qui plus est dans un emploi ne correspondant pas à ses qualifications professionnelles, de même que le décès de sa mère et de multiples problèmes dans le cadre familial intervenus courant 2015. La question des facteurs environnementaux ou sociaux avait du reste également été relevée à l'issue de son séjour à la Clinique de réhabilitation de G. _____, en ce sens qu'il avait été bénéfique à la recourante de prendre du recul par rapport à sa situation familiale difficile et de pouvoir se concentrer sur ses besoins à elle (p. 5 du rapport). Dans cette mesure, c'est à bon droit que l'Office AI Berne s'est demandé si ces éléments ne constituaient pas un motif d'exclusion au sens de l'ATF 131 V 49 (voir ci-avant c. 5.2.2). Mais également sur le plan des indicateurs stricto sensu, on peine à discerner une véritable atteinte invalidante (au sens de la loi) chez la recourante. En effet, tout au long de la procédure, les différents médecins ont pu mettre en évidence sa capacité à effectuer son ménage, ses commissions et les rangements, de même qu'une promenade de $\frac{3}{4}$ d'heure à 1 heure (par exemple l'expert mandaté par l'assurance perte de gain en cas de maladie, dos. AI 21/9).

Les résultats de la MMT mettent également en évidence l'existence objective de ressources chez la recourante, à tel point que celle-ci a mentionné être à la recherche d'un travail au cours de sa réalisation, ce qu'elle avait par ailleurs déjà mentionné à l'expert psychiatre en juin 2017 (voir ci-avant c. 4.2.2.1). Par ailleurs également, il ressort du dossier que la recourante réagit bien au traitement psychiatrique. En tout état de cause, l'examen des indicateurs tend à exclure la présence, chez la recourante, de toute atteinte psychiatrique invalidante au sens de la loi, ce pour toute la période couverte par l'objet de la contestation.

5.4.3.3 On notera encore à ce stade que les informations relatives à la fréquentation, par la recourante, de la clinique de jour à raison de deux jours par semaine (art-thérapie; la recourante indique quant à elle suivre deux après-midi par semaine d'art-thérapie en mars 2018 [dos. AI 75/1]) ne sont que peu précises et peu étayées, sinon par le rapport médical de son psychiatre traitant du 3 mai 2018, soit quelque temps après la décision dont est recours et sans précision par rapport à leur début. Il appert que ces informations ne sont pas de nature à remettre en question l'évaluation à laquelle ont procédé les experts, qui ont soigneusement tenu compte de l'évolution positive de l'état de santé de la recourante. En tout état de cause, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). Dans cette mesure, si l'état de santé de la recourante devait s'être péjoré après la décision rendue par l'Office AI Berne le 20 mars 2018, ainsi que semble le faire valoir le psychiatre traitant, il lui est loisible de déposer une nouvelle demande de prestations de l'AI.

5.5 Sur la base de ce qui précède, c'est ainsi à bon droit que l'intimé a nié la présence d'un trouble invalidant et a rejeté la demande de prestations de la recourante.

6.

Au vu de tout ce qui précède, le recours doit être rejeté.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA et selon l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. La recourante, qui succombe, doit ainsi supporter les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, et ne peut prétendre au remboursement de ses dépens (art. 69 al. 1^{bis} LAI, 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 108 al. 1 et 3 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la recourante, par son mandataire,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué (A):
 - à Helvetia, Division prévoyance, St. Alban-Anlage 26, 4002 Bâle,
 - à Helsana Assurances SA, Indemnités journalières Romandie, Case postale 839, 1001 Lausanne,
 - à la Caisse de chômage du canton de Berne, Office de paiement de Bienne, Rue centrale 63, 2502 Bienne.

Le président:

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).