

200.2018.438.AI
N° AVS
NIG/REN

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

Jugement du 9 janvier 2020

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
G. Niederer, 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 15 mai 2018



En fait:

A.

A. _____, née en 1980, célibataire sans enfant, est titulaire d'un CFC d'employée de commerce et a été engagée en dernier lieu à 100% en tant que serveuse jusqu'au 31 mai 2017, échéance pour laquelle son employeur a mis fin aux rapports de travail. Elle a par la suite perçu des prestations de l'assurance-maladie perte de gain de ce dernier, avant de bénéficier de l'assistance des services sociaux. Dans le contexte d'une période d'incapacité de travail à 100% ayant débuté en janvier 2017 et par le biais d'un formulaire daté du 2 juin 2017 (reçu le 9 juin 2017 par l'Office AI Berne), l'assurée a déposé une demande de prestations (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI), en invoquant souffrir d'un déficit vestibulaire brusque à gauche depuis 2012 (à raison d'environ une crise par année).

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a tout d'abord édité le dossier d'une procédure AI datant de 1992, à l'issue de laquelle une demande de prise en charge de frais de traitement dentaire a été rejetée. Il a ensuite requis des renseignements de l'employeur de l'assurée et s'est procuré le dossier de l'assurance-maladie perte de gain de ce dernier, comprenant notamment une expertise otoneurologique et le rapport de surveillance d'un détective privé. Il a aussi sollicité des rapports médicaux des spécialistes ORL ainsi que de la médecin généraliste traitant l'assurée, avant de consulter le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui s'est prononcé dans un rapport du 27 février 2018. Par décision du 15 mai 2018, l'Office AI Berne a nié tout droit à des prestations de l'AI, confirmant une préorientation au contenu similaire datée du 9 mars 2018.

C.

Désormais représentée par un mandataire professionnel, l'assurée a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) par mémoire du 12 juin 2018, en concluant en substance à l'annulation de la décision du 15 mai 2018 et au renvoi du dossier à l'intimé pour investigations complémentaires au sens des considérants puis nouvelle décision, le tout sous suite de frais et dépens. Dans ce même acte, la recourante a également présenté une demande d'assistance judiciaire (avec désignation de son mandataire comme défenseur d'office). Dans sa réponse du 13 août 2018, déposée dans le délai prolongé qui lui a été accordé pour ce faire, l'intimé a conclu au rejet du recours. Répliquant spontanément le 22 août 2018, la recourante a confirmé ses conclusions. Avec ce même écrit, l'avocat de cette dernière a par ailleurs produit sa note d'honoraires. L'intimé n'a pas réagi suite à la transmission de ce courrier.

En droit:

1.

1.1 La décision du 15 mai 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 sur l'annulation de cet acte et sur le renvoi du dossier à l'intimé pour investigations complémentaires au sens des considérants et nouvelle décision. Sont particulièrement critiquées par la recourante les bases médicales sur lesquelles s'est fondé l'intimé, de même que la prise en compte d'un rapport d'observation et de recherches sur internet.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie

générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; 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). 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). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

2.2 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.

Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré (al. 1). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (al. 2).

2.3 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).

2.4 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 La décision attaquée, en renvoyant à l'avis de l'experte mandatée par l'assureur-maladie perte de gain, a admis que la recourante présentait un déficit vestibulaire périphérique bilatéral plus marqué à gauche, toutefois sans influence de longue durée sur la capacité de travail, ce que confirmaient aussi le rapport d'observation obtenu par cet assureur ainsi que la recherche effectuée sur intranet par l'intimé. D'après l'intimé, la

recourante ne présentait toutefois aucune limitation de sa capacité de travail en dehors des périodes de réactivation virale. Partant, l'intimé a expliqué qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé ouvrant un droit à des prestations de l'AI. Dans sa réponse du 13 août 2018, l'intimé a encore expliqué que l'incapacité de travail attestée par le dernier spécialiste ORL consulté par la recourante était en contradiction tant avec l'expertise précitée qu'avec l'avis du SMR. L'intimé a par ailleurs soutenu que la recourante ne souffrait pas d'une incapacité de travail permanente, dès lors que son premier spécialiste ORL avait retenu, dans un rapport du 13 avril 2017, qu'elle ne souffrait de vertiges associés à des nausées que pendant quelques secondes en cas de mouvements brusques, de même que de vertige rotatoire aigu pendant environ 3 ou 4 heures. L'intimé a aussi souligné que, dans son écrit du 3 mai 2018, le dernier spécialiste ORL consulté par la recourante avait recommandé la reprise d'une activité lucrative ainsi que de la conduite d'un véhicule, alors que les symptômes étaient restés inchangés. L'intimé a continué à défendre la valeur probante du rapport du SMR du 27 février 2018 en spécifiant que le médecin de ce service avait précisé que les recherches effectuées sur internet n'étaient le reflet que d'une situation instantanée dont la date n'était pas établie et qu'elles n'avaient pas eu d'influence sur son évaluation médicale. Enfin, l'intimé, tout en se fondant sur une capacité de travail également dans l'activité de serveuse, a rappelé que la recourante, employée commerciale qualifiée, pouvait aussi réaliser des gains excluant toute perte de revenus dans d'autres domaines d'activité dans lesquels elle avait déjà travaillé.

3.2 Dans son recours, la recourante reproche pour sa part à l'intimé d'avoir uniquement réuni les pièces médicales qu'elle lui a transmises, de même que le dossier constitué par l'assureur-maladie perte de gain, sans pour autant la soumettre à aucun examen médical. Elle ajoute que l'intimé s'est basé sur des éléments dépourvus de pertinence médicale, soit un rapport d'observation d'un détective privé et une recherche sur intranet. La recourante critique en outre le point de vue de l'intimé, selon lequel sa pathologie ne se manifeste que de manière épisodique et qu'elle n'a de ce fait pas d'impact durable sur sa capacité de travail et sur sa capacité de gain. Elle rappelle qu'elle est en état d'incapacité de travail depuis presque une année et demie, si bien qu'on doit en déduire que les épisodes

récidivants de sa maladie sont nombreux et durables. Elle ajoute qu'elle a perdu plusieurs emplois en raison de cette affection. La recourante relève aussi que l'experte mandatée par l'assureur-maladie perte de gain a attesté que sa maladie était récurrente, qu'elle se manifestait périodiquement et qu'elle ne pouvait être traitée par des médicaments. Enfin, la recourante avance que cette dernière implique des nausées et des pertes d'équilibre, de sorte qu'elle est incompatible avec son activité de serveuse. Dans sa réplique spontanée du 22 août 2018, elle conteste encore que l'intimé déduise une capacité de travail, à l'encontre de l'incapacité attestée par les médecins traitants depuis février 2018, en se référant au SMR et à l'experte désignée par l'assureur-maladie perte de gain, le premier s'étant déterminé, sans examen personnel, le 27 février 2018 et la seconde le 12 juillet 2017. Elle insiste aussi sur le fait que la reprise du travail, recommandée par l'experte, n'était qu'une prévision fondée sur des connaissances générales de sa maladie et affirme que cette estimation ne permet pas de se prononcer sur l'évolution future, individuelle et concrète de sa capacité de travail. Enfin, elle répète que sa maladie a déjà occasionné l'octroi de prestations de l'AI dans d'autres cas.

4.

En l'espèce, le dossier contient les éléments médicaux principaux suivants.

4.1 Un spécialiste en ORL et chirurgie cervico-faciale a établi un rapport médical le 15 octobre 2014 et retenu les diagnostics de vertige positionnel paroxystique bénin à gauche, ainsi que de status après un déficit vestibulaire brusque à gauche en 2012. Dans ce document, ce spécialiste a expliqué que la recourante présentait des vertiges récidivants depuis le 22 août 2012 pouvant durer toute la journée. La réalisation d'exercices a été conseillée, de même que des thérapies de relaxation.

4.2 Le 22 février 2017, le médecin traitant de la recourante, un spécialiste en médecine générale, a retenu à l'attention de l'assureur-maladie les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) de vertige positionnel paroxystique bénin à gauche (depuis février 2012) et de trouble de l'adaptation chez une patiente anxio-dépressive (dès décembre 2013),

de même que (sans effet sur la capacité de travail) d'entorse à répétition de la cheville gauche (dès janvier 2012) et de pied plat valgus discret. Ce médecin a en particulier rapporté que la recourante présentait des crises de vertiges évoluant en dents de scie depuis le 18 janvier 2017 et écrit qu'elle présentait en outre un manque d'équilibre. Il a toutefois estimé que l'activité exercée était médicalement encore exigible à 100% sans réduction du rendement. Il a encore précisé que sa patiente se dirigeait vers une amélioration de sa symptomatologie. Réservant son pronostic, il a attesté une incapacité de travail à 100% depuis le 18 janvier 2017 et pour une durée indéterminée. Il a intégralement confirmé son appréciation le 18 avril 2017.

4.3 Dans un document du 13 avril 2017 adressé au généraliste traitant, un spécialiste ORL a posé les diagnostics de léger déficit de la fonction vestibulaire périphérique à gauche (dès le 4 mai 2017), de status après un déficit de la fonction vestibulaire périphérique à gauche (en 2012) et de status après un vertige positionnel paroxystique bénin à gauche (en 2014). Cette spécialiste a mentionné que la recourante présentait depuis mi-janvier une très légère amélioration des vertiges. D'après ce document, ceux-ci se manifestaient alors après des mouvements brusques, étaient accompagnés de nausées mais ne duraient plus que quelques secondes. La spécialiste a ajouté que la recourante avait subi environ 6 épisodes de vertige depuis 2012 et que le dernier était survenu il y a 3 ou 4 ans.

4.4 Aux termes d'un rapport radiologique d'une clinique privée, du 9 juin 2017, dans lequel le diagnostic de déficit de la fonction vestibulaire périphérique à gauche (diagnostic différentiel: conflit neuro-vasculaire en présence de paroxysmie vestibulaire rectrocochléaire à gauche) a été posé. Aucune anomalie n'a toutefois été constatée.

4.5 Une spécialiste en ORL et en chirurgie cervico-faciale d'un hôpital universitaire a rédigé un rapport d'expertise à l'attention de l'assureur-maladie perte de gain le 12 juillet 2017. Dans cet écrit, cette spécialiste a indiqué que la recourante lui avait confié avoir vécu quatre épisodes lors desquels elle a été réveillée pendant la nuit par un vertige brusque accompagné de nausées (au printemps 2012, en mars 2013, au printemps 2014 et 2016, de même que le 18 janvier 2017), les symptômes

ayant duré plusieurs semaines au cours des derniers épisodes. Le diagnostic de déficit vestibulaire périphérique bilatéral (plus marqué à gauche) a été retenu. Une physiothérapie vestibulaire intensive quotidienne a notamment été recommandée, de même qu'une prise en charge otoneurologique. La spécialiste a précisé que la capacité de travail en dehors des périodes de réactivation virale était de 100% sans limitation, proposant une reprise du travail à 50%. Elle a encore ajouté qu'en cas de récurrence, la capacité de travail était limitée jusqu'à l'optimisation de la compensation centrale.

4.6 Un spécialiste en ORL et en chirurgie cervico-faciale d'un hôpital régional a attesté, le 24 août 2017, que la requérante souffrait d'un déficit vestibulaire gauche depuis de nombreuses années et qu'elle subissait alors une incapacité de travail à 100% en raison d'une recrudescence des vertiges et d'une aggravation de son équilibre.

4.7 Ce même spécialiste a encore établi un rapport à l'attention de l'intimé le 7 février 2018. Il y a retenu le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de déficit vestibulaire bilatéral (depuis 2012 mais diagnostiqué en juillet 2017). Ce spécialiste a expliqué que la situation évoluait irrégulièrement et que la requérante présentait un état de fatigue important, de même qu'un équilibre précaire. Il a ajouté qu'elle présentait des limitations fonctionnelles pour les tâches impliquant des contraintes au niveau de l'équilibre, cette dernière étant d'après lui restreinte dans ses déplacements sur son lieu de travail et ne pouvant exercer d'activité impliquant l'usage d'escaliers ou des changements de position. Le spécialiste ORL a toutefois précisé que la requérante pouvait conduire sans restriction et exercer son activité habituelle à un taux compris entre 50 et 80% environ (selon les tâches à accomplir). Réservant son pronostic, il a attesté une incapacité de travail à 100% du 1^{er} septembre 2017 au 31 novembre 2018, puis à 50% dès le 1^{er} décembre 2018 pour une durée indéterminée.

4.8 Le SMR, par un spécialiste en médecine interne générale, s'est déterminé le 27 février 2018 et a retenu le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de déficit vestibulaire bilatéral périphérique à gauche. Dans son écrit, il a notamment indiqué que les conclusions de l'expertise

du 12 juillet 2017 étaient compréhensibles et concluantes, en particulier s'agissant de l'appréciation de la capacité de travail. En revanche, il a écrit que la capacité de travail évaluée par le dernier spécialiste ORL consulté n'était pas probante, dans la mesure où elle s'écartait des constatations de l'expertise. Le médecin du SMR a aussi souligné que les prises de vue de l'observation ayant eu lieu le jour de l'expertise ainsi que le lendemain de celle-ci ne pouvaient être utilisées, dès lors que cette mesure avait été réalisée à la fin des intervalles de symptômes cités par l'experte et qu'on pouvait en déduire que l'optimisation de la compensation centrale évoquée par l'experte avait déjà eu lieu. Le médecin du SMR a apprécié de la même façon les recherches internet sur un réseau social effectuées le 26 février 2018 par l'intimé. Le médecin a dès lors confirmé le diagnostic posé par l'experte. Il a aussi considéré qu'hormis durant les périodes de rechutes (ne durant en principe que quelques semaines), la recourante ne subissait aucune limitation dans son activité habituelle de serveuse, de même que dans une activité adaptée.

4.9 Un rapport du 3 mai 2018, établi par le dernier spécialiste en ORL et en chirurgie cervico-faciale consulté par la recourante a encore été adressé le 14 mai 2018 à l'intimé. Le spécialiste y a retenu les diagnostics d'ancien déficit vestibulaire périphérique bilatéral, de déficit (actuel) à gauche, ainsi que d'hypo-fonction de l'oreille droite (sacculé). Ce spécialiste a indiqué que les symptômes étaient quasiment inchangés et que l'état de la recourante dépendait des activités accomplies durant la journée. Il a ajouté que sa patiente poursuivait sa physiothérapie vestibulaire intensive afin d'atteindre une compensation centrale optimale. Une reprise du travail à 50% a été proposée (avec la possibilité de reprendre la conduite d'un véhicule). Le spécialiste a encore écrit qu'il était impossible de déterminer si la capacité de travail pourrait être augmentée à 100% sans limitation.

5.

Se pose premièrement la question de la force probante du rapport du SMR.

5.1 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).

5.2 Les rapports du SMR (art. 49 du règlement 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 raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, pour autant qu'ils satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires (TF 9C_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2 [passage de texte non publié du c. 3.3.2 de l'ATF 135 V 254 = TF 9C_204/2009]). Sous l'angle de l'appréciation des preuves, il y aura néanmoins lieu de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance doit être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée par l'AI. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée devront alors également être pris en considération. Si les constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3b/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPGa

(ATF 135 V 465 c. 4.4 - 4.6). Dans l'examen de la force probante, est avant tout déterminant le fait que l'expertise soit complète au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (TF 8C_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

5.3 En l'espèce, l'intimé a fondé sa décision sur le rapport du SMR du 27 février 2018. Ce rapport a en l'occurrence été établi en pleine connaissance du dossier (voir dos. AI 34/5 et 43/1 s.). De plus, il décrit le contexte médical de façon compréhensible, tient compte des avis du médecin traitant, des spécialistes consultés, de même que de l'experte mandatée par l'assureur-maladie perte de gain de l'employeur. En outre, il repose sur une étude fouillée des points litigieux importants et prend en considération les plaintes de la recourante. Les conclusions du spécialiste du SMR sont par ailleurs motivées. Certes, ainsi que la recourante l'a souligné (voir art. 13 du recours et p. 1 § 4 de la duplique), ce spécialiste ne l'a pas examinée personnellement avant de se prononcer. On ne peut non plus ignorer qu'il ne dispose pas d'une spécialisation en ORL. Néanmoins, le spécialiste du SMR a en substance fait sienne l'évaluation de l'experte, du 12 juillet 2017. Or, cette dernière s'est aussi exprimée en toute connaissance des avis du médecin traitant ainsi que des spécialistes consultés et elle a pour sa part procédé à un examen personnel de l'intéressée (voir à ce titre: dos. AI 26.1/14 § 6). De plus, ses propres qualifications ne prêtent flanc à la critique. Enfin, le fait que l'expertise ait été organisée par l'assureur-maladie perte de gain ne suffit pas à remettre en cause sa valeur probante, aucun indice concret ne suggérant le contraire (ATF 125 V 351 c. 3b/bb; voir aussi ch. 8 de la réponse). Partant, sur la base des données fournies par les pièces au dossier de la cause et en particulier de l'expertise précitée, le SMR était en mesure de se faire une image complète et exhaustive de la situation médicale, de même que d'apprécier cette dernière, sans qu'il ne lui soit besoin de procéder à un examen personnel de la recourante (voir à cet égard: RAMA 2006 p. 170 c. 3.4, 1988 p. 366 c. 5b). Par conséquent, sur le plan formel, ce rapport satisfait aux conditions jurisprudentielles relatives à la force probante de tels documents.

5.4 Sur le plan matériel, il y a tout d'abord lieu de constater que, de manière logique, le SMR a admis l'existence d'une atteinte à la santé influençant la capacité de travail de la recourante (à savoir celle indiquée par l'experte: un déficit vestibulaire périphérique bilatéral plus marqué à gauche). La présence d'un tel diagnostic fait l'objet d'un consensus au sein des différents rapports des médecins et spécialistes consultés (à quelques nuances près). Certes, dans ses rapports de février et avril 2017 (voir c. 4.2), le médecin traitant de la recourante avait aussi posé le diagnostic de trouble de l'adaptation (chez une patiente anxio-dépressive). Toutefois, ce diagnostic psychiatrique émane d'un médecin non spécialisé dans cette discipline, figure de manière isolée dans les rapports produits (aucun médecin ne l'ayant plus jamais évoqué) et n'a nécessité aucun traitement (voir dos. AI 26.1/14 in fine). Partant, cet élément ne saurait remettre en question la complétude du dossier médical (la recourante ne le prétend du reste aucunement). Il en va de même du diagnostic d'hypo-fonction de l'oreille droite (sacculé) mentionné par le dernier spécialiste ORL consulté par la recourante dans son rapport établi après le prononcé de la préorientation du 9 mars 2018 (dos. AI 42/2). En effet, l'experte mandatée par l'assureur-maladie perte de gain avait aussi relevé un déficit à l'oreille droite, en diagnostiquant un déficit vestibulaire périphérique bilatéral (plus marqué à gauche). Elle avait d'ailleurs envisagé deux explications, dont l'une évolutive qui correspond au constat d'hypo-fonction, soit un phénomène d'adaptation centrale par nivellement vers le bas de la fonction vestibulaire controlatérale (dos. AI 18/4 in fine). Par ailleurs, les divers avis recueillis par l'intimé concordent avec celui de l'experte désignée par l'assureur-maladie perte de gain et donc avec celui du SMR, s'agissant des symptômes présentés par la recourante lors des épisodes de récurrence (essentiellement: vertiges, pertes d'équilibre et nausées, voir c. 4.1 à 4.4 et 4.6 s. ainsi que dos. AI 18/2 et 42/1). Cela étant, seule l'ampleur et la durée de l'incapacité de travail de la recourante s'avèrent problématiques. A ce propos, force est toutefois d'admettre, avec le SMR, que l'évaluation émanant du dernier spécialiste ORL consulté par la recourante depuis le 16 août 2017 est peu probante. En effet, dans son rapport du 7 février 2018, dans lequel il a attesté une incapacité de travail à 50% à partir du 1^{er} février 2018 pour une durée indéterminée (encore confirmée le 6 juin 2018; voir aussi dos. AI 43/16), ce médecin a aussi retenu de manière peu

précise que sa patiente était capable d'exercer son activité habituelle à un taux compris "entre un 50% et 80% environ pour le moment" (en fonction du travail à accomplir; voir dos. AI 31/6). De même, au vu de son écrit du 3 mai 2018, le spécialiste ORL traitant semble principalement avoir fondé son appréciation sur les déclarations subjectives de la recourante (voir dos. AI 42/1 in fine). Il apparaît en outre que son estimation de la capacité de travail s'est aussi appuyée sur le fait qu'une reprise du travail à 50% avait été conseillée par l'experte désignée par l'assureur-maladie perte de gain (voir dos. AI 18/5) alors que la recourante était toujours inactive professionnellement au moment de sa consultation en février 2018 (cette appréciation n'ayant visiblement pas été retenue plus tôt, dans la mesure où ce spécialiste ORL a attesté des incapacités de travail à 100% du 1^{er} août 2017 au 31 janvier 2018 en raison d'une recrudescence des symptômes, voir dos. AI 31/3, ainsi que 26.2/4 et 31/9). De surcroît, ce spécialiste n'a jamais expressément soutenu que l'incapacité de travail de la recourante (à 50% selon lui) était constante. Ainsi que le spécialiste du SMR l'a justement mentionné (voir dos. AI 34/6), cette assertion serait en l'occurrence en contradiction avec les conclusions de l'experte, en tant que celle-ci n'a admis une incapacité de travail qu'à la suite de périodes de réactivation virale et seulement jusqu'à l'optimisation de la compensation centrale (dos. AI 18/5). Le fait que le spécialiste ORL ait indiqué que l'état de santé de sa patiente évoluait "en dents de scie" (voir dos. AI 31/4), plaide également à l'encontre de l'existence d'une incapacité de travail constante. Partant, les conclusions du spécialiste ORL de la recourante ne sont guères convaincantes et ne l'emportent pas sur celles de l'experte mandatée par l'assureur-maladie perte de gain, à un degré de vraisemblance prépondérante (degré de preuve usité en droit de assurances sociales, voir ATF 138 V 218 c. 6). Aucun indice ne suggère par ailleurs de modification déterminante depuis la date à laquelle cette expertise a été établie. Cela étant, dès lors que le SMR a repris les conclusions et le raisonnement de cette experte dans son rapport du 27 février 2018, il convient ainsi d'accorder une pleine valeur probante à ce document. Des investigations médicales supplémentaires ne se justifient dès lors aucunement.

5.5 De même, c'est à tort que la recourante soutient que l'intimé s'est basé sur le rapport d'observation du détective privé engagé par l'assureur-maladie perte de gain, ainsi que sur des recherches (théoriques) sur intranet (voir art. 13 § 5 du recours) pour estimer sa capacité de travail. En effet, s'il est vrai que la décision attaquée mentionne le rapport d'observation ainsi que des recherches sur intranet, elle indique clairement se baser en premier lieu sur le rapport d'expertise du 12 juillet 2017. De plus, dans son rapport du 27 février 2018, même si le médecin du SMR a évoqué que les données recueillies allaient en fait dans le sens des conclusions de l'expertise précitée, il a néanmoins expressément reconnu que tant les prises de vue du détective privé que les recherches menées sur internet (réseau social) le 26 février 2018 par l'intimé n'étaient pas probantes (voir en ce sens: SVR 2019 IV n° 19 c. 7.2, voir aussi TF 9C_569/2018 du 30 janvier 2019 c. 5, ainsi que le ch. 9 de la réponse). C'est le lieu de souligner que contrairement à ce que semble avoir compris la recourante (voir art. 13 et 16 du recours ainsi que p. 2 de la réplique; voir aussi le terme "intranet" utilisé dans la décision), ces recherches n'ont pas eu pour but de déterminer si un cas de déficit vestibulaire pouvait avoir des effets sur la capacité de travail selon la théorie médicale (ce que la recourante dément en se référant à un arrêt TF) mais visaient en réalité à examiner les images de la recourante figurant sur sa page internet d'un réseau social (dos. AI 33/2 s.). Le SMR a du reste nié tout caractère probant de ces deux éléments, en expliquant que les observations avaient été faites à un moment où la compensation centrale était déjà intervenue et que les images sauvegardées à partir du réseau social n'étaient constituées que par des instantanés dont la datation était impossible (dos. AI 34/6 § 2). Enfin, on ne saurait non plus suivre la recourante lorsqu'elle soutient avoir perdu plusieurs emplois en raison de son atteinte à la santé, ce qui démontrerait l'effet durable de cette pathologie sur sa capacité de travail et sur sa capacité de gain. En effet, il ressort, d'une part, des renseignements fournis par l'employeur de la recourante que celle-ci n'a pas perdu son dernier emploi en raison de sa maladie (comme elle l'a déclaré, voir dos. AI 11/1) mais pour des motifs de réorganisation (dos. AI 16/2). D'autre part, les extraits de compte individuel de cotisations sociales de la recourante démontrent plusieurs changements d'emploi ainsi que des périodes de chômage significatives déjà avant la survenance de la maladie

en 2012 (dos. AI 10/2-4). Les griefs émis par la recourante à cet égard sont dès lors infondés.

6.

Cela étant, reste à apprécier juridiquement le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, telle qu'elle ressort du rapport du SMR du 27 février 2018, en lien avec l'expertise du 12 juillet 2017.

6.1 En l'occurrence, il convient premièrement de signaler qu'en l'espèce et dans la mesure où l'atteinte à la santé présente un caractère périodique, celle-ci ne correspond pas à la définition de l'invalidité au sens de l'art. 8 al. 1 in fine LPGA (en lien avec les art. 4 al. 1 ainsi que 28 al. 1 LAI, voir ATF 127 V 294 c. 4c, TF 9C_136/2009 du 19 août 2019 c. 3 et UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 2015, art. 8 n. 17). En effet, dès lors que l'appréciation de la capacité de travail du dernier spécialiste consulté n'emporte pas conviction et qu'il y a lieu de suivre celle découlant de l'expertise du 12 juillet 2017, dont il ressort aussi que la recourante présentait au moment de l'expertise une nette amélioration suite à la crise survenue en janvier 2017 (comme le SMR l'a évoqué, voir dos. AI 34/6 et 14/3, voir aussi ch. 7 de la réponse) et que seule peut être admise une incapacité de travail durant les périodes de réactivation virale (alors que, comme déjà évoqué, celles-ci sont survenues une fois par an entre 2012 et 2017 et ont essentiellement déployé des effets durant quelques semaines, voir dos. AI 18/2 et aussi les indications de la recourante sur sa demande de prestations du 2 juin 2017), on ne saurait admettre que la recourante a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable six mois après le dépôt de sa demande de prestations reçue par l'intimé en juin 2017 (soit au 1^{er} décembre 2017, voir art. 29 al. 3 LAI). Une telle interruption doit en effet déjà être admise lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins (voir art. 29^{ter} RAI). C'est le lieu de préciser que la recourante ne peut en la matière tirer argument du fait que sa pathologie a déjà donné lieu à l'octroi de prestations (voir art. 16 § 3 du recours). En effet, les faits découlant de l'arrêt invoqué par la recourante (TF

9C_460/2010 [recte: 9C_468/2010] du 31 janvier 2011 c. 2.1 et 4) se distinguent du cas de la recourante qui reconnaît elle-même que sa maladie se manifeste de façon aléatoire avec une alternance entre périodes d'accalmie et de crise (voir à ce propos aussi dos. AI 26.1/11 et art. 1 § 2 du recours). L'assurée visée par l'arrêt précité souffrait de symptômes permanents et ne disposait plus d'aucune capacité de travail, quelle que soit l'activité exercée, les médecins ayant notamment mis en exergue l'importance et la singularité des troubles qui l'affectaient, de même que le caractère irrémédiable de ceux-ci (l'un d'eux a du reste écrit qu'une activité adaptée impliquerait l'absence de tout mouvement). Partant, vu ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

6.2 Reste finalement à déterminer si la recourante devait se voir octroyer d'autres prestations de l'AI. En l'occurrence, seules des mesures de réadaptation professionnelles (voir art. 8 ss LAI) pouvaient entrer en ligne de compte (des moyens auxiliaires ne faisant en particulier pas sens au vu du dossier médical). Le droit à des mesures de réadaptation n'implique en effet pas nécessairement la présence d'une invalidité au sens de l'art. 8 LPGa, la seule menace d'une invalidité étant suffisante (voir art. 8 al. 1 LAI). Néanmoins, le droit à des mesures de réadaptation suppose encore que la personne ait la volonté de se réadapter, respectivement qu'elle dispose de la capacité subjective de le faire. À défaut, le droit doit être nié sans qu'il soit nécessaire de procéder au préalable à la procédure de sommation assortie d'un délai de réflexion au sens de l'art. 21 al. 4 LPGa (TF 8C_611/2018 du 7 janvier 2019 c. 6.1, 8C_111/2018 du 21 août 2018 c. 6.4, 9C_59/2017 du 21 juin 2017 c. 3.3; MICHEL VALTERIO, *Commentaire – Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI]*, 2018, p. 101 n. 5). Dans le cas présent, il convient de relever que la recourante n'a jamais évoqué la possibilité d'exercer à nouveau un emploi à 100% (voir dos. AI 11/2), que ce soit en tant que serveuse, dans une activité correspondant à sa formation d'employée de commerce, voire en tant qu'opératrice (métier qu'elle avait déjà exercé temporairement par le passé, voir dos. AI 12/2). Elle a plutôt exprimé l'avis que sa maladie l'empêchait tout bonnement de pouvoir travailler (voir dos. AI 26.1/14; ou à tout le moins d'exercer une activité lucrative durable à plein temps, voir

dos. AI 26.1/11). Dans ces circonstances et en tenant encore compte du fait que l'expertise du 12 juillet 2017 avait conclu à une capacité de travail totale en dehors des périodes de récurrence de la maladie, l'intimé pouvait donc raisonnablement renoncer à instruire davantage la cause sur le plan de la réadaptation. On ne saurait par conséquent lui reprocher de n'avoir pas organisé de mesure de réadaptation avant de prononcer la décision litigieuse du 15 mai 2018.

7.

Au vu de tout ce qui précède, le recours dirigé contre la décision entreprise du 15 mai 2018 doit dès lors être rejeté.

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

7.2 La recourante a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire (avec désignation de son avocat comme mandataire d'office).

7.2.1 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).

7.2.2 En l'espèce, la recourante perçoit des prestations de l'aide sociale (voir pièce justificative [PJ] 4 du recours). Il est ainsi manifeste que la condition formelle de l'assistance judiciaire est réalisée. En ce qui concerne

la condition matérielle posée pour une dispense des frais judiciaires, on ne saurait d'emblée déclarer que la cause était dépourvue de chances de succès (ATF 140 V 521 c. 9.1). Vu la complexité de la matière juridique et médicale, on ne peut par ailleurs nier le caractère justifié d'un mandataire professionnel devant le TA (ATF 103 V 46 c. 1b). La requête doit dès lors être admise et la recourante mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. Partant, 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.

7.2.3 La note d'honoraires du 8 août 2018 fait état d'un montant de Fr. 2'863.85 (Fr. 2'610.90 d'honoraires, de Fr. 48.20 de débours et de Fr. 204.75 de TVA au taux de 7.7%). Elle ne prête pas à discussion compte tenu de l'importance et de la complexité objectives de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables. Eu égard à la jurisprudence du TF (ATF 132 I 201 c. 8.7), la caisse du Tribunal versera la somme de Fr. 2'134.85 au titre du mandat d'office (Fr. 1'934.- d'honoraires [9,67 heures à Fr. 200.-], Fr. 48.20 de débours et Fr. 152.65 de TVA au taux de 7.7%); 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], l'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811] et l'ordonnance cantonale du 20 octobre 2010 sur la rémunération des avocats et avocates commis d'office [ORA, RSB 168.711]).

7.2.4 La recourante doit en outre être rendue attentive à son obligation de remboursement 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 mandataire d'office.
3. Les frais de la présente 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. 2'610.90 auxquels s'ajoutent les débours par Fr. 48.20 et la TVA; la caisse du Tribunal lui versera la somme de Fr. 2'134.85 (honoraires: Fr. 1'934.- débours: Fr. 48.20 et TVA: Fr. 152.65), au titre de son activité de mandataire d'office. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
6. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).