

200.2019.151.AI
N° AVS
BOA/REN

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

Jugement du 13 mai 2020

Droit des assurances sociales

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

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 18 janvier 2019



En fait:

A.

A. _____, née en 1984, célibataire, détentrice d'un CFC de polygraphe (2005), a débuté, en août 2013, une formation d'employée de commerce (avec maturité commerciale) à temps plein, qu'elle a achevée en juillet 2015. Après la découverte d'un cancer du système lymphatique, en septembre 2014, l'assurée a suivi une première chimiothérapie (de septembre à février 2015) puis une radiothérapie (mars/avril 2015). En incapacité de travail depuis septembre 2014 (totale jusqu'au 1^{er} février 2015, puis évoluant entre 50% et principalement 100%), l'assurée a sollicité, en mars 2015, des prestations de l'assurance-invalidité (AI). Une récurrence du lymphome ayant été diagnostiquée le 16 août 2015 (lésion métabolique dans le poumon droit), plusieurs cycles de chimiothérapie (parallèlement à d'autres protocoles médicaux) ont été administrés en septembre et octobre 2015. En décembre 2015, une rémission métabolique complète a été diagnostiquée, laquelle a été confirmée en avril 2016. Sur le plan professionnel, l'assurée travaille depuis le 1^{er} octobre 2017 dans une imprimerie, en tant que polygraphe, au taux de 50%.

B.

Saisi de la demande, l'Office AI a recueilli des renseignements auprès des médecins traitants de l'assurée (généraliste, oncologue, psychiatre). Suivant l'avis médical d'un médecin spécialiste en médecine interne et rhumatologie du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI a requis la mise sur pied d'une expertise sur le plan psychiatrique, dont les conclusions ont été rédigées le 22 mai 2018. Sur cette base, après avoir une nouvelle fois sollicité le spécialiste en médecine interne/rhumatologie du SMR (rapport du 12 juin 2018), l'Office AI a informé l'assurée, dans un préavis du 12 juillet 2018, qu'il envisageait de lui octroyer, sur la base d'un degré d'invalidité de 100% (de septembre 2015 à avril 2016), une rente entière de l'AI limitée dans le temps (du 1^{er} septembre 2015 au 31 juillet 2016). En dépit des objections

formulées par l'assurée, désormais représentée par un avocat, et après que ce dernier eut transmis de nouveaux documents médicaux, l'Office AI a confirmé le contenu de son précédent préavis par décision formelle du 18 janvier 2019.

C.

Par acte daté du 18 février 2019, l'assurée, toujours représentée, a recouru contre cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Elle a requis l'assistance judiciaire et conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision rendue par l'Office AI le 18 janvier 2019 et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire (notamment en vue de la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire).

Dans son mémoire de réponse du 22 mars 2019, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Les parties ont répliqué et dupliqué les 23 avril et 15 mai 2019, maintenant, en substance, leurs précédentes conclusions. Le 24 mai 2019, le mandataire de la recourante a transmis sa note d'honoraires tout en prenant position sur la duplique de l'intimé.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI du 18 janvier 2019 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et alloue à la recourante une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2015 au 31 juillet 2016. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire (en vue de la mise sur pied d'une expertise médicale) et nouvelle décision. Sont particulièrement critiqués par la recourante, les bases médicales peu fiables sur lesquelles l'intimé a fondé sa décision (l'appréciation somatique non probante du

médecin généraliste/rhumatologue du SMR) et le fait que l'Office AI s'est écarté des conclusions de l'expertise psychiatrique pour nier à la recourante toute atteinte psychique de nature invalidante.

A ce stade, au vu des motifs invoqués à l'appui du recours (p. 4), il apparaît que l'octroi d'une rente entière à partir du 1^{er} septembre 2015 n'est pas contesté par la recourante (est contesté par l'assurée le fait qu'elle aurait recouvré une capacité de travail de 80% à partir du 1^{er} août 2016 [*recte*: 1^{er} mai 2016 selon la décision AI contestée]). Le pouvoir d'examen du juge n'est (de toute façon) pas restreint au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause. En effet, l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige et le pouvoir d'examen du juge s'étend, sous réserve du respect du droit d'être entendu, aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 131 V 164 c. 2.2, 125 V 413 c. 2; VSI 2001 p. 274 c. 1a).

1.2 Interjeté en temps utile et 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 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] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d 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 (art. 7 al. 1 LPGA).

2.2 Une atteinte à la santé psychique 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 (comme par exemple l'art. 7 al. 2 1^{ère} phr. LPGA). 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). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

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 Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGGA). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente. La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable. C'est notamment le cas d'une amélioration de la capacité de travail en raison de l'accoutumance ou de l'adaptation au handicap. Lors de l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité échelonnée ou limitée dans le temps, les dispositions applicables à la révision s'appliquent par analogie (ATF 109 V 125 c. 4a; VSI 1998 p. 121 c. 1b). Les bases temporelles déterminantes pour la comparaison sont, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, le moment de la modification du droit, à fixer en fonction du délai de trois mois au sens de l'art. 88a RAI (ATF 133 V 263 c. 6.1; SVR 2019 IV n° 2 c. 2).

2.5 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4).

2.6 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer en présence de rapports médicaux

contradictoires sans avoir examiné l'ensemble des 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 Dans sa décision contestée du 18 janvier 2019, l'Office AI a retenu que la recourante présentait une incapacité de travail de 100% de septembre 2014 jusqu'en avril 2016, débouchant sur un degré d'invalidité de 100% et ouvrant ainsi un droit à une rente entière de l'AI depuis le 1^{er} septembre 2015 jusqu'au 31 juillet 2016. En effet, estimant que, depuis le 1^{er} mai 2016, l'état de santé de la recourante s'était durablement amélioré, l'Office AI, a supprimé toutes prestations AI au-delà du 31 juillet 2016, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI. Pour justifier l'évolution favorable retenue, l'Office AI s'est principalement fondé, sur le plan somatique, sur l'ultime avis du SMR du 25 octobre 2018 retenant une capacité de travail de 80% sur la base de restrictions lombaires uniquement (20%), aucune limitation quant à d'éventuelles séquelles en lien avec les traitements oncologiques endurés ne pouvant, à son sens, être objectivée. Quant au volet psychique, l'Office AI, en s'écartant des conclusions de l'expert psychiatre rédigées en mai 2018, a nié l'existence, chez la recourante, de toute atteinte invalidante, estimant qu'il existait de nombreux motifs d'exclusion (examen au 1^{er} niveau). Dès lors, considérant que la recourante souffrait de restrictions somatiques d'ordre lombaire uniquement (à hauteur de 20%), il en résulterait, selon l'intimé, un degré d'invalidité de 20% dès le 1^{er} mai 2016, insuffisant à l'octroi d'une rente AI et justifiant la suppression de toutes prestations AI depuis le 1^{er} septembre 2016.

3.2 La recourante, quant à elle, a conclu formellement à l'annulation de la décision contestée et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision, tout en précisant, dans les motifs invoqués à l'appui de son recours (p. 4), qu'elle ne remettait pas en cause l'octroi d'une rente entière de l'AI allouée par l'intimé dès le 1^{er} septembre 2015. Dans son argumentation juridique, la recourante a fait valoir que c'était à tort que l'Office AI avait retenu une amélioration de sa

capacité de travail depuis le 1^{er} août 2016 (*recte*: le 1^{er} mai 2016, dos. AI 153/23), à hauteur de (prétendument) 80% (sur la base de restrictions lombaires uniquement). En effet, en procédant de la sorte, l'intimé aurait non seulement totalement ignoré les limitations psychiatriques encourues et attestées par l'expert psychiatre en mai 2018 (dos. AI 112.1/34), mais se serait également déterminé sur la base d'un dossier médical lacunaire, tant sur les plans neurologique, rhumatologique (à défaut d'examen clinique pratiqué) qu'oncologique (prise en considération manifestement insuffisante de séquelles somatiques induites par les différents traitements oncologiques endurés [neuropathies, cancer-related fatigue]).

4.

Le dossier permet de constater les évaluations médicales suivantes:

4.1 D'un point de vue oncologique, l'assurée a bénéficié de six cycles de chimiothérapie entre septembre 2014 et février 2015, puis d'une radiothérapie de consolidation médiastinale de deux mois (mars/avril 2015) suite à la découverte d'un lymphome B diffus à grande cellule (cancer du système lymphatique) en septembre 2014. Une nouvelle lésion métabolique active dans le poumon droit ayant été découverte le 16 juillet 2015 (cancer en récurrence), trois cycles de chimiothérapie de sauvetage ont été administrés entre le 11 août et le 24 septembre 2015 avec une bonne réponse au niveau de la lésion pulmonaire. Une amygdalectomie a été pratiquée le 23 septembre 2015 en raison d'une nouvelle activité au niveau de l'amygdale gauche. Parallèlement aux protocoles de chimiothérapie, l'assurée a bénéficié, depuis le 30 septembre 2015, d'une immunothérapie additive, qui a dû être abandonnée en raison de la survenance de douleurs articulaires. Lors de son hospitalisation (du 21 octobre au 13 novembre 2015), la requérante a reçu un traitement chimiothérapeutique à haute dose et bénéficié d'une greffe de moelle autologue le 28 octobre 2015. La rémission métabolique complète diagnostiquée en décembre 2015 a été confirmée en avril 2016.

4.2 Sous l'angle lombaire, l'IRM effectuée le 5 avril 2017 a révélé une situation dorsale superposable à celle de décembre 2016, à savoir, en

l'absence de toute lésion tumorale, l'existence, chez l'assurée, de troubles dégénératifs (notamment une discopathie L4-L5 modérée et une anomalie de la jonction lombo-sacrée avec sacralisation du corps vertébral L5).

4.3 Dans son rapport du 1^{er} mai 2017, sur la base d'un suivi psychiatrique ayant débuté en décembre 2016, le psychiatre traitant a retenu, comme diagnostics psychiatriques ayant une incidence sur la capacité de travail, une anxiété généralisée existant depuis septembre 2015 et un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, présent depuis novembre 2016. Le rapport subséquent du 29 août 2017 a mis en évidence, en sus des diagnostics précédemment retenus, une personnalité aux traits borderline (F66.9 CIM-10). Ce spécialiste a attesté une incapacité totale de travailler depuis le 1^{er} novembre 2016, préconisant, dans son ultime rapport, une reprise progressive d'une activité à 50% dans un cadre protégé.

4.4 Le spécialiste en médecine interne et rhumatologie du SMR a relevé dans son avis médical du 27 juillet 2017 les diagnostics retenus par ses confrères oncologue (lymphome B diffus à grande cellule depuis septembre 2014 avec récurrence depuis juillet 2015, actuellement en rémission) et psychiatre (anxiété généralisée; épisode dépressif sévère depuis novembre 2016), ces pathologies ayant des effets sur la capacité de travail. S'agissant précisément des limitations endurées par la recourante, énumérant les différentes incapacités de travail retenues par ses confrères (oncologue et psychiatre), précisant qu'à son sens, il n'existait en principe pas de limitations fonctionnelles objectives, que ce soit de nature somatique (exception faite en fonction de l'état musculaire), intellectuelle ou encore secondaire au processus thrombotique, le médecin du SMR a estimé que la problématique psychiatrique était (au premier plan) limitante, sans toutefois chiffrer l'incapacité endurée par la recourante.

4.5 Suite à l'avis médical du 25 septembre 2017 du généraliste traitant de l'assurée faisant état d'un état de santé psychiatrique et rhumatismal (douleurs dorsales et musculaires exacerbées) péjoré, l'Office AI (après avoir à nouveau requis l'avis de son SMR) a sollicité la mise sur pied d'une expertise sur le plan psychiatrique, laquelle a été confiée au D.

C. _____ (médecin neurologue et psychiatre) et dont les conclusions ont été consignées dans un rapport du 22 mai 2018.

L'expert a retenu comme pathologies ayant des effets sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec un syndrome somatique (F33.0 CIM-10) et une personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31 CIM-10). D'un point de vue de la capacité de travail de la recourante, l'expert a estimé que dans son emploi actuel, l'assurée était à même de travailler au moins six heures par jour (avec l'aménagement de pauses) moyennant une perte de rendement de 20%. Dans une activité optimale (bien structurée, au sein d'une petite équipe, ne nécessitant pas de compétences sociales), l'expert a estimé que l'expertisée pourrait travailler à raison d'au moins sept heures par jour moyennant une perte de rendement de 10%.

4.6 Le préavis du 12 juillet 2018 de l'intimé se fondait sur les conclusions rédigées le 12 juin 2018 par le médecin du SMR sous l'angle somatique (l'Office AI lui ayant posé deux questions sous ce volet-là uniquement, dos. AI 116/1). Dans sa prise de position médicale, le spécialiste somatique du SMR avait réitéré la présence, chez la recourante, d'un lymphome diagnostiqué en septembre 2014 (ayant récidivé en juillet 2015, en rémission depuis avril 2016, rémission confirmée en septembre 2016), de même que des troubles dégénératifs de la colonne lombaire. Dès lors, sur la base de restrictions endurées sur le plan lombaire uniquement, le médecin du SMR avait estimé que l'assurée pouvait travailler à plein temps dans un emploi adapté (activité légère permettant de varier les positions) moyennant une perte de rendement de 20% (en raison de l'aménagement de pauses régulières), aucune incapacité de travail sous l'angle oncologique ne pouvant, selon lui, être retenue au-delà d'avril 2016 (aucune complication durable survenue dans le processus oncologique au-delà de cette date ne pouvant justifier une incapacité de travail de longue durée).

4.7 L'avis médical du 21 août 2018 de l'oncologue traitant de l'assurée a mis en exergue l'apparition d'un syndrome de fatigue (liée au cancer et non d'ordre psychiatrique) en lien avec les chimiothérapies endurées et des myalgies diffuses (considérées comme un des effets secondaires de

l'immunothérapie), ces dernières ayant imposé l'interruption de la thérapie par administration d'anticorps (ayant eu lieu de septembre à décembre 2015). Sur la base de limitations endurées tant sur le plan psychique que physique, l'oncologue traitant a estimé que la capacité de travail de la recourante n'excédait pas 50%. Dans un rapport médical subséquent du 11 février 2019 (certes postérieur à la décision attaquée, mais devant être pris en compte dans la présente procédure dans la mesure où il fournit des informations sur la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la procédure administrative, SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4), l'oncologue traitant a précisé ses précédentes conclusions en se référant aux données collectées par le corps médical oncologique, à savoir que 48% des patients atteints d'un cancer des lymphes, ayant suivi le même protocole que la recourante, auraient souffert de neuropathies et que, parmi ceux-ci, 20% d'entre eux souffriraient encore de tels symptômes 24 mois après la fin des traitements (ce délai n'étant pas absolu et pouvant même aller au-delà, PJ n° 4 de la recourante). Dans ces conditions, ce spécialiste a estimé que les conclusions du spécialiste du SMR n'étaient pas probantes d'un point de vue (post-)oncologique et que, partant, sous cet angle-là, l'assurée pouvait travailler à raison de 50% en raison des limitations susmentionnées (fatigue, myalgies).

4.8 Dans son avis médical du 29 août 2018, le psychiatre traitant a réitéré la présence chez l'assurée d'une personnalité aux traits borderline. Il a toutefois considéré que la symptomatique dépressive était en amélioration (anxiété généralisée en bonne rémission, épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques en rémission). Ce spécialiste a mis en liaison cette évolution favorable avec le fait que la recourante pouvait exercer une activité professionnelle à hauteur de 50% répartie sur cinq jours de la semaine. Il a aussi fait part de ses craintes quant à l'exercice d'un pensum plus contraignant, celui-ci pouvant aisément induire, à son sens, une nouvelle rechute dépressive.

4.9 Suite aux investigations pratiquées lors du séjour stationnaire du 12 au 18 mars 2019 de l'assurée dans une unité rhumatologique, les spécialistes ont mis en évidence, d'un point de vue rhumatologique, notamment des myalgies d'origine incertaine. En sus de la prescription de

mesures conservatives (physiothérapie, ergothérapie), ils ont préconisé de pratiquer une électroneuromyographie. Bien qu'également postérieur à la décision attaquée, cet écrit peut également être pris en compte dans la présente procédure (cf. à ce sujet c. 4.7).

5.

Le droit à la rente, objet de la contestation (cf. c. 1.1), couvre une période qui s'étend au plus tôt du 1^{er} septembre 2015 (échéance du délai d'attente d'un an, voir art. 28 LAI et c. 2.3; le délai de carence de l'art. 29 al. 1 LAI de six mois dès la demande de prestations en mars 2015 étant également échu) jusqu'au 18 janvier 2019, date de la décision contestée. Si l'assurée, dans son mémoire de recours (p. 4), a précisé, dans son argumentation, qu'elle ne remettait pas en cause l'octroi d'une rente entière de l'AI dès le 1^{er} septembre 2015, elle a néanmoins formellement uniquement conclu à l'annulation de la décision contestée et au (seul) renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire (sans demander formellement à ce qu'un droit à une rente d'invalidité et pour quelle fraction lui soit reconnu au-delà du 31 juillet 2016). L'on peut néanmoins aisément déduire que seule l'absence de rente AI depuis le 1^{er} août 2016 est implicitement contestée. Eu égard aux avis médicaux figurant au dossier AI, rien ne permet au Tribunal de douter des périodes d'incapacité de travail reconnues de manière concordante par le corps médical (oncologue traitant, médecin du SMR) depuis le diagnostic du lymphome en septembre 2014 jusqu'au 30 avril 2016, cette période d'incapacité de travail donnant droit, au vu des art. 28 et 29 al. 1 LAI énoncés ci-avant, à une rente entière de l'AI, du 1^{er} septembre 2015 au 31 juillet 2016.

6.

Il convient d'examiner, sous l'angle psychiatrique tout d'abord, si c'est à juste titre que l'Office AI, dans son évaluation des atteintes fonctionnelles, (se distanciant par là des conclusions de l'expertise psychiatrique datant de

mai 2018) a nié la présence, chez la recourante, de toute atteinte psychique de nature invalidante.

6.1 Sur le plan formel tout d'abord, l'expertise rédigée en mai 2018 apparaît comme étant complète et convaincante. Elle fournit les renseignements et évaluations devant permettre à l'administration et au juge d'estimer le caractère invalidant des atteintes à la santé de la recourante. Elaborée sur la base d'un examen personnel de l'assurée sous l'angle psychiatrique, elle comporte une anamnèse détaillée sur les plans familial, professionnel, psychiatrique et psychosocial. Les avis médicaux antérieurs figurant au dossier ont été énumérés et pris en considération par l'expert, démontrant une étude approfondie et consciencieuse du dossier. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions de l'expert sont motivées.

6.2 Au niveau matériel ensuite, l'expert a pris en considération les plaintes formulées par la recourante (douleurs musculaires diffuses, angoisses, fatigabilité, attaques de panique). Puis, sur la base de ses propres constatations, il a décrit une assurée orientée dans les quatre modes (personne, espace, temps et situation), ouverte et d'un abord facile, éveillée, capable également de rire de temps à autre. La (psycho)motricité de la recourante a été qualifiée de plutôt vive en matière de mimiques et de gestuelles, la réflexion formelle cohérente et ordonnée, l'assurée étant capable de retracer sans difficultés et en détails les éléments biographiques et anamnestiques. Quant au niveau intellectuel, l'expert l'a considérée comme étant plutôt bonne, en présence d'une assurée qui a un langage fluide et une bonne intonation. Sur le plan de la lignée dépressive, l'expert a également relevé la présence de phénomènes de rumination (pensées de l'assurée focalisées sur les divers éléments de sa vie, sur sa situation professionnelle/privée et sa santé), une humeur significativement morose (assurée proche des larmes en relation avec certains événements de sa vie) et variable, empreinte régulièrement de périodes de dépression et d'un sentiment de vide. Sur la base des constats médicaux qui précèdent, l'expert a ensuite livré une analyse systématique en vue de définir au plus précis les pathologies psychiatriques entrant en considération (dos. AI 112.1/18 ss).

6.2.1 Envisageant tout d'abord l'hypothèse, dans la lignée des troubles de l'humeur, d'un trouble dépressif récurrent (à l'instar de son confrère psychiatre dans son rapport d'août 2017 (cf. c. 4.3), l'expert a tout d'abord mis en lumière, selon un raisonnement médical qui convainc, les facteurs de stress psychosociaux ayant affaibli de longue date les mécanismes de défense de l'assurée (milieu familial prétendument peu aimant, difficultés relationnelles, insatisfaction marquée à l'école et par la suite dans ses activités professionnelles, grave pathologie cancéreuse diagnostiquée en septembre 2014). Puis, constatant que les variations d'humeur (entrain et affectivité réduits, tristesse, fatigabilité, perte de confiance, angoisses) étaient présentes de longue date et de manière ancrée chez la recourante depuis l'enfance (élève rebelle) et l'adolescence (difficultés professionnelles), que la symptomatologie anxio-dépressive (fragilité avérée apparaissant à des degrés divers et de manière sévère depuis 2015 [un épisode dépressif sévère est par ailleurs retenu depuis le début du suivi psychiatrique en novembre 2016 par le psychiatre traitant]) était désormais ancrée (la chronicisation du trouble excluant un trouble de l'adaptation selon l'expert), c'est selon un raisonnement qui convainc que l'expert a retenu l'existence d'un trouble dépressif récurrent. S'il est vrai que ce spécialiste n'a pas jugé nécessaire d'expliquer expressément les raisons pour lesquelles il a retenu (en mai 2018) une légère intensité au trouble retenu (avis par ailleurs partagé par le psychiatre traitant qui a fait état d'une symptomatologie dépressive en amélioration [par rapport à la sévérité du trouble retenu en mai 2017] en août 2018, cf. c. 4.8), il apparaît néanmoins que l'on peut aisément déduire les motifs qui l'ont guidé (dos. AI 112.1/17).

6.2.2 Dans la poursuite de son raisonnement médical, l'expert a également abordé la question d'un éventuel trouble de la personnalité (que le psychiatre traitant a évoqué pour la première fois en août 2017), qu'il a appréhendé systématiquement. Il a ainsi constaté des éléments biographiques propices au développement d'une telle pathologie et des traits de caractère enracinés de manière durable et profonde, qu'il considère comme étant de nature malade (caractéristique d'un trouble de la personnalité selon la rubrique F60 à F69 CIM-10). Dans ce contexte, il a ainsi relaté une souffrance précoce omniprésente, depuis l'enfance, la

recourante ayant grandi dans un climat familial qu'elle a ressenti comme indifférent à son égard, voire même dévalorisant (une préférence ayant été marquée selon les dires de l'assurée pour son frère et sa sœur aînée), ce sentiment ayant entraîné rapidement une certaine tendance au conflit (au sein même de sa famille, à l'école puis subséquemment avec ses différents compagnons). Essayant de déterminer au plus précis de quel type de trouble de la personnalité il s'agissait au sens de la CIM-10, l'expert a procédé à un examen minutieux des éléments constitutifs des troubles potentiellement envisageables. Ainsi, après avoir constaté la présence d'une humeur capricieuse chez l'assurée (grande insatisfaction quant à l'activité apprise, fréquents changements de postes, souhait de nouvelles orientations professionnelles), d'une tendance à s'engager dans des relations amoureuses intenses mais instables, à s'infliger des gestes destructeurs (automutilation) ou encore à vivre dans un sentiment permanent de vide intérieur, c'est de manière probante que le spécialiste en psychiatrie a retenu que la recourante était une personnalité émotionnellement labile, de type borderline, diagnostic auquel le TA, au vu du raisonnement médical abouti de l'expert, s'accordant par ailleurs avec celui de son confrère psychiatre (traitant), se rallie.

Le TA relève en conclusion, que dans son analyse, l'expert, par souci de complétude, n'a également pas omis de prendre en considération le diagnostic d'anxiété généralisée existant depuis septembre 2016 et évoqué expressément en mai 2017 par le psychiatre traitant (cf. c. 4.3). Il a néanmoins expliqué avec pertinence les raisons pour lesquelles il y avait lieu désormais de se démarquer de cette éventualité (les angoisses persistantes éprouvées par l'assurée étant une conséquence de l'influence concomitante du trouble de la personnalité et du trouble dépressif récurrent).

6.3 Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'expert psychiatre apparaissent comme étant cohérentes et probantes sur le plan médico-théorique. Le TA retient par conséquent l'existence d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique (F33.01 CIM-10) chez une assurée souffrant d'une personnalité émotionnellement labile, de type borderline (F60.31 CIM-10).

6.4 Sous l'angle de la capacité de travail, il convient de vérifier, sur le plan juridique, la proposition d'évaluation de l'expert (ATF 145 V 361 c. 3.2 et 4.3). Le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine désormais (cf. c. 2.2), et pour autant qu'une telle atteinte résiste préalablement déjà aux motifs d'exclusion, au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée qui s'applique à l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7, 143 V 409 et 141 V 281 c. 4.1). En l'occurrence, il appert tout d'abord, et contrairement à l'avis de l'Office AI, que les atteintes à la santé psychique attestées par l'expert psychiatre (non remises en cause d'un point de vue médical par le médecin du SMR mais totalement ignorées par l'Office AI dans l'appréciation de la capacité de travail, cet Office s'étant contenté de relever des signes d'exagération et une mauvaise compliance médicamenteuse en faisant abstraction du contexte psychiatrique du cas d'espèce) résistent aux motifs d'exclusion. En effet, s'il est vrai que l'expert psychiatre a relevé que l'assurée avait une certaine tendance à l'exagération, il a néanmoins expliqué (dos. AI 112.1/27 ch. 4) les raisons médicales pouvant justifier un tel comportement (pathologique) chez la recourante (expression d'une souffrance et besoin de reconnaissance dans celle-ci, comportements topiques pour les patients atteints d'un trouble de la personnalité de type borderline qui ont tendance à la dévalorisation, à l'idéalisation et au désir d'être reconnus dans leur mal-être). C'est également dans ce besoin de reconnaissance dans la douleur que le psychiatre traitant a expliqué de manière convaincante pourquoi la recourante manquait de compliance médicamenteuse. Quant au degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte, elle a été évaluée par l'expert en tenant compte certes de l'absence (apparente) d'un diagnostic dépressif sévère autonome (trouble dépressif de légère intensité), mais en présence d'un trouble marqué de la personnalité de type borderline, suffisant déjà à lui seul à expliquer les décompensations persistantes passées ou actuelles que connaît de longue date l'assurée, et qui se manifestent par des symptômes de nature très diverse (syndrome dépressif, angoisses ou encore somatisations, dos. AI 112.1/22). Dans son analyse pertinente, l'expert a également pris en considération les ressources de l'intéressée, qu'il a considérées comme étant certes diminuées, mais néanmoins présentes (maintien d'une routine quotidienne régulière, capacité à

mobiliser ses forces [notamment pour achever une formation professionnelle parallèlement aux traitements médicaux, puis à exercer son activité professionnelle] en dépit d'une vie sociale [contrairement à l'avis de l'Office AI] tout bien considéré, peu remplie), tout en ne négligeant pas les facteurs de contrainte ayant entamé les ressources de la recourante (compétences sociales limitées, très faible motivation personnelle, priorités changeantes) et exclu les facteurs étrangers à l'invalidité (dos. AI 112.1/25). Partant, c'est logiquement que l'expert psychiatre a retenu un pensum exigible à hauteur de six heures par jour (2x3 heures par jour entrecoupées par une pause) dans l'emploi actuel moyennant une perte de rendement de 20% ou une capacité de travail de 7 heures par jour (2x3,5 heures par jour avec pause) moyennant une perte de rendement de 10% si l'activité est adaptée (à savoir ne nécessitant pas ou peu de compétences sociales au sein d'une petite équipe connaissant peu de variations en personnel). Le TA relève que cette appréciation (qui, après conversion des heures de travail exigibles sur la base d'un pensum de 41 heures prévu par le contrat de travail de l'assurée, correspond à un taux d'occupation de 59% [dans l'emploi actuel]) est à peine un peu plus exigeante que les prévisions du psychiatre traitant (50% répartis sur cinq jours de la semaine, cf. c. 4.8) et du pensum qu'effectue actuellement l'assurée dans son activité de polygraphe (à 50%), qu'elle a par ailleurs pu augmenter, pendant une période limitée, à hauteur de 80%. Enfin, l'évaluation par l'expert psychiatre ne saurait également être remise en question par les conclusions du médecin du SMR, celles-ci étant par ailleurs inconstantes sur le plan psychiatrique (incapacité de travail totale admise le 27 juillet 2017 sur le plan psychique entre novembre 2016 et août 2017 [dos. AI 72/10]), alors que dans son ultime rapport du 25 octobre 2018, et sans aucune énumération des diagnostics retenus, le médecin du SMR s'est contenté de mettre en évidence, sans aucune autre explication, les facteurs d'exclusion évoquant implicitement l'exclusion de limitations invalidantes sur le plan psychique tout en se référant simultanément, de manière contradictoire, à la prise de position ciblée de l'expert psychiatre (dos. AI 135/5 et 6).

6.5 Il s'ensuit de ce qui précède, tant au vu des diagnostics retenus que de la capacité de travail, que le raisonnement de l'expert psychiatre exposé

dans son rapport du 22 mai 2018 emporte la conviction du TA. Partant, sous l'angle psychique uniquement, à savoir sans recoupement avec d'éventuelles limitations somatiques (cf. c. 7), la recourante est à même de travailler à raison de six heures par jour (2x3 heures par jour entrecoupées par une pause) dans l'emploi actuel moyennant une perte de rendement de 20% (ou 7 heures par jour [2x3.5 heures par jour avec pause] moyennant une perte de rendement de 10% si l'activité est adaptée). C'est par conséquent à tort que l'Office AI s'est distancié, sur le plan psychiatrique, de cette évaluation et a nié tout caractère invalidant aux pathologies psychiques endurées par l'assurée. Par son raisonnement erroné (à savoir faute d'atteinte psychiatrique invalidante admise), l'Office AI a ainsi exclu toute coordination entre les atteintes psychiques de l'assurée et celles somatiques (admises à hauteur 20% par le médecin du SMR en raison de restrictions lombaires objectivables, cf. c. 7).

L'évaluation sur le plan psychique pouvait déjà justifier (si l'on admettait que l'emploi actuel même non profilé de façon optimale représente, économiquement, la solution la plus favorable), à elle seule, l'octroi de prestations AI, la décision de l'intimé du 18 janvier 2019 doit déjà être annulée pour ce motif-là.

7.

Concernant l'analyse de la situation sous le volet somatique, par le médecin du SMR, principalement fondée sur une synthèse du dossier médical, elle n'emporte pas non plus la conviction du TA. Il est vrai que les conclusions du rhumatologue du SMR, d'un point de vue lombaire, tant quant aux pathologies référencées qu'aux restrictions endurées, apparaissent comme étant en adéquation avec les résultats des imageries pratiquées, avec les conclusions du généraliste (dos. AI 81/2 et 3) ou encore celles du rhumatologue traitants (PJ n° 28 de la recourante). En l'état actuel du dossier, il subsiste toutefois des doutes insurmontables quant à l'origine (somatique, psychique) des neuropathies (myalgie diffuses) endurées par l'assurée, que l'oncologue traitant, en s'appuyant sur des études scientifiques, met en lien, quant à lui, avec les traitements

oncologiques administrés. Dès lors que le rhumatologue du SMR a avancé que le médicament impliqué dans l'apparition des douleurs n'a été administré que quelques mois durant, de septembre à décembre 2015 (semblant par ailleurs oublier qu'il a d'emblée généré l'apparition de douleurs musculaires chez l'assurée et provoqué l'arrêt de l'immunothérapie), son raisonnement apparaît comme étant réducteur, dans la mesure où il fait complètement fi des études oncologiques menées en ce sens (qu'il passe sous silence), lesquelles ne paraissent pas d'emblée, quant à elles, dépourvues de pertinence. Quant aux éventuels effets invalidants (niés) des myalgies, au seul motif que l'assurée ne subit aucun déficit sensitivo-moteur (dos. AI 135/5), là, encore, du fait que le médecin du SMR n'a pas examiné la requérante personnellement, ses conclusions ne sauraient s'imposer. Enfin, la non prise en considération de la fatigue insurmontable éprouvée par l'assurée, dont l'origine, au vu de l'instruction du dossier médical lacunaire sur ce point également, ne permet pas non plus d'arrêter des conclusions probantes. En l'occurrence, cette fatigue n'a à première vue fait l'objet d'une évaluation ni sur le plan somatique, ni sous l'aspect psychique (voir à ce sujet l'ATF 139 V 346, certes rendu avant les jurisprudences préconisant l'analyse structurée et étendant ce mode d'évaluation à tous les troubles psychiques [c. 2.2], mais n'excluant pas une origine somatique de la fatigue liée au cancer).

8. Au vu de ce qui précède, ni l'avis médical (lacunaire) du SMR sur le plan somatique, ni l'évaluation des atteintes fonctionnelles psychiques pratiquée par l'intimé, équivalant à une appréciation juridique inadmissible de l'évaluation médicale proposée par l'expert (ATF 145 V 361 c. 4.3), les deux symptomatologies n'ayant de surcroît pas été soumises à un examen pluridisciplinaire, ne sont suffisantes pour fournir les données indispensables à l'appréciation d'un droit à une rente pour toute la période couverte par l'objet de la contestation. A ce sujet, il y lieu de préciser qu'il est vrai, ainsi que cela a été précisé au c. 1.1, que le fait que l'octroi d'une rente entière de l'AI ne soit pas contesté, ne limite pas le pouvoir d'examen du Tribunal. Or, il ressort des considérations qui précèdent (cf. c. 5) que la prise en compte d'une incapacité de travail totale pour la période allant du

1^{er} septembre 2015 (moment le plus reculé du début potentiel du droit à la rente) jusqu'au 30 avril 2016 (menant à une rente entière jusqu'au 30 août 2016 au vu de l'art. 88a al.1 RAI), s'impose avec une vraisemblance prépondérante (degré de preuve déterminant en droit des assurances sociales: ATF 144 V 427 c. 3.2, 138 V 218 c. 6). Il y a dès lors lieu d'annuler la décision contestée en tant qu'elle nie tout droit à une rente d'invalidité au-delà du 31 juillet 2016 et de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il l'instruise de manière globale, par la mise sur pied d'une expertise bi-ou pluridisciplinaire prenant en compte tous les aspects médicaux affectant la recourante (neurologique, orthopédique, post-oncologique, psychique), après que la documentation médicale aura été complétée et actualisée (notamment à la lumière des dernières investigations menées sur le plan rhumatismal également). Sur cette base médico-théorique ainsi arrêtée, l'intimé procédera ensuite à une nouvelle évaluation de l'invalidité jusqu'à la date de sa nouvelle décision susceptible de recours quant au droit à des prestations de la recourante. Ces points n'ayant pas été investigués de façon pluridisciplinaire par l'administration, le renvoi à l'autorité de décision pour instruction complémentaire se justifie pleinement (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4).

9.

9.1 En conclusion, le recours est admis, la décision annulée (hormis en ce qui concerne l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2015 au 31 juillet 2016) et la cause renvoyée à l'Office AI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

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

9.3 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Assistée d'un avocat agissant à titre professionnel, la recourante a donc droit au

remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA, dans la mesure fixée par le tribunal (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 24 mai 2019, qui ne prête pas à discussion, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, sont fixés à un montant de Fr. 4'722.30 (honoraires; Fr. 4'252.50; débours; Fr. 132.20; TVA Fr. 337.60).

9.4 La requête d'assistance judiciaire, devenue sans objet, doit être rayée du rôle du Tribunal.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 4'722.30 à titre de dépens.
4. La requête d'assistance judiciaire et de désignation d'un mandataire d'office déposée pour la procédure de recours est rayée du rôle du Tribunal administratif.

5. Le présent jugement est notifié (R):

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

La présidente:

La greffière:

Voie de recours

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