

200.2018.373.AI

N° AVS
BCE/REN

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

Jugement du 19 décembre 2019

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
C. Wagnon-Berger, greffière

A. _____
agissant par sa curatrice B. _____,
représentée par Me C. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 4 avril 2018



En fait:

A.

A. _____, née en 1973, divorcée et mère d'un enfant majeur, actuellement au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C), est arrivée en Suisse en 1998 (selon l'autorisation d'établissement) en ayant terminé une formation d'infirmière dans son pays d'origine. Depuis son arrivée en Suisse, elle a principalement travaillé dans des cabarets et, en dernier lieu, dans un home pour personnes âgées d'un hôpital cantonal, avant de bénéficier de prestations de l'assurance chômage. L'assurée a présenté une incapacité de travail entière depuis le 3 mars 2014 pour des troubles psychiatriques et notamment séjourné du 9 février au 25 mars 2015 dans une institution de services psychiatriques. L'assurée, agissant par sa curatrice, nommée avec effets au 11 février 2015, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour adultes datée du 24 juin 2016 (réceptionnée le 1^{er} juillet 2016) en mentionnant des troubles d'ordre psychologiques. L'Office AI Berne, saisi de cette demande, a recueilli les rapports médicaux auprès de l'institution de services psychiatriques où l'assurée avait séjourné en 2015, du psychiatre traitant ainsi que de la curatrice de l'intéressée. En suivant l'avis du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne a organisé une expertise psychiatrique dont les conclusions ont été rédigées dans un rapport du 22 juillet 2017.

B.

Après avoir à nouveau consulté son SMR, l'Office AI Berne a nié à l'intéressée, par préorientation du 5 décembre 2017, le droit à une rente d'invalidité en raison de l'absence d'atteinte à la santé invalidante. En dépit des objections de l'assurée, formulées dans des courriers des 22 janvier et 6 mars 2018 du service juridique d'une fondation d'entraide pour personnes handicapées, l'Office AI Berne a confirmé le contenu de sa préorientation dans une décision du 4 avril 2018.

C.

Représentée par un nouveau mandataire professionnel d'un autre organisme d'utilité publique, l'assurée a porté le litige devant le TA le 8 mai 2018, date à laquelle elle a également déposé une requête d'assistance judiciaire. Dans son recours, l'intéressée a conclu à l'annulation de la décision précitée ainsi qu'au constat de son droit aux prestations de l'AI et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision et, en tout état de cause, à l'octroi de l'assistance judiciaire, le tout sous suite de frais et dépens. Le 5 juin 2018, elle a encore déposé de nouvelles pièces relatives à sa requête d'assistance judiciaire. Dans son mémoire de réponse du 13 juin 2018, l'intimé a conclu à l'irrecevabilité du recours et, subsidiairement, au rejet de celui-ci. Le 6 juillet 2018, l'avocat de la recourante a produit sa note d'honoraires et a pris position sur le mémoire de réponse de l'intimé. L'Office AI Berne a dupliqué en date du 30 juillet 2018, puis, la recourante et l'intimé ont respectivement pris position les 17 août et 3 septembre 2018 tout en maintenant chacun leur position. L'assurée a pris une dernière fois position en date du 16 octobre 2018 et a déposé un complément à la note d'honoraires de son représentant.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'intimé du 4 avril 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, sur le constat du droit aux prestations de l'assurée ainsi que sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. Est particulièrement critiqué par la recourante le refus par l'Office AI Berne de lui reconnaître une atteinte à la santé invalidante, refus,

qui, selon elle, est contredit tant par l'appréciation de l'expert psychiatre que celle des autres avis médicaux au dossier.

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, 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] 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]). Comme le relève l'intimé, il est vrai qu'une conclusion tendant au constat d'un droit, ici à des prestations de l'AI, est subsidiaire et nécessite un intérêt digne de protection à une constatation de l'existence ou non, ou de l'ampleur de droits, qu'une conclusion formatrice ne permettrait pas de sauvegarder (art. 49 al. 3 LPGA; ATF 130 V 388 c. 2.4; SVR 2012 KV n° 18 c. 4.2). En l'espèce, compte tenu du principe de la simplicité de la procédure, à réception du recours, il a été renoncé à une demande de précision ou correction de la conclusion formulée sous une forme constatatoire (art. 61 let. a et b LPGA), du fait que la motivation du recours permettait de déduire (ATF 123 V 335 c. 1a) qu'il était en réalité requis un jugement formateur d'annulation du refus contesté et, principalement (réformatoire), d'octroi de prestations fondées sur une incapacité de travail de 100%, subsidiairement (cassatoire), de renvoi pour instruction complémentaire. La formulation constatatoire de la conclusion était d'autant plus compréhensible qu'en cas d'admission du recours et d'octroi de prestations, le jugement ne pourrait être que partiellement formateur car le Tribunal ne disposerait pas de toutes les données nécessaires à la détermination des prestations et devrait enjoindre l'intimé de procéder à leur octroi en fixant les modalités (voir aussi c. 8).

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

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

2.

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

2.2 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 141 V 281 c. 2.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4).

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.

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 A l'appui de sa décision du 4 avril 2018, l'Office AI Berne a considéré qu'il n'existe pas d'atteinte à la santé invalidante. S'écartant des résultats de l'expertise psychiatrique qu'il a lui-même diligentée et qui retient une incapacité de travail totale dans les activités habituelles ainsi que dans toute autre activité du milieu économique primaire, il est d'avis après un examen de ladite expertise sous l'angle des indicateurs standards (succès du traitement, étayage socio-familial, incohérence), que la probabilité prépondérante de conséquences fonctionnelles des atteintes

psychiatriques n'est pas avérée. Dans son mémoire de réponse du 13 juin 2018, l'Office AI Berne s'est en substance référé à la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF) pour affirmer qu'il est juridiquement possible de ne pas suivre un avis médical attestant d'une incapacité de travail si les indicateurs standards contredisent celui-ci. Il a relevé en outre que l'appréciation de la capacité de travail est une appréciation juridique (fondée sur des faits médicaux) de sorte que le rapport du SMR, uniquement de nature médicale, ne représente pas une évaluation liant l'Office AI Berne. Dans son mémoire de duplique du 30 juillet 2018 ainsi que sa prise de position du 3 septembre 2018, l'intimé a en substance maintenu ses arguments tout en précisant qu'il reconnaît la pleine valeur probante de l'expertise psychiatrique mais qu'en termes de résultats, il ne peut confirmer d'un point de vue juridique et au vu des indicateurs l'incapacité de travail complète attestée par ladite expertise seulement sous l'angle médical.

3.2 Par son recours, l'assurée a reproché à l'Office AI Berne d'avoir rendu une décision arbitraire puisque le refus de prestations serait, selon elle, en totale contradiction avec les faits ressortant du dossier. Dans sa réplique, la recourante a fait valoir qu'il n'est pas envisageable de s'écarter d'une expertise lorsque la totalité des médecins consultés y adhèrent, comme c'est le cas en l'espèce (tant le psychiatre traitant que la spécialiste du SMR). Pour l'intéressée, si l'intimé devait nier une quelconque valeur probante à l'expertise psychiatrique, il était de son devoir d'instruire davantage. Elle lui a ainsi également reproché une violation du devoir d'instruction. Dans sa prise de position du 17 août 2018, l'assurée a constaté que le médecin traitant, celui du SMR et surtout l'expert s'étant prononcés sur son incapacité de travail sont au bénéfice d'une formation en psychiatrie mais que les personnes ayant analysé les indicateurs ne détiennent pas une telle formation. Pour la recourante, le fait qu'aucun praticien n'a jugé utile d'examiner les indicateurs démontre le caractère sérieux des atteintes. Finalement, dans sa prise de position du 16 octobre 2018, l'assurée a maintenu en substance ses arguments tout en ajoutant que même si l'on devait admettre, comme le fait l'intimé, qu'il n'est pas possible de se fonder sur l'incapacité de travail attestée par l'expertise psychiatrique, il n'était dans tous les cas pas impossible de se baser sur les

autres avis médicaux au dossier, à savoir ceux du médecin traitant et du SMR pour aboutir au résultat qu'elle subit une incapacité totale de travail.

4.

Il ressort du dossier les éléments médicaux principaux suivants:

4.1 Dans un rapport de sortie du 28 mai 2015, les médecins d'une institution de services psychiatriques dans laquelle l'assurée a séjourné du 9 février au 25 mars 2015 suite à un tentamen médicamenteux, ont émis l'hypothèse diagnostique de l'existence d'un trouble de la personnalité mixte (F61.0, selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) associant des traits de différents types de troubles de la personnalité, ces derniers ne pouvant être classés en un seul. Les médecins ont précisé que la pose d'un diagnostic de certitude nécessitait une évaluation de longue durée. Les spécialistes ont également mentionné des symptômes psychotiques à caractère fluctuant et épisodique mais ont supposé que ces symptômes étaient transitoires, de sorte qu'ils n'ont conclu à aucun diagnostic en ce sens mais ont retenu l'émergence de troubles psychotiques aigus transitoires associés à une situation de forte surcharge émotionnelle et reconnue stressante pour la patiente (dos. AI 10/5). Les spécialistes ont par ailleurs procédé à des tests psychologiques dont les résultats ont démontré des éléments compatibles avec de l'hyperactivité (dos. AI 10/5). Selon les médecins, l'établissement d'une expertise psychiatrique était d'une importante utilité pour la prise en charge ultérieure en ambulatoire de la recourante et ce, au vu de la complexité des troubles observés (dos. AI 10/6).

4.2 Il ressort d'un avis de sortie du 12 juillet 2016 d'une clinique de réadaptation dans laquelle l'assurée a séjourné du 20 juin au 10 juillet 2016, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (CIM-10 F33.1) ainsi que le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THDA; CIM-10 F90.0). Les médecins ont par ailleurs attesté d'une incapacité de travail de 100% du 20 juin au 10 juillet 2016 (dos. AI 12/6).

4.3 Le 18 juillet 2016, le psychiatre traitant a fait parvenir un rapport médical à l'intimé. Il a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode moyen (CIM-10 F33.11), syndrome déficitaire de l'attention avec hyperactivité (CIM-10 F90.0) et état de stress post-traumatique (CIM-10 F43.1) existant depuis 2014. Une incapacité de travail de 100% depuis 2014 et pour une durée indéterminée a été attestée par le spécialiste (dos. AI 12/3). A la question de savoir si l'on peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, le psychiatre traitant a répondu par la négative (dos. AI 12/3).

4.4 Consulté par l'Office AI Berne, une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH du SMR a retenu, sur la base du dossier médical de l'assurée, qu'aucun élément au dossier ne démontre l'existence d'un THDA restreignant les performances de cette dernière. En effet, selon la spécialiste, tant les symptômes dépressifs que les angoisses, les symptômes psychotiques et les difficultés psychosociales peuvent provoquer des troubles de la concentration et de l'attention que l'on pourrait interpréter comme un THDA (dos. AI 22/3). Il est également relevé par la médecin du SMR que certains symptômes imputés au trouble de la personnalité pourraient en partie être liés aux effets secondaires des médicaments prescrits à l'assurée (dos. AI 22/4). Forte de ces constats, la spécialiste du SMR a préconisé la tenue d'une expertise psychiatrique (dos. AI 22/4).

4.5 Mise en oeuvre par l'Office AI Berne, sur proposition de son SMR (voir ci-dessus c. 4.4), une expertise psychiatrique a été réalisée sur la base d'un examen personnel de l'assurée du 20 juillet 2017 ainsi que du dossier médico-asséculo-logique. Dans le rapport final du 22 juillet 2017, l'expert psychiatre a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail un trouble de l'humeur (affectif) persistant, sans précision (CIM-10 F34.9) 2014, un état de stress post-traumatique (CIM-10 F43.1), tous les deux présents depuis 2014 au plus tard ainsi qu'une anxiété généralisée (CIM-10 F41.1), existante depuis plusieurs années (dos. AI 30.1/12). Selon l'expert, un diagnostic de trouble de la personnalité ne doit pas être posé et il en est de même de celui de THDA. Au vu de l'absence de diagnostic de

THDA, l'expert a considéré qu'il n'existait aucune justification pour la prescription de méthylphénidate puisque ce médicament serait susceptible d'accentuer les manifestations de l'état de stress post-traumatique et de l'anxiété généralisée. Il a donc recommandé l'arrêt de ce traitement et a préconisé d'autres mesures relatives aux médicaments, notamment la suppression à long terme des benzodiazépines (voir sur ce point dos. AI 30.1/18). Concernant la capacité de travail de l'assurée, le spécialiste a relevé que les limitations fonctionnelles psychiques de l'assurée sont constituées par la réduction de l'énergie (fluctuante), la perte de la confiance en soi (marquée), la labilité émotionnelle (prononcée), la dispersion psychique (marquée), les troubles de l'attention et de la concentration (prononcée), l'hyperexpressivité émotionnelle (marquée) ainsi que l'inaptitude à la planification et à l'organisation. La nature et l'ampleur de ces limitations fondent, d'après l'expert, même en écartant l'aspect du déconditionnement professionnel dans l'évaluation, une incapacité de travail totale en tant qu'infirmière ou dans la restauration, mais également dans toute autre activité du milieu économique primaire, même non qualifiée (tâches de classement simple, surveillance d'exposition, entretien d'espaces verts) et ce, depuis le 3 mars 2014 au plus tard (dos. AI 30.1/19).

4.6 Après avoir pris connaissance des conclusions de l'expertise, une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH du SMR a une nouvelle fois pris position dans un rapport du 19 octobre 2017. Cette dernière, après avoir jugé l'expertise psychiatrique du 22 juillet concluante, a estimé que l'incapacité de travail complète formulée par l'expert était justifiée. Par ailleurs, d'un point de vue du traitement médical, la spécialiste du SMR a également confirmé le nouveau traitement préconisé par l'expert psychiatre (dos. AI 32/5). La spécialiste a recommandé une réévaluation de l'incapacité de travail ainsi que des diagnostics au plus tard 12 mois après l'injonction de mise en œuvre des mesures relatives aux médicaments décrites dans l'expertise (voir dos. AI 32/6 et 30.1/18).

4.7 Dans un rapport du 22 février 2018, le psychiatre traitant de la recourante a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode moyen (CIM-10 F33.11), état de stress post-traumatique (CIM-10 F43.1) et

trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (CIM-10 F90.0). Selon le spécialiste, l'assurée présente une incapacité de travail de 100% et le pronostic reste incertain. Il est toutefois noté par le praticien une légère amélioration des symptômes depuis la mise en place de traitement d'Abilify en octobre 2017 (dos. AI 46/6).

5.

5.1 Dans un premier temps, il y a lieu d'examiner la valeur probante de l'expertise psychiatrique du 22 juillet 2017.

5.2 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

5.3 En l'occurrence, l'expertise psychiatrique du 22 juillet 2017 a été élaborée sur la base d'un examen personnel de la recourante ainsi que sur l'étude du dossier médico-asséurologique. L'expert, dont les qualifications ne sauraient être mises en doute, a pris en compte l'ensemble des éléments essentiels au dossier, l'anamnèse complète (professionnelle, familiale, psychosociale et psychiatrique) et les plaintes subjectives de la recourante. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions de l'expert sont par ailleurs motivées et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Sur le plan strictement formel, l'ensemble de l'expertise psychiatrique satisfait aux exigences jurisprudentielles (voir c. 5.2 ci-dessus).

5.4 D'un point de vue matériel, les conclusions retenues par l'expert psychiatre s'avèrent logiques, détaillées et étayées. Lorsque l'expert exclut

le diagnostic de trouble de la personnalité (qui avait pourtant été retenu par l'institution de services psychiatriques en mai 2015), il explique de manière convaincante pour quelles raisons les critères généraux de ce diagnostic sont insuffisamment vérifiés (en nombre et en intensité) et que le critère temporel, à savoir l'existence du comportement depuis la fin de l'enfance ou l'adolescence sans interruption, fait défaut (dos. AI 30.1/13). Par ailleurs, le spécialiste expose clairement les motifs pour lesquels il s'est distancié du rapport du 28 mai 2015 établi par les médecins de l'institution de services psychiatriques sur ce point. Il a relevé à cet égard que l'assurée a pu présenter des dysfonctionnements du type de ceux d'une personnalité pathologique de manière transitoire, comme lors du séjour auprès de l'institution de services psychiatriques (dos. AI 30.1/13). Les mêmes conclusions s'imposent quant au diagnostic de THDA (CIM-10 F90.0) dont l'expert psychiatre s'est éloigné alors même que ce diagnostic avait été retenu par les médecins d'une clinique de réadaptation (rapport du 12 juillet 2016; dos. AI 12/6) ainsi que par le psychiatre traitant de la recourante dans son rapport du 18 juillet 2016 (dos. AI 12/1). Il ressort en effet de l'expertise que l'un des critères essentiels de ce diagnostic repose sur la présence d'élément d'hyperactivité ou de déficit de l'attention pendant l'enfance. Or, selon l'expert, les renseignements au dossier ne permettent pas de retenir que ce critère est rempli, de sorte qu'il exclut le diagnostic de THDA (dos. AI 30.1/14). Les explications de l'expert sur ce point convainquent tant par leur motivation que dans leurs conclusions. S'agissant de la capacité de travail de la recourante, l'expert a analysé minutieusement les éléments de pronostic favorables (recherche de soins spécifiques, absence de problématique de consommation de substance psycho-actives et étayage sociofamilial relativement préservé) ainsi que les éléments de pronostic défavorables (présence de polyopathie psychiatrique, durée des troubles [chronicisation] hérédopathie ainsi que l'absence d'évolution favorable) avant de juger que le pronostic était incertain (dos. AI 30.1/18). La fixation de l'incapacité de travail totale résulte de l'analyse détaillée et méticuleuse des limitations fonctionnelles psychiques, soit de leur nature et de leur ampleur, en éliminant les effets du déconditionnement professionnel, aspect non pris en considération par l'AI (dos. AI 30.1/19 et 20). Les résultats de cet examen sont logiques,

compréhensibles et convaincants si bien qu'une pleine valeur probante doit être attribuée à l'expertise psychiatrique du 22 juillet 2017.

6.

6.1 En l'occurrence l'intimé admet que l'expertise médicale du 22 juillet 2017 revêt une pleine valeur probante (voir prise de position de l'intimé du 3 septembre 2018 p. 3), mais il estime qu'il résulte de l'examen juridique des indicateurs sur la base de ladite expertise, que l'incapacité de travail complète attestée dans ce rapport médical ne peut être confirmée (prise de position de l'intimé du 3 septembre 2018 p. 3), ce que conteste fermement la recourante. Il convient par conséquent de déterminer si les appréciations de l'expert, cohérentes et probantes sur le plan médico-théorique, peuvent être suivies sous l'angle juridique du droit de l'AI. En d'autres termes, il s'agit d'examiner si l'Office AI Berne s'est à raison distancié des conclusions de l'expertise psychiatrique pour considérer que la recourante ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante, alors même que ladite expertise retient une incapacité de travail totale, à réévaluer après une année de traitement.

6.2

6.2.1 Conformément à la volonté claire du législateur exprimée à l'art. 7 al. 2 LPGA, il y a lieu d'admettre en vertu d'une approche objective que la personne assurée est en principe valide (ATF 141 V 281 c. 3.7.2). 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 TF, 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).

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

6.2.3 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).

6.3 A titre liminaire, il faut relever que l'expertise psychiatrique du 22 juillet 2017 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 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 psychiatrique s'avère suffisante, également à l'aune des indicateurs énoncés par la jurisprudence du TF, pour évaluer la situation psychique de la recourante (ATF 141 V 281 c. 8).

6.4 Tout d'abord, l'expert psychiatre, tout en constatant une hyperexpressivité émotionnelle, a nié la présence d'un motif d'exclusion en observant l'absence de démonstrativité, de dramatisation ou encore de théâtralité et partant, d'argument en faveur d'une simulation ou d'une majoration systématique des symptômes (dos. AI 30.1/11, 30.1/20). Concernant le second niveau, le spécialiste a étayé la gravité des diagnostics (voir c. 4.5 ci-dessus) en tenant compte des limitations fonctionnelles propres à chacun d'entre eux (p. ex. limitations fonctionnelles en lien avec l'anxiété généralisée constituées par les troubles de l'attention, de la concentration, ainsi que l'inaptitude à la planification et à l'organisation; dos. AI 30.1/17; complexe "atteinte à la santé", ATF 141 V 281 c. 4.3.1). L'expert a également mis en avant une indication formelle pour le traitement psychothérapeutique (de type cognitivo-comportemental ou désensibilisation par mouvements oculaires et programmation) de l'état de stress post-traumatique mais a toutefois qualifié le pronostic d'incertain face à ces options thérapeutiques (dos. AI 30.1/21; "succès du traitement", ATF 141 V 281 c. 4.3.1.2). Pour s'écarter de l'expertise susmentionnée, l'intimé a considéré qu'aucun "échec définitif" de la thérapie n'avait été constaté par l'expert. S'il est vrai que le spécialiste en psychiatrie a mentionné que la pathologie mentale de l'assurée ne la rend pas inapte à

suivre une thérapie (dos. 30.1/22), force est cependant de constater qu'au jour de l'expertise, aucun succès du traitement n'avait été mis en évidence par le spécialiste et ce, malgré le fait que la recourante suit un traitement psychiatrique depuis le 3 mars 2014 à une fréquence d'une fois toutes les une ou deux semaines. Au contraire, l'expert a mentionné, comme élément de pronostic défavorable, l'absence d'évolution positive (dos. AI 30.1/18) et a modifié la prise de médicaments de l'intéressée en expliquant qu'il n'existe aucune justification pour la prescription de méthylphénidate et en recommandant l'abandon à plus long terme des anxiolytiques benzodiazépiniques (dos. AI 30.1/22). En d'autres termes, il a observé le caractère inapproprié du traitement médicamenteux prescrit jusqu'au jour de l'expertise et a recommandé, pour l'avenir, un nouveau traitement médicamenteux et psychothérapeutique de l'état de stress post-traumatique (dos. AI 30.1/18). Or, selon la jurisprudence relative à cet indicateur, si le traitement demeuré sans résultat apparaît inapproprié, il n'y a rien à en tirer en ce qui concerne le degré de gravité du trouble (ATF 141 V 281 c. 4.3.1.2). En outre, le fait que le rapport d'expertise évoque que des mesures de réadaptations sont possibles (dos. AI 30.1/22) a conduit l'intimé à retenir l'absence d'atteinte invalidante. Cette affirmation doit toutefois être nuancée puisque l'expert psychiatre a également relevé qu'à titre de mesures de réadaptation, l'assurée s'était adressée à des organismes ayant néanmoins refusé les demandes de cette dernière. Ainsi, pour l'expert, ces démarches ont échoué en raison des troubles mentaux de l'assurée mais celles-ci ont tendance à parler en faveur d'un esprit volontaire de l'intéressée (dos. AI 30.1/21). Toutefois, selon la jurisprudence, seul le refus de telles mesures alors que celles-ci sont raisonnablement exigibles de l'assuré constitue un indice sérieux d'une atteinte non invalidante (ATF 141 V 281 c. 4.3.1.2). En l'occurrence, il ne ressort pas du dossier, ni de l'expertise que la recourante aurait refusé de participer à des mesures de réadaptation. Au contraire, l'expert a relevé que l'assurée aurait même cherché à se réadapter (dos. AI 30.1/21) et a souligné l'esprit volontaire de cette dernière (dos. AI 30.1/21). Tout en mettant en lumière des journées relativement structurées avec des activités variées au jour le jour (église, marches en forêt, écriture, rencontre d'amis; dos. AI 30.1/15), l'expert a précisé que lors des moments d'accentuation de la dépression, l'intéressée passe des périodes prolongées pendant la

journee au lit, inactive (dos. AI 30.1/15). Il ressort en outre de l'expertise que l'assurée a été capable de terminer une formation professionnelle selon un cursus normal (obtention d'un diplôme d'infirmière en juin 1997) ainsi que de valider ses diplômes en Suisse en 2008 (dos. AI 30.1/12). Néanmoins, l'expert a estimé qu'il est impossible d'évaluer l'intégration de l'assurée dans le monde professionnel dans la mesure où, d'une part, les activités de barmaid ou entraîneuse dans les cabarets sont des activités marginalisées de sorte que, pour l'expert, il est difficile de comprendre pour quelles raisons l'assurée a d'emblée choisi cette voie et, d'autre part, l'analyse du cursus professionnel de cette dernière ne montre pas de difficulté relationnelle (quérulence, rigidité intense, conflictualité, comportement dysfonctionnel). En d'autres termes, les ressources de l'assurée ne sont pas aussi préservées que le laisse entendre l'Office AI Berne et ont d'ailleurs été qualifiée de "quasi inexistantes" par l'expert (dos. AI 30.1/20; complexe "personnalité", ATF 141 V 281 c. 4.3.2). Quant à l'indicateur "retrait social" dont l'absence contredirait, selon l'intimé, l'existence d'une atteinte invalidante, il est vrai que l'expert psychiatre a qualifié l'étayage socio-familial de relativement préservé (dos. AI 30.1/18) et qu'il a rapporté des contacts fréquents avec le fils, des amis et connaissances (dos. AI 30.1/9). L'intimé a toutefois occulté que lesdites rencontres se déroulent exclusivement lorsque l'assurée se sent bien, puisque si tel n'est pas le cas, cette dernière ne fréquente pas d'amis ou de connaissances mais reste allongée au lit (dos. AI 30.1/9). Par ailleurs, il ressort du dossier que depuis la séparation d'avec son ex époux, l'assurée n'a pas réussi à entamer une nouvelle histoire sentimentale (dos. AI 30.1/13). Dans ce contexte, l'expert a constaté une inaptitude à s'engager dans une relation de confiance et de réciprocité à long terme. Il a toutefois nuancé cet aspect en relevant que cette difficulté avait probablement été causée par le comportement problématique du mari et la relation conflictuelle du couple, ces deux éléments ayant entraîné une pathologie mentale chez la recourante (dos. AI 30.1/13). Force est encore de constater que l'assurée n'est pas en mesure de gérer ses affaires administratives, raison pour laquelle une curatrice lui a du reste été nommée (dos. AI 30.1/9 et 3/1) et qu'elle ne voyage plus depuis 2004, pour des raisons financières et pour éviter de créer des inquiétudes à sa famille (dos. AI 30.1/9).

Ces éléments tendent à contredire l'interprétation de l'expertise du 22 juillet 2017 à laquelle l'intimé a procédé. Au vu de ce qui précède et contrairement à ce que soutient l'Office AI Berne, il n'existe pas d'incohérence (indicateur "cohérence", voir ATF 141 V 281 c. 4.4) entre les limitations dans une éventuelle activité lucrative et dans les autres domaines de la vie de l'assurée, ce que l'expert a par ailleurs confirmé en observant l'absence de divergence entre l'examen clinique et les plaintes ou propos exprimés par l'assurée (dos. AI 39.1/22). L'évaluation faite par l'Office AI Berne des indicateurs est d'autant moins convaincante que celui-ci a admis, par son mémoire de réponse du 16 juin 2018, que si une incapacité de travail partielle (p. ex. d'environ 50%) avait été retenue par l'expert psychiatre, il aurait pu s'y rallier d'un point de vue juridique (sur la base de l'examen des indicateurs). A l'inverse de ce qu'il a prétendu dans son mémoire de duplique du 30 juillet 2018, cet aveu laisse à penser que l'intimé remet en cause l'entière capacité de travail qu'il avait pourtant retenue dans la décision litigieuse. Dans ce contexte et en cas de doute sur ce point, il revenait à l'intimé d'instruire les faits déterminants propres à établir selon la vraisemblance prépondérante (applicable en droit des assurances sociales; ATF 138 V 218 c. 6), le taux d'incapacité de travail de la recourante (principe de l'instruction d'office, voir art. 43 al. 1 LPG). Or, aucune démarche dans ce sens n'a été entreprise par l'Office AI Berne. Au contraire, d'autres éléments au dossier ont confirmé l'appréciation de l'expert psychiatre. Tant la spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH du SMR (voir c. 4.6 ci-dessus), que le médecin psychiatre traitant du recours (voir c. 4.7 ci-dessus) ont estimé que l'évaluation de l'incapacité de travail retenue par l'expert psychiatre était justifiée. On constate ainsi qu'après examen des indicateurs standards, l'Office AI Berne n'est pas parvenu à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, ni l'absence d'atteinte invalidante chez l'assurée ni la pleine capacité de travail de celle-ci.

6.5 Il ressort de ce qui précède que l'expertise recèle plusieurs éléments d'informations relatifs aux indicateurs susmentionnés, que l'Office AI Berne s'est efforcé d'utiliser pour nier l'existence d'une atteinte invalidante au sens de l'AI. Toutefois, c'est en pleine connaissance de cause que l'expert a considéré qu'il existait une incapacité de travail totale

sur la base des diagnostics posés (c. 4.5). Dans ces circonstances, on ne comprend pas comment l'Office AI Berne peut considérer qu'il n'existe aucune atteinte invalidante au sens de l'AI, soit un résultat à l'exact opposé de l'appréciation médicale. Si l'expert évalue les capacités fonctionnelles de la personne concernée en fonction des indicateurs pertinents, il appartient, comme l'a souligné l'Office AI Berne, aux organes d'application du droit de vérifier ensuite librement les indications fournies, en particulier le point de savoir si les médecins ont respecté le cadre normatif déterminant, c'est-à-dire s'ils ont exclusivement tenu compte de déficits fonctionnels qui découlent d'une atteinte à la santé (art. 7 al. 2 phr. 1 LPGGA), et si leur appréciation de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGGA; ATF 141 V 281 c. 5.2.2). En l'espèce, l'Office AI Berne a fait bien davantage que vérifier juridiquement les indications fournies par l'expert, dans la mesure où il a substitué complètement son évaluation (juridique) à celle (médicale) de l'expert, même en ce qui concerne les constats de restrictions fonctionnelles médicales, sans requérir aucun complément médical d'information, pour aboutir à un résultat diamétralement opposé.

7.

7.1 Selon l'Office AI Berne, tant la jurisprudence fédérale que cantonale reconnaît la possibilité de ne pas suivre l'avis d'un spécialiste s'agissant d'une incapacité de travail.

7.2 Le TA ne remet pas en cause la faculté, pour l'Office AI Berne, de se distancier d'expertises médicales sur la base de l'examen des indicateurs standards. Il est vrai que le TF a admis cette pratique dans une jurisprudence mentionnée par l'intimé dans sa duplique du 30 juillet 2018 (voir notamment arrêts du TF 9C_78/2017 du 26 janvier 2018 c. 6.3 et 6.4; TF 9C_21/2017 du 22 février 2018 c. 5.2 à 5.5; TF 8C_449/2017 du 7 mars 2018 c. 4.3; TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 c. 6.3 et 6.4; TF 8C_676/2015 du 7 juillet 2016 c. 3 et 6.1 publié à l'ATF 142 V 342; TF 8C_409/2017 du 21 mars 2018 c. 6.1 publié à l'ATF 144 V 50). Toutefois, dans les exemples cités par l'Office AI Berne, soit les psychiatres à l'origine

des expertises contestées avaient admis une capacité de travail partielle (p.ex. 80% [TF 9C_21/2017 du 22 février 2018 c. 3.1 et 5.2 à 5.5], 50% [TF 8C_449/2017 du 7 mars 2018 c. 3.1 et 4.3 et TF 9C_78/2017 du 26 janvier 2018 c. 4.2 et 6.4; TF 8C_676/2015 du 7 juillet 2016 c. 3 et 6.1 publié à l'ATF 142 V 342; TF 8C_409/2017 du 21 mars 2018 c. 6.1 publié à l'ATF 144 V 50]; VGE 2017/855 du 15 janvier 2018) et les tribunaux cantonaux se sont distanciés de ces appréciations pour retenir une pleine capacité de travail; soit lesdits psychiatres admettaient déjà une pleine capacité de travail d'un point de vue psychiatrique et les tribunaux ont considéré pour le surplus qu'il n'existait pas non plus d'atteinte à la santé invalidante selon l'analyse juridique (TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 c. 3 et 7). En ce sens, les différents exemples de jurisprudence mentionnés par l'Office AI Berne se distinguent singulièrement du cas qui nous occupe ici. En l'espèce, l'Office AI Berne ne s'est pas contenté de nuancer l'évaluation de l'incapacité de travail mise en avant par l'expert, mais il s'est radicalement éloigné de celle-ci en retenant une capacité de travail totale alors que l'expert psychiatre retenait une incapacité de travail entière. Quant aux autres exemples de jurisprudence cantonale mentionnés par l'Office AI Berne, force est de constater que dans les jugements VGE IV/2016/286 du 3 octobre 2016 et VGE IV/2016/1129 du 2 octobre 2017, le TA a confirmé, au moyen des indicateurs standards, l'appréciation de la capacité de travail telle qu'établie dans l'expertise. Il ne s'agit donc nullement d'affaires dans lesquelles le TA s'est distancié d'une expertise médicale retenant une incapacité de travail totale pour admettre une pleine capacité par l'examen des indicateurs. Par ailleurs, le reproche de l'Office AI Berne selon lequel la Cour des affaires de langue française n'appliquerait que peu les indicateurs standards en comparaison de la Cour (alémanique) des assurances sociales n'est pas justifié (voir sur ce point notamment, antérieurs à la duplique JTA AI/2017/49 du 16 mai 2018 c. 5.2.1 ou JTA AI/2016/1113 du 29 mars 2018 c. 5.3 et 5.4).

7.3 Il convient également de rappeler que, selon la jurisprudence, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats

convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 c. 3b/bb et les références). En l'occurrence, l'Office AI Berne s'est non seulement écarté de l'expertise médicale sans mentionner d'éventuelles contradictions dans celle-ci, sans aucune raison médicale et alors même que l'expertise avait traité les différents indicateurs, mais il s'est également distancié des appréciations du psychiatre traitant de la requérante et de la spécialiste du SMR qui avaient pourtant tous les deux confirmé l'expertise en attestant d'une incapacité de travail totale (dos. AI 32/6 et 46/6).

7.4 Au vu de ce qui précède, on ne peut suivre l'Office AI Berne en tant qu'il retient qu'il n'existe aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI sur la base de l'examen des indicateurs. L'incapacité de travail totale, établie sur la base de l'appréciation médico-théorique de l'expert psychiatre pleinement probante ainsi qu'après examen des indicateurs doit donc être confirmée. Reste à examiner les conséquences de ce constat sur le taux d'invalidité et le droit à des prestations.

8.

8.1 En l'état du dossier (l'Office AI Berne ayant nié toute atteinte invalidante et n'ayant dès lors aucunement instruit l'ampleur de l'invalidité), le Tribunal ne dispose pas des données nécessaires pour fixer les prestations. En effet, il est vrai qu'en regard de la totale incapacité de travail qu'il y a lieu d'admettre pour toute activité sur le marché du travail non protégé, la comparaison du revenu que l'assurée pourrait obtenir si elle n'était pas invalide avec l'absence de revenu exigible d'elle en raison de ses handicaps (méthode ordinaire de comparaison des revenus; art. 16 LPG) aboutit à une perte de gain de 100%, donc à un droit à une rente entière (voir c. 2.3), quel que soit le revenu sans invalidité. De plus, le droit à la rente pourrait naître dès le 1^{er} décembre 2016 (jour d'échéance du délai de carence de l'art. 29 al. 1 LAI, de six mois dès la remise à la poste de la demande prestations le 27 juin 2016 [dos. AI 1/10; art. 29 al. 1 et 3 LPG; TF 9C_573/2017 du 23 janvier 2018 c. 5; CR LPG - GUY LONCHAMP, art. 29 n. 40; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3e éd.; art. 29

n. 36], le délai d'attente [voir c. 2.3] étant arrivé quant à lui à échéance antérieurement au 1^{er} mars 2015). Toutefois, le Tribunal, sur la base du dossier, ne peut décider si c'est bien la méthode ordinaire de calcul de l'invalidité qui s'applique. Il convient donc d'enjoindre l'intimé d'organiser les mesures d'instruction nécessaires à la détermination du statut de la recourante afin d'appliquer la méthode de calcul de l'invalidité correspondante et, le cas échéant, de faire procéder la caisse de compensation compétente au calcul du montant de la rente d'invalidité. L'octroi des prestations sur la base de ces paramètres vaut à tout le moins jusqu'au 4 avril 2018, soit la date de la décision attaquée (date déterminante pour l'examen du Tribunal; ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). Il appartient à l'intimé d'organiser le suivi des droits de la recourante à partir du 5 avril 2018, période qui n'est pas couverte par l'objet de la présente contestation devant le Tribunal (vérification de la survenance d'éventuels motifs de révision au sens de l'art. 17 LPGA et pour le futur, éventuelles mesures de réadaptation).

Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre le recours, d'annuler la décision de refus de prestations AI de l'intimé datée du 4 avril 2018 et d'allouer à la recourante, à tout le moins jusqu'à cette dernière date, les prestations auxquelles elle a droit en se fondant sur un taux d'incapacité de travail – et de gain – de 100% attesté depuis mars 2014, la date de naissance du droit à une éventuelle rente devant être fixée au 1^{er} décembre 2016 et l'intimé devant être enjoint de procéder à l'instruction complémentaire nécessaire à la détermination des prestations dues.

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, qui obtient gain de cause et qui est représentée par un avocat, a droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 104 al. 1 LPJA). Après examen des notes d'honoraires des 6 juillet et 16 octobre 2018, qui ne prêtent pas à discussion, ainsi que de la pratique du TA en cas de représentation par un organisme de conseils juridiques reconnu d'utilité publique (tarif horaire de Fr. 130.-; voir la circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en

matière d'assurances sociales disponible sur le site internet du TA, rubrique "Téléchargements & publications"), les dépens sont fixés à Fr. 1'402.15 (honoraires de Fr. 1'254.50 [Fr. 949.- + Fr. 305.50], débours de Fr. 47.40 [Fr. 37.40 + Fr. 10.-] et TVA de Fr. 100.25 [taux de 7.7%; Fr. 75.95 + Fr. 24.30]).

8.4 Vu l'issue de la procédure, la requête d'assistance judiciaire (limitée aux frais) est devenue sans objet et doit donc être radiée du rôle.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée annulée. L'intimé octroiera à la recourante, jusqu'au 4 avril 2018 à tout le moins, les prestations auxquelles cette dernière a droit sur la base d'une incapacité de travail – et de gain – totale, attestée depuis le 3 mars 2014, la date de naissance du droit à une éventuelle rente devant être fixée au 1^{er} décembre 2016. Il procédera à l'instruction complémentaire nécessaire à la détermination de ces prestations.
2. Les frais judiciaires, 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. 1'402.15 (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. La requête d'assistance judiciaire (limitée aux frais) déposée pour la procédure de recours est rayée du rôle du Tribunal administratif.

5. Le présent jugement est notifié (R):

- au mandataire de la recourante,
- à l'Office AI Berne,
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

La greffière:

e.r. Ph. Berberat, 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).