

**200.2018.375.AI**  
N° AVS  
DEJ/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  
J. Desy, greffier

**A.** \_\_\_\_\_  
représentée par Me B. \_\_\_\_\_  
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 29 mars 2018



**En fait:**

**A.**

A.\_\_\_\_\_, née en 1961, divorcée et mère de deux enfants adultes, est arrivée en Suisse en 1994 et est titulaire d'une autorisation d'établissement. Dès l'année 2000, elle a occupé différents emplois, puis a bénéficié d'une rente de l'assurance-invalidité (AI) délivrée par un autre canton de 2003 à 2005, laquelle rente a été annulée par décision sur reconsidération. Elle a bénéficié de prestations délivrées par l'assurance-chômage entre le 1<sup>er</sup> février 2009 et le 31 août 2010. Alors en emploi sur appel à un taux d'environ 40% comme opératrice en industrie (par le biais d'une agence de placement), une incapacité complète de travail a été attestée à l'assurée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010. Elle est aidée par les services sociaux depuis le mois de septembre 2010.

Le 15 décembre 2011, la prénommée a déposé une demande de prestations de l'AI en invoquant un syndrome myéloprolifératif grave existant depuis janvier 2010. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a requis des rapports médicaux auprès de l'oncologue traitant, puis a communiqué le refus de mesures professionnelles. Après réception de différents rapports psychiatriques, puis réception de nouveaux rapports des oncologue, pneumologue et généraliste traitants, le même Office a pris conseil le 21 décembre 2012 auprès de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), lequel a préconisé la tenue d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, hématologie-oncologie, pneumologie et psychiatrie), laquelle a eu lieu en mars 2015 auprès d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI; en l'occurrence COMAI C.\_\_\_\_\_). L'Office AI Berne a ensuite à nouveau consulté son SMR, puis, le 4 mars 2016, a sommé la prénommée de réduire le dommage en suivant une thérapie psychiatrique. Après réception de nouveaux rapports médicaux d'ordre psychiatrique, une enquête sur le ménage a été organisée, puis l'Office AI Berne a communiqué, par préavis du 26 septembre 2017, qu'il envisageait d'octroyer une demi-rente d'invalidité à l'assurée dès le 1<sup>er</sup> juin 2012.

**B.**

L'assurée, aidée par le service social de sa commune, a présenté des observations contre le préavis précité et a produit deux rapports médicaux issus de ses oncologue et pneumologue traitants. Après avoir pris conseil auprès de son SMR, l'Office AI Berne, par décision du 29 mars 2018, a confirmé la teneur de son préavis, à savoir l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2012.

**C.**

Par acte du 8 mai 2018, la recourante, représentée par un mandataire professionnel, a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision précitée en concluant, sous suite des frais et dépens, à son annulation et à ce que le TA ordonne une (nouvelle) expertise, ou, subsidiairement, octroie une rente entière d'invalidité. Une requête d'assistance judiciaire et de désignation du mandataire comme avocat d'office était comprise dans le recours. La prénommée, après avoir pu consulter son dossier AI, a complété et confirmé son recours par acte du 4 juin 2018.

Le 6 juillet 2018, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens.

Spontanément, la recourante a présenté le 30 août 2018 des remarques finales, en confirmant en tous points ses conclusions et en produisant également la note d'honoraires de son mandataire. Le 25 septembre 2018, l'Office AI Berne a pris position sur les remarques finales de la recourante, et, le même jour, cette dernière a produit de nouveaux certificats médicaux.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision du 29 mars 2018 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et accorde à la recourante une demi-rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> juin 2012. L'objet du litige, selon les conclusions comprises à la lumière de la motivation du recours (voir notamment recours III 5.2, 2 derniers paragraphes et III 6.2; ATF 123 V 335 c. 1a), porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès une date à dire de justice, si nécessaire après avoir ordonné une expertise pluridisciplinaire judiciaire. Est particulièrement critiquée la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire sur laquelle l'Office AI Berne se base principalement pour rendre sa décision, du fait notamment qu'elle serait dépassée eu égard aux détériorations évidentes de l'état de santé de la recourante intervenues depuis sa réalisation, de même qu'en raison de son incompatibilité avec l'appréciation des médecins traitants.

**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).

**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** Les thèses des parties sont les suivantes.

**3.1.1** En substance, l'Office AI Berne retient, en se fondant sur les synthèses effectuées par son SMR, que la situation médicale de la recourante n'a pas évolué depuis l'expertise pluridisciplinaire, qu'il considère comme probante. Sur cette base, la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> juin 2012, soit six mois après le dépôt de sa demande (tardive) de prestations de l'AI.

**3.1.2** La recourante rétorque que l'expertise pluridisciplinaire, datant de 2015, n'est plus actuelle et requiert, en conséquence, la mise sur pied d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Elle fait valoir que la détérioration de son état de santé est évidente au vu des rapports récents

des médecins spécialisés traitants et que les symptômes psychiatriques ont perduré, alors même que l'expert psychiatre avait prédit le contraire. La recourante fait également valoir une erreur méthodologique dans la façon de fixer la capacité de travail adoptée par l'expert oncologue. Au vu du dossier et des documents présentés, elle considère que le TA pourrait également, sans instruction complémentaire, réformer la décision entreprise et octroyer une rente entière d'invalidité, compte tenu des derniers rapports médicaux attestant une incapacité totale d'exploiter une éventuelle capacité de gain résiduelle sur le marché du travail.

**3.2** Les éléments médicaux ressortant du dossier sont les suivants.

**3.2.1** Une expertise pluridisciplinaire, conseillée par le SMR, a été réalisée en février et mars 2015.

**3.2.1.1** Un expert spécialisé en médecine générale a examiné la recourante le 16 février 2015, synthétisé les bases de l'exploration à effectuer, rassemblé et coordonné les expertises spécialisées et les résultats du consensus, en les réunissant dans un rapport commun du 30 mars 2015.

**3.2.1.2** Un expert spécialisé en psychiatrie a examiné la recourante le 19 février 2015 et a diagnostiqué un trouble dépressif moyen (ch. F32.1 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]). L'expert a également souligné que la situation de la recourante s'était, selon les documents au dossier, péjoré en novembre 2014, si bien qu'il a considéré qu'il n'existait pas d'incapacité de travail avant cette période. A partir de cette période, il a attesté une diminution de la capacité de travail de l'ordre de 30%, en soulignant également que la situation psychiatrique était en amélioration. L'expert psychiatre a aussi souligné la nécessité pour la recourante d'entreprendre une thérapie psychiatrique.

**3.2.1.3** Un expert en pneumologie a examiné la recourante le 23 février 2015. Il ressort de son rapport que la recourante souffre de dépendance à la nicotine et d'un COPD (*chronic obstructive airway disease*; en français: bronchopneumopathie chronique obstructive [BPCO]), Gold I, sans véritable bronchectasie (dilatation) mais avec des élargissements des bronches ponctuels post-infectieux. En l'état, il n'a pas attesté d'incapacité

de travail mais précisé que l'activité professionnelle doit éviter les substances irritantes et les changements de température. L'expert a également souligné que le pronostic futur dépendait de l'arrêt de la consommation de tabac.

**3.2.1.4** Un expert spécialisé en oncologie a examiné la requérante le 3 mars 2015. Il ressort de son appréciation que cette dernière souffre d'un syndrome myéloprolifératif de type thrombocytémie essentielle (ci-après: TE), en précisant que le traitement contre cette atteinte devait se poursuivre malgré les difficultés vécues par la requérante, en raison des risques encourus (principalement de thrombose ou d'infarctus) en cas d'arrêt du traitement. Il a retenu une incapacité de travail de l'ordre de 50% depuis que le diagnostic de cette atteinte a été posé (2010), tout en précisant que cet empêchement ne s'additionnait pas avec un éventuel empêchement d'ordre psychiatrique.

**3.2.1.5** Dans leur consilium final du 30 mars 2015 (qui a encore été confirmé le 11 mai 2015 sur demande de précisions de l'intimé), les quatre experts précités ont relevé les diagnostics de TE, d'épisode dépressif moyen (CIM-10 F32.1) et de COPD, en considérant qu'ils avaient une répercussion sur la capacité de travail. Sans répercussion sur la capacité de travail, les experts ont également évoqué une dépendance à la nicotine, un trouble anxieux ou nerveux, un trouble du sommeil, un soupçon de syndrome douloureux, un manque de vitamine D-3, un status après appendicectomie, après une opération d'un nerf comprimé au coude gauche et après une parésie faciale à droite. Les experts ont attesté d'un commun accord une incapacité de travail de 50% depuis le diagnostic de TE, ainsi qu'une incapacité de travail de l'ordre de 30% en raison des atteintes d'ordre psychiatrique, étant précisé que cet empêchement psychiatrique est déjà compris dans l'incapacité de travail de 50% attestée.

**3.2.2** Suite à ce rapport d'expertise, plusieurs médecins traitants ont pris position.

**3.2.2.1** Les médecins psychiatres traitants ont pris position les 25 août et 2 novembre 2016 en indiquant que la requérante souffre d'un trouble

dépressif récurrent, dans un épisode actuel moyen (CIM-10 F33.1) depuis avril 2016.

**3.2.2.2**A l'appui des observations formulées à l'encontre du préavis, la recourante a présenté un rapport médical du 17 octobre 2017 de son oncologue traitant dans lequel celui-ci, à l'attention du service social soutenant la recourante, a fait valoir que la situation médicale s'était péjorée depuis 2012 avec l'apparition d'une maladie respiratoire grave liée probablement à une mucoviscidose avec surinfection chronique et trouble de la respiration. Il a considéré que l'incapacité de travail était de 100%.

**3.2.2.3** Egalemeut à l'appui des observations formulées contre le préavis, le généraliste traitant de la recourante a transmis un rapport médical daté du 18 janvier 2018 du pneumologue traitant. Il a rapporté les diagnostics de bronchite chronique avec bronchectasie, un status après grippe pneumonique hémophile en 2011, un TE et un hémangiome au foie avec une lésion kystique. Le pneumologue a également relevé des migraines et un trouble anxieux.

**3.2.2.4**A l'appui de son recours contre la décision du 29 mars 2018, la recourante a présenté un rapport médical du 1<sup>er</sup> mai 2018 de son oncologue traitant, qui a exposé, en plus des diagnostics de TE et de COPD, une perte pondérale et un état pré-cachectique. Il en a conclu une incapacité complète de travail et a fait grief à l'expert oncologue d'avoir utilisé une méthodologie erronée pour définir la capacité de travail de la recourante.

**3.2.2.5** Egalemeut à l'appui de son recours, la recourante a présenté un nouveau rapport daté du 2 mai 2018 de son pneumologue traitant, dont la teneur est identique à son appréciation du 18 janvier 2018 (voir ci-avant c. 3.2.2.3).

**3.2.2.6** La recourante a également fait parvenir au TA différents rapports médicaux postérieurs à la décision attaquée, dont un rapport rédigé le 2 juillet 2018 faisant état de la consultation en urgence de la recourante en raison de crises de panique exacerbées. Par la suite, un certificat médical provenant du centre dans lequel elle est soignée pour ses atteintes psychiatriques atteste d'une pleine incapacité de travail du 18 juillet 2018

au 2 septembre 2018. Le 20 septembre 2018, un psychiatre, répondant aux questions posées par le mandataire de la recourante, a indiqué que celle-ci souffrait d'un trouble dépressif récurrent dans un épisode actuel sévère (F33.2) ainsi que d'une anxiété généralisée (F41.1). Le médecin rapporte également une hospitalisation depuis le mois de juillet 2018, de même qu'il atteste que la recourante ne peut aucunement travailler. Finalement, la recourante a également fait parvenir au TA un rapport radiologique du 23 août 2018 en indiquant que les indications à l'examen consistaient en des troubles cognitifs, des tremblements et marche instable et des chutes sur hypotension.

**3.2.3** Les médecins du SMR ont également été consultés à plusieurs reprises à propos de la situation médicale de la recourante.

**3.2.3.1** En décembre 2012, un médecin généraliste du SMR a synthétisé l'ensemble des rapports médicaux au dossier, dont les rapports rédigés par l'oncologue traitant, le généraliste traitant, le pneumologue traitant ainsi que des rapports psychiatriques. En substance, il a considéré que l'atteinte à la santé principale consistait en la TE et a conseillé la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire.

**3.2.3.2** En décembre 2015, après la tenue de l'expertise pluridisciplinaire, un autre médecin généraliste du SMR a confirmé une incapacité de travail de 50% dès la connaissance du diagnostic de TE (1<sup>er</sup> janvier 2010) et a pu définir un profil d'exigibilité, à savoir une activité professionnelle à répartir sur toute la journée telle que la dernière activité exercée, ou alors une activité adaptée, permettant les changements de position, sans substance irritante ou exposition à de forts changements de température.

**3.2.3.3** Le 13 décembre 2017, le même médecin généraliste a pris position sur les rapports médicaux présentés à l'appui des observations contre le préavis. En substance, il a considéré qu'il n'existait pas de modification sur le plan médical depuis les dernières observations. En ce qui concerne les nouvelles maladies invoquées par l'oncologue traitant, il a exposé que ces atteintes avaient déjà été prises en compte lors de l'expertise, de même qu'il a exposé qu'une mucoviscidose, telle qu'alléguée par l'oncologue traitant, est une maladie congénitale limitant fortement l'espérance de vie et

qu'il aurait été très étonnant qu'une telle maladie, mentionnée par aucun médecin jusqu'à ce jour, se fût développée depuis 2012.

**3.2.3.4** Le 22 février 2018, après réception du dernier rapport du pneumologue traitant, le même médecin du SMR a considéré que ce rapport ne mettait en évidence aucune modification pulmonaire depuis l'expertise.

#### **4.**

**4.1** Pour rendre la décision dont est recours, l'Office AI Berne s'est principalement basé sur l'expertise pluridisciplinaire, qu'il considère comme probante, et sur les rapports de synthèse de son SMR qui, d'une part, confirment les conclusions de cette expertise et, d'autre part, nient l'évolution de la situation médicale de la recourante depuis celle-ci.

**4.2** Il s'agit ainsi tout d'abord d'examiner la valeur probante de l'expertise.

**4.2.1** 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).

**4.2.2** Elaborée sur la base d'un examen personnel de l'assurée, l'expertise pluridisciplinaire 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 (voir par exemple les pages 6-8), démontrant une étude fouillée et consciencieuse du dossier. Ses conclusions sont

étayées. En l'espèce, sur le plan formel, cette expertise apparaît ainsi conforme aux exigences légales et jurisprudentielles, ce qui n'est du reste pas contesté par la recourante.

**4.2.3** Sur le plan matériel, il ressort les éléments suivants de l'expertise.

**4.2.3.1** Chacun des experts a soigneusement procédé à une anamnèse de la vie sociale, professionnelle et médicale de la recourante. Ils ont ainsi pu mettre en évidence le suivi par celle-ci de huit années d'école, de quatre années de gymnase et deux ans d'école professionnelle dans son pays d'origine, pays dans lequel elle a également travaillé pendant trois ans dans une fabrique de textile. Arrivée en Suisse en 1994 (dans un autre canton), elle a travaillé pour le compte de D. \_\_\_\_\_, puis pendant deux ans dans une fabrique d'horlogerie. Par la suite, après avoir déménagé dans le canton de Berne, elle a travaillé pendant une année dans un restaurant à un taux de 70%, s'occupant du nettoyage. La recourante a ensuite suivi un cours d'allemand en vue de l'acquisition de la nationalité suisse, puis a exercé une dernière activité (en emploi temporaire) dans le domaine des cosmétiques (emballage d'articles) à 100%. Sur le plan familial, elle s'est mariée en 1984 et a eu deux enfants avec son mari, nés en 1986 et 1988. Le couple a divorcé en 1991 et la recourante vit désormais seule. Elle a également conservé des liens avec ses enfants.

**4.2.3.2** Sur le plan de la médecine interne générale, l'expert (spécialiste en médecine interne) a expliqué qu'une interprète était présente au cours de l'entretien mais que la recourante avait été en mesure de s'exprimer la plupart du temps en français. Il a également rapporté les propos de la recourante relatifs à la fatigue liée à la thrombocytémie essentielle, de même que les maux de ventre et de tête. Il a également rapporté que la recourante ne suivait pas de thérapie psychiatrique, mais envisageait d'en commencer une après l'expertise. L'expert interniste a finalement rapporté que la recourante tousse fréquemment le matin, de même qu'elle fume environ 10 cigarettes par jour. Quant à son examen personnel, il n'a pu mettre en évidence aucune pathologie particulière. A noter également que la recourante a indiqué à l'expert interniste la prise d'un médicament, puis, après avoir appris qu'une prise de sang serait effectuée pour vérifier le

dosage de ce médicament, celle-ci a indiqué avoir oublié de le prendre le soir précédant l'expertise.

**4.2.3.3** L'expert psychiatre a rapporté les déclarations de la recourante (assistée d'une interprète), selon lesquelles elle ne se sent pas véritablement bien. Elle a décrit se réveiller le matin aux environs de 9 heures, mais reste au lit jusqu'à midi. L'expert a indiqué également que la recourante a mentionné avoir peur de devenir folle et espérer bientôt mourir. Au cours de son examen, l'expert psychiatre n'a pu mettre en évidence l'existence de trouble de la pensée, ni de contrainte, de délire ou de phénomènes psychotiques. L'expert psychiatre a également rapporté que la recourante manque de force et d'énergie, ne ressent aucune joie, se plaint de troubles de la pensée, du sommeil et de perte d'appétit et éprouve des désirs de mort (toutefois sans tentamen), de même qu'elle se sent triste.

Se référant aux éléments du dossier, l'expert psychiatre a rapporté que la recourante a eu de la peine à accepter et aller de l'avant après le diagnostic de sa maladie intervenu en 2010, si bien qu'un trouble de l'adaptation a été diagnostiqué sous la forme d'un trouble dépressif léger à moyen (29 novembre 2011), ce diagnostic ayant évolué en réaction dépressive prolongée (F43.21; 21 juin 2012). L'expert a relevé qu'ensuite, le 13 août 2012, un nouveau rapport médical fait état d'un trouble dépressif récurrent de léger à moyen, puis un trouble dépressif récurrent dans un épisode moyen attesté le 11 décembre 2014, une hospitalisation ayant eu lieu entre le 26 novembre 2014 et le 5 décembre 2014 en raison d'une exacerbation du trouble anxieux déjà connu. Sur la base de tous ces rapports médicaux, l'expert psychiatre a été en mesure de mettre en évidence que la recourante a souffert d'un trouble de l'adaptation en raison du diagnostic de TE, trouble qui a, en raison de sa durée, évolué en trouble dépressif réactif, puis en trouble dépressif récurrent.

Au vu de tout ce qui précède, le diagnostic posé par l'expert psychiatre, à savoir un épisode dépressif moyen (CIM-10 F32.1), apparaît comme logique et cohérent, de même que reposant sur une connaissance précise du passé médical de la recourante. Sur le plan de la capacité de travail, il a également exposé de façon convaincante son appréciation, à savoir que

selon les éléments au dossier, l'état de santé psychiatrique de la recourante ne justifie en rien une diminution de la capacité de travail jusqu'au mois de novembre 2014 et de l'hospitalisation qui a eu lieu à cette période. A compter de cette période, qui doit être considérée, dans sa spécialisation, comme l'état le plus grave vécu par la patiente, l'expert psychiatre atteste une incapacité de travail maximale de l'ordre de 30% dans une activité simple et structurée. L'expert psychiatre s'est également étonné des contradictions qu'il a pu mettre en évidence chez la recourante, en raison des peurs morbides exprimées et le fait de continuer à fumer ou à ne rien entreprendre pour améliorer la situation, de même que l'absence de suivi tant d'un traitement médicamenteux que d'un traitement ou d'une thérapie psychiatrique.

**4.2.3.4** L'expert en pneumologie a également soigneusement examiné la recourante et a procédé à une minutieuse anamnèse des documents médicaux au dossier. Il a rapporté les déclarations de la recourante, selon lesquelles elle souffre depuis une dizaine d'années d'une bronchite et touse le matin et le soir. Il a également recueilli des éléments relatifs aux différentes hospitalisations de la recourante liées à des problèmes pulmonaires.

En substance, il n'a pas nié l'existence d'une pathologie pulmonaire, sous la forme d'une COPD Gold I, qu'il a toutefois qualifiée de légère ne suivant pas en cela l'avis exprimé par l'oncologue traitant (et en soulignant également le fait que ce dernier n'est pas pneumologue). Il a expliqué cette divergence par le fait qu'il n'existait pas véritablement de bronchectasie mais des élargissements ponctuels post-infectieux des bronches. L'expert a souligné également la dépendance à la nicotine, alors même que les raisons d'arrêter de fumer sont légions (peur du cancer et bronchites récidivantes). Selon lui, seul l'arrêt du tabac pouvait déterminer le pronostic, mais en l'état il n'existait pas d'incapacité de travail, si ce n'est qu'il convenait d'éviter les emplois avec des substances irritantes ou avec de fréquents changements de température.

Au vu de ce qui précède, l'appréciation de l'expert en pneumologie apparaît comme étant bien documentée et logique, si bien qu'elle s'avère probante.

**4.2.3.5** L'expert oncologue a également soigneusement examiné la situation médicale de la recourante. Il a ainsi exposé les bases de la maladie (TE), de même que les risques majeurs (complications thrombo-emboliques) qui existent en cas d'absence de traitement, si bien qu'il a préconisé et insisté sur le fait que la recourante devait continuer à le suivre. Pour autant, l'expert oncologue a également relevé que certains symptômes ressentis par la recourante (grande fatigue, difficulté de respirer à l'effort, trouble de la concentration, maux de ventre et de tête, manque de sensation dans les doigts et accès de peur [*Angstzustände*]) étaient les suites directes de la maladie, ou alors ne s'étaient pour certains manifestés qu'avec la prise dudit traitement. L'expert oncologue a également relevé qu'il ne pouvait exclure, au moment de son examen, une progression de la maladie myéloproliférative et a préconisé un suivi mensuel du traitement auprès de l'oncologue traitant.

Sur la base de son examen documenté, l'expert oncologue a ainsi retenu que la recourante présente une incapacité de travail de l'ordre de 50% dès le diagnostic de sa maladie myéloproliférative (2011), en excluant de son appréciation la part des plaintes non explicable objectivement. Il a également souligné que cette maladie n'était pas encore stabilisée et a préconisé en conséquence la poursuite du traitement dispensé par l'oncologue traitant. Dans la mesure où certaines atteintes psychiatriques pouvaient être en lien avec la maladie ou la thérapie, l'expert oncologue a précisé de façon claire, limpide et cohérente qu'une éventuelle diminution de la capacité de travail liée à des troubles psychiatriques ne devrait pas s'ajouter à la diminution de la capacité de travail qu'il a lui-même attestée sur le plan oncologique. Rien ne permet de s'écarter de cette évaluation.

**4.2.3.6** Sur le vu de ce qui précède, il apparaît que l'expertise doit être qualifiée de probante et que l'Office AI Berne s'est à raison basé sur ses conclusions (qui plus est, confirmées le 11 mai 2015 en ce qui concerne principalement les aspects chronologiques de l'incapacité de travail attestée) pour rendre sa décision. Du reste, la recourante ne remet pas véritablement en question les conclusions de cette expertise, mais fait bien davantage valoir qu'elle se révèle ancienne et ne couvre pas les évolutions de santé qui sont intervenues depuis lors.

**4.2.4** Or, les rapports médicaux postérieurs à l'expertise ne remettent pas véritablement en question les conclusions de cette dernière (s'agissant de la méthodologie de l'expert oncologue, voir aussi ci-après c. 4.2.4.3). C'est le lieu de préciser que 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). Il ne peut pas être tenu compte dans le jugement des rapports médicaux rédigés après le prononcé de la décision sur opposition, à moins que ceux-ci soient de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4).

**4.2.4.1** Les rapports psychiatriques (d'août et novembre 2016) présentés après la tenue de l'expertise, alors que l'Office AI Berne avait sommé la recourante d'entreprendre une thérapie ne font finalement que renforcer le contenu de celle-ci. En effet, les diagnostics attestés sont identiques à ceux retenus par les experts. Dans le premier rapport, aucun pronostic n'est formulé étant donné que le traitement n'a été commencé que fin avril 2016. Dans le second document, un état stationnaire est expressément confirmé sans évaluation de la capacité de travail. Ces rapports ne font donc que corroborer le contenu du rapport présenté par l'expert psychiatre dans l'expertise, ainsi que l'a du reste relevé le médecin du SMR consulté par l'Office AI Berne le 13 décembre 2017 (voir ci-avant c. 3.2.3.3). A ce propos, il n'est pas inutile de rappeler que les rapports du SMR (art. 49 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En l'occurrence, l'appréciation prenant en considération l'ensemble des avis psychiatriques au dossier, donnée par le médecin généraliste du SMR remplit tout à fait son rôle (uniquement) de synthèse. Il ne fournit pas

d'appréciation psychiatrique qui ne serait pas de la compétence d'un généraliste.

**4.2.4.2** Quant aux rapports médicaux produits à l'appui des observations formulées contre le préavis, ils sont issus des oncologue (voir ci-avant c. 3.2.2.2) et pneumologue (voir ci-avant c. 3.2.2.3) traitants. Le premier fait valoir, en plus des diagnostics qu'il avait précédemment cités, une possible grave maladie respiratoire (probablement mucoviscidose avec surinfection chronique). Or, à l'instar de ce qu'a relevé de façon convaincante le médecin du SMR dans son rapport du 13 décembre 2017 (voir ci-avant c. 3.2.3.3), les atteintes présentées par l'oncologue traitant ont toutes fait l'objet d'un examen poussé dans le cadre de l'expertise et les éléments médicaux qu'il apporte ne sont pas étayés, ni convaincants, notamment en ce qui concerne la suspicion de mucoviscidose. Quant à l'avis médical présenté par le pneumologue traitant, il faut également constater, avec le médecin du SMR dans sa synthèse du 22 février 2018 (voir ci-avant c. 3.2.3.4) qu'il ne met aucunement en évidence une détérioration de la situation de santé de la recourante.

**4.2.4.3** A l'appui de son recours, la recourante a encore une fois transmis plusieurs rapports médicaux. Ainsi, elle a présenté un nouveau rapport médical de son oncologue traitant (voir ci-avant c. 3.2.2.4). En substance, ce dernier fait valoir une détérioration de l'état de santé de sa patiente depuis son dernier rapport d'octobre 2017, de même qu'il conteste l'évaluation de la capacité de travail effectuée par l'expert oncologue. Or, la détérioration de l'état de santé de la recourante n'est nullement étayée dans ce certificat médical, qui demeure finalement extrêmement vague et peu précis et ne fait notamment pas (plus) allusion à la mucoviscidose et surinfection signalées précédemment aux services sociaux. Quant à la prise de position sur l'incapacité complète de travail qui devrait être la conséquence de la COPD diagnostiquée, il faut souligner que la situation pneumologique a fait l'objet de plusieurs rapports médicaux spécialisés et qu'il ne s'agit pas d'un domaine relevant de la spécialité de l'oncologue. Quant aux diagnostics de perte pondérale et état pré-cachectique, la recourante avait déjà eu l'occasion d'évoquer ses problèmes de nutrition lors de l'expertise (voir par exemple en page 15 au dos. AI 56.1/14).

Finalement, en tant que l'oncologue traitant remet en question la méthodologie utilisée par l'expert oncologue pour définir la capacité de travail, il n'expose pas véritablement non plus pour quels motifs il considère que l'incapacité de travail de la recourante est complète, ni en quoi l'évaluation effectuée par dit expert serait, sur le plan méthodologique, erronée. A ce stade, il faut au contraire souligner que l'expert oncologue a soigneusement examiné la recourante et les éléments du dossier pour retenir une incapacité de travail médico-théorique de 50%. Sur le vu de ce qui précède, le rapport de l'oncologue traitant du 1<sup>er</sup> mai 2018 n'apporte rien de nouveau ou susceptible de faire douter des conclusions de l'expertise et peut être écarté.

Quant au rapport du pneumologue traitant (voir ci-avant c. 3.2.2.5), il s'agit en fait d'une consultation médicale effectuée dans le cadre d'une bronchite chronique. Pour autant, ce rapport ne met en évidence aucune dégradation significative de la situation médicale de la recourante et s'avère identique à celui présenté à l'appui des observations formulées contre le préavis.

**4.2.4.4** En ce qui concerne les derniers rapports médicaux présentés par la recourante à l'appui de son recours, ils sont datés des mois de juillet à septembre 2018, soit largement postérieurs à la décision attaquée (29 mars 2018). Quant aux faits auxquels ils se réfèrent, il s'agit principalement de faits subséquents à la décision attaquée, si bien qu'il ne peut en être tenu compte dans le cadre de la présente procédure. Il appartient à la recourante, cas échéant, de présenter une nouvelle demande auprès de l'Office AI Berne en invoquant une détérioration de son état de santé (voir aussi ordonnances des 5 et 27 septembre 2018). A ce stade, on peut également préciser que le raisonnement est le même en ce qui concerne le séjour en clinique de réadaptation de la recourante depuis le 15 mai 2018 et à tout le moins jusqu'au 14 juin 2018, étant également précisé que ce séjour est certes allégué mais n'est étayé par aucune pièce au dossier.

**4.3** Sur la base de l'ensemble de ce qui précède, l'expertise pluridisciplinaire réalisée en février et mars 2015 s'avère probante et n'est pas remise en question par les rapports médicaux présentés par la recourante. A ce stade, on peut encore souligner que le rapport d'enquête

sur le ménage réalisé en avril 2017 ne remet pas non plus en question ce qui précède, dans la mesure où les informations contenues dans ce rapport corroborent les éléments retenus dans l'expertise (par exemple la peur de tomber malade psychologiquement ou la perte d'appétit). L'organisation d'une nouvelle expertise ou d'autres mesures d'instruction sont superflues.

**4.4** Il s'agit ensuite d'examiner les conséquences juridiques de cette expertise, notamment sur le plan psychique.

#### **4.4.1**

**4.4.1.1** Une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49, qui ont trop peu été pris en considération en pratique. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue (ATF 127 V 294 c. 5a). Partant, dans une telle situation, un droit à une rente doit être exclu, même si les critères de classification d'un trouble psychique sont réalisés (cpr. art. 7 al. 2 1<sup>ère</sup> phr. LPG). Si une atteinte à la santé assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). En règle générale, il convient de prendre en considération des indicateurs standards classés selon leurs caractéristiques communes (c. 4.1.3), qui sont répartis dans les catégories "degré de gravité fonctionnel" (c. 4.3) et "cohérence" (c. 4.4). La grille d'évaluation présentée est de nature juridique (c. 5). La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs 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).

**4.4.1.2** 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).

**4.4.2** En l'occurrence, l'expertise pluridisciplinaire (février-mars 2015) a été réalisée avant la nouvelle jurisprudence du TF relative à l'évaluation de l'invalidité des troubles psychosomatiques (dès juin 2015), étendue par la suite (30 novembre 2017) à l'ensemble des troubles psychiques. Pour autant, elle ne perd pas d'emblée toute force probante (voir ci-avant c. 4.4.1.2). A ce stade, il faut en effet souligner que l'expertise psychiatrique apparaît comme étant solidement documentée et cohérente. L'expert psychiatre n'a pas banalisé les atteintes de la recourante, mais il a considéré, avec les trois autres experts, que l'incapacité de travail attestée sur le plan psychiatrique ne devait pas s'ajouter aux autres incapacités de travail attestées sur le plan somatique. L'expert psychiatre avait souligné certaines contradictions en tant que la recourante se plaignait de multiples troubles psychiatriques, sans avoir jamais entrepris une véritable thérapie psychiatrique (elle avait ainsi elle-même interrompu son traitement psychiatrique en 2012), ne se révélait pas systématique en ce qui concerne la prise de médicaments (observée seulement en période de crise) et adoptait une attitude pour le moins contradictoire (par exemple en évoquant une peur de la mort ou de subir un cancer, mais en continuant de

fumer). Même si la recourante, comme elle l'avait annoncé à l'expert, a repris un suivi psychiatrique après l'expertise, l'absence d'effet des trois médications proposées successivement décrite dans le rapport du psychiatre traitant le 2 novembre 2016, ajoutée aux faits que l'habitude de fumer a continué au-delà de la date de la décision contestée et que les consultations en urgence se sont multipliées à connaissance de l'octroi de (seulement) une demi-rente (recours, pièces justificatives 3 et 4) démontrent assurément certaines exagérations et un défaut de compliance. Même si ces comportements n'apparaissent pas assez prononcés pour constituer un motif d'exclusion, au second niveau, ils affaiblissent les indicateurs parlant en faveur tant du degré de gravité fonctionnel que de la cohérence. Dans ce contexte, une reconnaissance d'une incapacité de travail psychiatrique de 30%, même absorbée par l'incapacité somatique de 50%, s'avère absolument défendable.

**4.5** Sur le vu de ce qui précède, la recourante présente une incapacité de travail médico-théorique de 50% depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

## **5.**

Il s'agit ensuite de définir le taux d'invalidité de la recourante.

**5.1** Sur la base des indications médicales énumérées ci-dessus, l'Office AI Berne a considéré que la recourante présente une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, à savoir une activité sans contact avec des substances irritantes pour les voies respiratoires et sans fortes variations de température selon l'expert en pneumologie. En soi, ce profil d'exigibilité n'est pas remis en question par la recourante, à raison dès lors qu'il apparaît conforme à sa situation.

**5.2** Quant au début de l'incapacité de travail à 50%, elle a été fixée par le médecin du SMR au 1<sup>er</sup> janvier 2010, époque à laquelle la maladie myéloproliférative a été diagnostiquée (voir par exemple dos. AI 14). Dès lors qu'une pleine incapacité de travail est attestée par l'oncologue traitant à compter de cette période, le délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b LAI est réputé échu au 1<sup>er</sup> janvier 2011. Toutefois, puisque la recourante a déposé

sa demande de prestations de l'AI en décembre 2011, ce n'est qu'à partir du mois de juin 2012 qu'elle pourrait bénéficier de prestations de l'AI, ce qu'a à juste titre retenu l'Office AI Berne (en application de l'art. 29 al. 1 LAI; délai de carence de six mois).

### **5.3**

**5.3.1** L'enquête ménagère effectuée par le service spécialisé de l'intimé le 25 avril 2017 (rapport du 9 juin 2017) a constaté qu'en bonne santé, la recourante exercerait une activité lucrative à plein temps. Il en découle que l'invalidité de la recourante doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. Selon cette méthode, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des deux revenus hypothétiques et en les comparant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b; SVR 2017 IV n° 70 c. 2.2).

**5.3.2** Lorsque les revenus de valide et d'invalide doivent être calculés à partir du même salaire statistique, le degré d'invalidité correspond alors au degré de l'incapacité de travail sous réserve d'un éventuel abattement sur le salaire statistique (SVR 2018 UV n° 29 c. 5.2).

**5.3.3** En l'occurrence, il n'est pas attesté de nécessité de changement d'emploi, ni fait valoir la présence d'une éventuelle diminution de rendement supérieur à la restriction de la capacité de travail, à répartir sur toute la journée, concédée. Il n'y a pas non plus lieu de procéder à un abattement sur le revenu d'invalide dès lors que l'activité professionnelle qui pourrait encore être exercée à 50% par la recourante correspond au dernier emploi occupé et aux recherches en période de chômage, si bien

qu'il n'y a pas d'indication relative à un éventuel abatement. Dès lors, c'est à raison que l'Office AI Berne a considéré que l'incapacité de travail correspond à l'incapacité de gain, soit 50% en l'espèce. Un tel degré d'invalidité ouvre le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité à partir du mois de juin 2012, ainsi que l'a retenu l'Office AI Berne dans la décision dont est recours.

## **6.**

En conséquence, le recours doit être rejeté.

**6.1** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA et selon l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> 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<sup>bis</sup> LAI, 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 108 al. 1 et 3 LPJA).

**6.2** L'assurée a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire.

**6.2.1** Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès. Aux mêmes conditions, une avocate ou un avocat peut en outre être désigné à une partie si les circonstances de fait et de droit le justifient (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

**6.2.2** En l'espèce, la recourante dépend de l'aide sociale (voir pièces jointes à sa demande d'assistance judiciaire); il est ainsi manifeste que la condition formelle de l'assistance judiciaire est réalisée. En ce qui concerne les conditions matérielles de l'octroi de l'assistance judiciaire, on ne saurait d'emblée déclarer que la cause était dépourvue de chance de succès (ATF 140 V 521 c. 9.1). Vu la complexité de la matière juridique et médicale, on

ne peut nier par ailleurs le caractère justifié d'un mandataire professionnel devant le TA (ATF 103 V 46 c. 1b). La requête peut dès lors être admise et l'assurée mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. Ainsi, les frais de procédure sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire et l'avocat qui a représenté la recourante durant la présente procédure est désigné en qualité de mandataire d'office

**6.2.3** Au vu de la note d'honoraires du 30 août 2018, qui ne porte pas flanc à la critique en fonction de l'activité objectivement justifiée devant la présente instance, les honoraires de l'avocat de la recourante sont taxés à Fr. 2'835.- auxquels s'ajoutent Fr. 95.90 de débours et la TVA. Eu égard à la jurisprudence du TF relative à la rétribution des défenseurs d'office (ATF 132 I 201 c. 8.7), la caisse du Tribunal versera la somme de Fr. 2'138.80 au titre du mandat d'office, à savoir des honoraires de Fr. 1'890.- (10,5 heures à Fr. 180.-, selon la note d'honoraires, montant couvert par l'art. 1 de l'ordonnance cantonale du 20 octobre 2010 sur la rémunération des avocats et avocates commis d'office [ORA, RSB 168.711]), des débours de Fr. 95.90 et la TVA sur ces montants de Fr. 152.90 (voir aussi les art. 41 et 42 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11], ainsi que l'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811]).

**6.2.4** La recourante doit en outre être rendue attentive à son obligation de remboursement (envers le canton et son avocat) si elle devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272]).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire est admise et Me B.\_\_\_\_\_ est désigné comme avocat d'office.
3. Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Les honoraires de Me B.\_\_\_\_\_ sont taxés à Fr. 2'835.-, auxquels s'ajoutent les débours par Fr. 95.90 et la TVA; la caisse du Tribunal lui versera la somme de Fr. 2'138.80 (honoraires: Fr. 1'890.-, débours: Fr. 95.90 et TVA: Fr. 152.90) au titre de son activité de mandataire d'office. L'obligation de restituer envers le canton prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
6. 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 E.\_\_\_\_\_.

La présidente:

Le greffier:  
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).