

200.2019.692.AI

N° AVS
NIG/REN

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

Jugement du 1^{er} février 2021

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
G. Niederer, greffier

A. _____

recourante

contre

Office AI Berne

Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne

intimé

relatif à une décision de ce dernier du 6 août 2019



En fait:

A.

A. _____, née en 1980, mariée et mère de trois enfants nés en 2004, 2005 et 2010 est entrée en Suisse en 2015. Sans formation certifiée, c'est en Suisse, selon ses déclarations, qu'elle a pour la première fois exercé une activité lucrative, d'abord, pendant trois mois, dans un restaurant loué à son père par son mari (voir dossier [dos.] AI 40.1/8 et extrait du registre du commerce l'indiquant en tant que titulaire de la raison individuelle inscrite le [...] septembre 2016 et radiée le [...] novembre 2016). Elle a ensuite été engagée comme employée d'hôtel de janvier à décembre 2017 (selon l'extrait du compte individuel; dos. AI 11/2; voir aussi annonce à l'assureur perte de gain, dos. AI 14.4/1) ou du 1^{er} novembre 2016 au 30 novembre 2017 (selon l'attestation de l'employeur; dos. AI 20/2 s.), à un taux d'environ 50% selon l'employeur (22 heures sur 44 ou 45 heures hebdomadaires pour l'horaire normal; dos. AI 14.4/1 et 20.3) ou de 30 à 40% ou encore une à deux heures, deux jours par semaine, selon l'intéressée (dos. AI 22/2 et 40.1/11). Dans le contexte d'une incapacité de travail à 100% ayant débuté en décembre 2017 et par le biais d'un formulaire daté du 16 juin 2018 (reçu au cours du même mois 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 de dépression depuis 2016.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a recueilli des informations du dernier employeur, de même que de l'assureur perte de gain en cas de maladie de ce dernier. Il a également sollicité des rapports médicaux du psychiatre traitant, ainsi que d'un médecin d'un cabinet médical ayant pris en charge l'assurée. L'Office AI Berne a alors consulté le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui a délivré un rapport le 19 décembre 2018. Par communication du 2 avril 2019, l'Office AI Berne a ensuite nié le droit de l'assurée à des mesures de réadaptation.

Il a en outre diligenté une expertise auprès d'un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont les conclusions ont été retranscrites dans un rapport du 8 avril 2019. Sur la base de celles-ci, l'Office AI Berne a exclu tout droit de l'assurée à des prestations de l'AI par décision du 6 août 2019, nonobstant les objections formées par l'assurée contre une préorientation au contenu similaire, datée du 16 mai 2019.

C.

Par acte du 12 septembre 2019, l'assurée a recouru contre la décision du 6 août 2019 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant à son annulation, ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité. Le 25 septembre 2019, la recourante a encore requis le bénéfice de l'assistance judiciaire (limitée aux frais de procédure), en déposant un formulaire à cet effet. Le lendemain, elle s'est néanmoins acquittée de l'avance de frais qui lui avait été demandée par ordonnance du 16 septembre 2019. Au terme d'un courrier du 3 octobre 2019, la recourante a toutefois confirmé qu'elle désirait bénéficier de l'assistance judiciaire. Elle a en outre produit de nouvelles pièces justificatives (PJ) à l'appui de cette dernière et fourni des précisions au sujet de sa situation financière, donnant ainsi suite à une ordonnance du TA du 27 septembre 2019. Dans sa réponse du 28 octobre 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. La recourante n'a pas répliqué dans le délai qui lui a été imparti pour ce faire. A la demande du TA, elle a cependant encore complété sa requête d'assistance judiciaire par envois des 7 et 15 novembre 2019.

En droit:

1.

1.1 La décision du 6 août 2019 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie tout droit de la recourante

à des prestations de l'AI. L'objet du litige porte sur l'annulation de cet acte et l'octroi d'une rente d'invalidité. Est particulièrement critiquée par la recourante l'appréciation de sa capacité de travail par l'intimé.

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, 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. 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, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable au présent recours, qui était pendant devant le TA à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2021, de la modification du 21 juin 2019 de la LPGA; voir art. 83 LPGA: disposition transitoire de la modification du 21 juin 2019). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à

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

2.2 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 145 V 215 c. 5.1). 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 la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2). Les experts doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1).

2.4 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 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins (let. 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.

2.5 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; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1). Il incombe tout d'abord au médecin (expert) d'évaluer l'état de santé et, si nécessaire, de décrire son évolution dans le temps, c'est-à-dire de réunir les résultats des investigations en procédant à un examen médical selon les règles de l'art, en tenant compte des plaintes subjectives, puis de poser un diagnostic en se fondant sur ces résultats. En cela, l'expert accomplit sa tâche spécifique, pour laquelle l'administration et les tribunaux ne sont pas compétents. Le médecin n'a en revanche pas la compétence de statuer en dernier ressort sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Il se contente bien plus de prendre position sur l'incapacité de travail, à savoir de procéder à une évaluation qu'il motive de son point de vue le plus substantiellement possible. En fin de compte, les données fournies par le médecin constituent un élément important pour l'appréhension juridique de la question des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré. Au besoin, afin de déterminer la capacité économiquement exploitable, il convient de recourir, en complément du

dossier médical, aux spécialistes de l'intégration et du conseil professionnels (ATF 140 V 193 c. 3.2; SVR 2017 IV n° 75 c. 4.1.1).

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 la décision contestée et sa réponse, l'intimé a en particulier retenu que la recourante ne souffrait d'aucune atteinte à la santé déterminante mais seulement d'une dysthymie n'atteignant pas un seuil de gravité suffisant et d'un trouble panique, ce dernier pouvant être amélioré en trois mois en se soumettant à un traitement adéquat. Selon l'intimé donc, la recourante n'était pas affectée par une atteinte invalidante. En renvoyant aux indicateurs standards découlant de la jurisprudence et à l'expertise psychiatrique (estimée probante et l'emportant sur les avis des médecins traitants), l'intimé a relevé qu'il existait encore des possibilités thérapeutiques (une adaptation de la médication et une psychothérapie cognitive/comportementale), que la recourante ne présentait pas de comorbidités importantes, que le déroulement de ses journées s'effectuait de manière ordinaire, qu'elle était bien intégrée dans sa famille, avait des amis et disposait de bonnes facultés d'adaptation. L'intimé a aussi signalé que l'amplification des symptômes et les problèmes psychosociaux de la recourante ne pouvaient être pris en compte.

3.2 Dans son recours du 12 septembre 2019, la recourante a pour sa part rappelé qu'elle était toujours en traitement auprès du département de santé mentale d'un hôpital régional pour ses problèmes psychiques. Elle a également souligné que ses médecins, de même que tous les autres intervenants, avaient unanimement confirmé qu'elle subissait bien une

incapacité de travail. La recourante a encore déclaré qu'elle n'était même plus capable d'assumer ses travaux ménagers, dès lors que les douleurs et la fatigue étaient trop importantes. Elle a dès lors expliqué qu'il était impossible pour elle de retrouver un travail dans cette situation, dans la mesure où aucun employeur ne serait prêt à engager une personne qui a autant de problèmes de santé qu'elle.

4.

En l'espèce, le dossier permet de constater les éléments médicaux principaux suivants.

4.1 Le 27 décembre 2017, un médecin d'un cabinet médical dans lequel la recourante sera prise en charge à partir de mars 2018 a rempli un formulaire destiné à l'assureur perte de gain en cas de maladie du dernier employeur. Dans ce document, il a posé le diagnostic de dépression chronique survenue au début de l'année 2017. Ce médecin a ajouté que la recourante était déjà en traitement pour cette atteinte depuis environ 2 ans et a en particulier exclu qu'il s'agisse d'une atteinte à prendre en charge par l'AI. Il a finalement attesté une incapacité de travail à 100% depuis le 1^{er} décembre 2017 et pour une durée indéterminée.

4.2 Dans un rapport du 2 mars 2018 également adressé à l'assureur perte de gain en cas de maladie du dernier employeur de la recourante, le psychiatre traitant cette dernière a retenu les diagnostics de trouble panique, anxiété épisodique paroxystique (selon le ch. F41.0 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), d'anxiété généralisée (ch. F41.1 CIM-10), ainsi que d'autres difficultés liées à l'entourage immédiat, y compris la situation familiale (ch. Z63 CIM-10). Relatant avoir été consulté deux ans plus tôt, le psychiatre a notamment indiqué que la recourante n'arrivait pas à assumer une activité lucrative en raison de ses anxiétés permanentes. Ce spécialiste a en effet souligné que la recourante subissait des crises de panique, que sortir de chez elle lui était extrêmement difficile, qu'elle n'était pas capable de gérer ses émotions et qu'elle souffrait également de difficultés de concentration.

4.3 Le psychiatre de la recourante a confirmé ses deux premiers diagnostics (ch. F41.0 et F41.1 CIM-10) dans un écrit du 22 mai 2018. Dans celui-ci, il a en outre mentionné à l'intention de l'assureur perte de gain en cas de maladie, que l'évolution n'était pas favorable, la recourante continuant de subir des attaques de panique avec une peur de perdre le contrôle ou de s'évanouir, ce qui l'empêchait de sortir de chez elle. Le psychiatre a précisé que la recourante présentait une humeur très fluctuante, qu'elle était triste la plupart du temps, avait des idées négatives par moments et éprouvait des sentiments de culpabilité, des troubles du sommeil, ainsi que de la fatigabilité.

4.4 Le 27 juin 2018, un second médecin du cabinet médical précité a établi un rapport à l'intention de l'intimé en retenant le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de syndrome dépressif avec crises d'angoisse et de panique depuis 2015. Il a également posé les diagnostics (sans effet sur la capacité de travail) d'adiposité, de carence martiale récidivante, de dyslipidémie, de diabète mellitus de type 2, ainsi que d'hypertension artérielle. Il a expliqué que la recourante ne pouvait plus travailler en raison de ses attaques de panique, renvoyant au surplus à l'avis du psychiatre traitant.

4.5 Le 20 septembre 2018, le psychiatre traitant a encore posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (ch. F33.2 CIM-10), de trouble panique (anxiété épisodique paroxystique; ch. F41.0 CIM-10) et d'autres difficultés liées à l'entourage immédiat, y compris la situation familiale (ch. Z63 CIM-10). Il a évoqué une évolution très lente et difficile, réservant par ailleurs son pronostic. Le psychiatre a retenu que la recourante n'était pas en mesure de travailler, ni de faire son ménage ou encore de s'occuper de ses enfants (notamment aussi de sa fille aînée) sans l'aide de son mari. Il a également spécifié que sa patiente n'était pas en mesure de participer à une mesure de réinsertion ou de réadaptation, du fait de sa pathologie psychiatrique. Le psychiatre a encore attesté une incapacité de travail à 100% à partir du 30 novembre 2017, à réévaluer le 25 septembre 2018.

4.6 Le SMR, par une spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a indiqué, dans un rapport du 19 décembre 2018, que la carence en fer était

traitable, de même que l'hypertension artérielle et le diabète. Elle a ajouté que le traitement médicamenteux à base de benzodiazépine présentait un fort potentiel addictif et qu'il était discutable. La spécialiste a aussi déclaré qu'au vu du fait que la problématique dépressive s'était aggravée en l'espace de trois ans, il se posait la question de savoir quelles étaient les causes de cette évolution et en particulier s'il existait encore des possibilités thérapeutiques qui permettraient à la recourante d'être suffisamment stable pour que des mesures de réadaptation puissent être organisées, malgré la longue période d'incapacité de travail de l'intéressée. Dès lors, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique a été conseillée.

4.7 Une expertise psychiatrique a dès lors été réalisée le 4 avril 2019 et ses conclusions ont été retranscrites le 8 avril 2019. Selon celles-ci, l'expert a retenu le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de trouble panique, anxiété épisodique paroxystique, d'intensité moyenne, présente depuis 2016 (ch. F41.00 CIM-10), de même que le diagnostic (sans effet sur la capacité de travail) de dysthymie (ch. F34.1 CIM-10). L'expert a expliqué qu'il ne doutait pas que la recourante ait présenté un épisode dépressif réactionnel depuis son arrivée en Suisse mais a estimé que ce dernier était en rémission et que le tableau clinique parlait en faveur d'une dysthymie résiduelle. Il a toutefois ajouté que cette dysthymie n'atteignait pas un seuil de sévérité suffisant pour réduire la capacité de travail exigible. S'agissant du trouble panique, l'expert a reconnu que ce diagnostic avait une importance sur l'appréciation de la capacité de travail, en ce qui concerne la réaction au stress et à l'environnement professionnel. Néanmoins, il a ajouté qu'un traitement efficace de ce trouble faisait défaut, alors qu'une adaptation de la médication (un sevrage aux benzodiazépines, prescrits sans raison pour cette affection et pouvant d'après lui expliquer l'état de fatigue et d'hypersomnie de la recourante), ainsi que la mise en place d'une psychothérapie cognitive/comportementale étaient indiquées. Partant, ce dernier a admis une incapacité de travail transitoire de 3 mois (à 100%) à partir de la date de l'expertise, afin de procéder à l'ajustement du traitement. Pour le reste, l'expert psychiatre a précisé que, dans le cas de la recourante et pour autant qu'il soit traité efficacement, ce trouble ne pouvait être responsable d'une incapacité de travail définitive. Ce faisant, il a jugé le pronostic bon du point de vue de la capacité de travail, à la

condition que la recourante accepte de se soigner puis de s'engager dans un processus de réhabilitation. Dès lors, après l'écoulement de cette période d'incapacité de travail totale de trois mois suite à la date de l'expertise, l'expert a attesté qu'une capacité de travail complète serait récupérée, sans aucune diminution de rendement, dans toute activité simple et répétitive (notamment dans la dernière activité exercée). Il a ainsi conclu que les diagnostics retenus ne pouvaient pas justifier une incapacité de travail durable au sens de l'AI. Enfin, l'expert a insisté sur les contradictions constatées dans les propos tenus par la recourante, de même qu'au regard des pièces figurant au dossier. Il a de plus mis en évidence une forte composante subjective du tableau clinique (la recourante étant selon lui autocentrée et fixée subjectivement sur ses limitations, avec une tendance à exagérer ces dernières) puis relevé l'importance des facteurs extra-médicaux.

5.

Il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise psychiatrique.

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 En l'espèce, d'un point de vue formel, l'expertise psychiatrique répond aux exigences posées par la jurisprudence, s'agissant de la valeur probante des documents médicaux. L'expert, dont les qualifications en psychiatrie et psychothérapie ne sauraient être mises en doute, a procédé à un examen personnel de la recourante, a pris en compte ses plaintes subjectives, son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et

professionnelle; voir dossier [dos.] AI 40.1/7), ainsi que les documents produits (dos. AI 40.1/2-6). Les résultats ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance du dossier, l'expert ayant du reste souligné que ce dernier était suffisamment étoffé (dos. AI 40.1/14). Les conclusions de l'expert sont par ailleurs détaillées, étayées, y compris par les éléments nécessaires à l'évaluation structurée selon l'ATF 141 V 281 (voir c. 2.4) et ne laissent pas apparaître d'élément permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise.

5.3 Sur le plan matériel, l'expert a retenu ses diagnostics après avoir énuméré et discuté l'ensemble des critères figurant à cet égard dans la CIM-10 (dos. AI 40.1/17 s.). Il a de plus posé ses diagnostics après avoir écarté de manière probante la présence d'un trouble cognitif (écrivant qu'il n'avait pas constaté de trouble de l'attention, de la compréhension, de la mémoire et de la concentration, la recourante ayant par exemple pu suivre l'entretien d'expertise de plus trois de heures sans jamais perdre le fil), d'un trouble formel du cours ou contenu de la pensée, d'un trouble de la perception, d'un trouble phobique ou encore d'un état post-traumatique.

5.3.1 L'expert s'est en outre déterminé quant à son choix de retenir le diagnostic de dysthymie et non de dépression. Il a admis que la recourante avait présenté un syndrome dépressif ayant débuté par des oscillations entre un état moyen et léger mais a ensuite précisé de façon convaincante que ce dernier était complètement résolu et qu'il correspondait désormais à une dysthymie résiduelle. L'expert a en effet relevé que même si la recourante faisait état de ruminations en rapport avec sa situation socio-professionnelle et éprouvait de l'anxiété, ainsi qu'un état de fatigue physique/psychique (toutefois pas constaté par l'expert; dos. AI 40.1/24), la dimension du plaisir était en revanche conservée (la recourante ressentant de la joie à se promener ou à entreprendre des sorties en voiture et présentant un appétit, de même qu'une vie sexuelle intacts). L'expert a aussi signalé que la recourante était toujours à même de se projeter dans l'avenir et qu'elle n'avait pas d'idées noires, de culpabilité ou de ruine, ni n'était sujette à un ralentissement psychomoteur ou à un trouble du langage. Il a également mis en lumière que le sommeil était préservé et de bonne qualité, ajoutant qu'il avait aussi tenu compte du fait qu'il n'existait ni

repli sur soi, ni retrait social. De même, l'expert a précisé que bien que la recourante ressentait de la tristesse, tel n'était pas le cas en permanence (aucune perte de l'élan vital ni aucun abattement n'ayant été constaté). Il a aussi noté que la recourante faisait preuve d'humour et se montrait parfois souriante durant l'entretien. Partant, c'est de manière probante que l'expert a expliqué que le diagnostic de dysthymie résiduelle n'engendrait aucune limitation fonctionnelle et que la recourante faisait plutôt une fixation subjective sur de telles restrictions. A cet égard, l'expert a du reste souligné qu'après avoir confronté la recourante aux contradictions constatées par rapport à ses déclarations ainsi qu'au regard du dossier médical (dos. AI 40.1/14; voir aussi c. 6.2), le comportement de celle-ci avait radicalement changé, devenant démonstratif et théâtral (cherchant à illustrer un ralentissement et une fatigue absents durant les précédentes heures d'entretien; voir dos. AI 40.1/12 mais aussi dos. AI 40.1/25 § 6), ce qui permettait de retenir, selon l'expert, que le tableau clinique était empreint d'une forte composante subjective.

5.3.2 Quant au trouble panique, l'expert l'a qualifié de moyen au vu des critères de la CIM-10 (dos. AI 40.1/19) en estimant que la recourante avait présenté au moins quatre attaques de panique en l'espace de quatre semaines. De manière toute aussi compréhensible, l'expert a retenu que même si la recourante prétendait le contraire, celle-ci demeurait autonome, puisqu'elle pouvait en particulier sortir pour faire les courses et rendre visite aux membres de sa famille, notamment à son père (dos. AI 40.1/23). Il a de plus mis en relief que la recourante était capable de s'occuper de son entourage, de son lieu de vie ainsi que de sa personne et qu'elle avait des activités de loisirs, ce qui démontrait une capacité de travail certaine (dos. AI 40.1/25). Par ailleurs, on ne voit rien à redire aux explications de l'expert, selon lesquelles une telle affection peut impacter la capacité de travail (surtout en lien avec la réaction au stress et avec l'environnement de travail) mais qu'il n'en va pas ainsi dans le cas présent. En effet, l'expert a motivé de façon cohérente que le traitement mis en place avait été efficace par rapport à l'épisode dépressif mais pas du tout pour le trouble panique, alors qu'un traitement suffisant permettrait à la recourante d'apprendre à anticiper et à résoudre ses problèmes d'attaques de panique. L'expert a de plus relevé que la recourante ne présentait pas de trait anxieux et qu'elle

avait toujours bien fonctionné, de sorte qu'une rémission complète et durable pouvait être atteinte (dos. AI 40.1/20). Dès lors, on ne saurait critiquer la conclusion de l'expert, en tant que celui-ci a retenu qu'une incapacité de travail pouvait uniquement être admise pour une période de trois mois, durant laquelle la médication et la thérapie devaient être ajustées, un sevrage aux benzodiazépines (contreindiquées pour les troubles paniques; dos. AI 40.1/25) devant être effectué (dos. AI 40.1/20). Cette conclusion semble d'autant plus juste qu'elle confirme l'avis de la spécialiste du SMR, qui avait aussi remis en question l'usage prolongé de benzodiazépines (dos. AI 28/1).

5.3.3 L'expert a de surcroît évoqué de manière logique que le traitement médicamenteux (qu'on n'avait pas cherché à changer bien que n'ayant pas conduit à une évolution significative) et l'absence de tentative d'autres options thérapeutiques, suggéraient que les symptômes de la recourante pouvaient jouer un rôle symbolique et que cette dernière pouvait en tirer un gain secondaire empêchant la résolution du tableau clinique. En effet, il a relaté que la souffrance psychique présentait des avantages pour la recourante, puisque l'affection lui permettait d'éveiller l'attention sur elle et d'éviter de devoir proposer ou assumer des solutions aux problèmes socio-professionnels et économiques de sa famille (étant précisé que, selon l'expert, la recourante éprouve des difficultés à prendre des décisions, de même qu'un besoin d'attention et de compréhension; dos. AI 40.1/22 s.). Partant, c'est de manière cohérente que l'expert a retenu que la recourante amplifiait sa symptomatologie, en expliquant que l'intéressée était concentrée sur ses symptômes depuis trois ans, au point d'avoir pu autoalimenter sa souffrance avec le temps. L'expert a en effet souligné de façon probante que la recourante refusait (peut-être inconsciemment) toute amélioration ou guérison (voir aussi dos. AI 40.1/25 § 5), aucune hospitalisation n'étant jamais intervenue et l'intéressée ayant refusé catégoriquement de participer à des mesures professionnelles (affirmant qu'elle préférait une rente, voir dos. AI 40.1/18). A ce sujet, ce dernier a ajouté que même si des facteurs extra-médicaux (déconditionnement au travail, absence d'emploi de l'époux, barrière linguistique, intégration mal réussie et situation socio-professionnelle difficile) jouaient un rôle sur la

capacité de travail (voir dos. AI 40.1/15), ceux-ci n'étaient que peu importants sur le processus de réhabilitation (dos. AI 40.1/25).

5.3.4 Par conséquent, il résulte de tout ce qui précède que l'expertise psychiatrique du 8 avril 2019 est cohérente, convaincante et exempte de contradiction. Elle explique de façon approfondie pourquoi elle se distancie de certains diagnostics et de l'appréciation de la capacité de travail du psychiatre traitant. L'avis de ce dernier, de même que celui du médecin de famille de la recourante, émis dans le contexte de la relation de confiance qui les unit à leur patiente, ne sauraient l'emporter (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3; TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4). Aucune autre investigation médicale n'est nécessaire. Selon le médecin de famille lui-même, les troubles somatiques qui affectent la recourante n'ont pas d'influence sur sa capacité de travail (voir c. 4.4). Le caractère probant de l'expertise doit par conséquent être confirmé.

6.

Il sied encore d'apprécier si les conclusions de l'expertise du 8 avril 2019 peuvent également être suivies d'un point de vue juridique.

6.1 Une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste 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 phr. 1 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). 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 standards. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (c. 6).

6.2 En l'espèce, l'expertise psychiatrique s'avère suffisante, aussi à l'aune des indicateurs énoncés par la jurisprudence, pour évaluer la situation de la recourante. En l'occurrence, il sied d'emblée de relever à cet égard que l'expert a insisté à plusieurs reprises sur le fait qu'il avait noté des contradictions dans le récit de la recourante et au vu des éléments figurant au dossier (dos. AI 40.1/12, 40.1/14 et 40.1/20 s.), affirmant que le comportement de la recourante pendant l'entretien n'était pas congruent avec les rapports médicaux établis à son sujet (dos. AI 40.1/25). En particulier, l'expert s'est dit surpris de constater que le psychiatre traitant avait rapporté une symptomatologie si grave qu'elle empêchait sa patiente de sortir de chez elle, de peur de souffrir d'attaques de panique (cette dernière affirmant que sa vie quotidienne était réduite au minimum et qu'elle passait la majeure partie de son temps entre le lit et le canapé, voir dos. AI 40.1/15), alors que l'intéressée avait néanmoins débuté un emploi le 1^{er} novembre 2016 dans un hôtel-restaurant et pu exercer une activité professionnelle durant une année (soit, selon l'expert, le temps nécessaire pour bénéficier de prestations de l'AI, voir dos. AI 40.1/20). De plus, l'expert a rappelé que la recourante avait déclaré qu'elle rencontrait son père toutes les deux semaines en alternant une visite chez lui ainsi qu'une visite chez elle et qu'elle se déplaçait pour faire les courses alors que son premier épisode d'évanouissement était survenu dans un centre commercial (dos. AI 40.1/5 et 40.1/9). L'expert a aussi mis en exergue que la recourante

avait tout d'abord prétendu qu'elle refusait de prendre l'ascenseur de peur qu'une attaque de panique ne survienne, alors qu'elle avait aussi, au cours de l'entretien, mentionné avoir pris un ascenseur alors que sa fille avait fait une chute dans des escaliers (voir dos. AI 40.1/21). L'expert a de surcroît expliqué que la recourante semblait aspirer à une véritable dépression (dos. AI 40.1/15), qu'elle avait tendance à exagérer ses difficultés et limitations (dos. AI 40.1/24), que la problématique qui la concernait constituait surtout une amplification d'une symptomatologie pas objectivée ni objectivable (dos. AI 40.1/23) et qu'il lui apparaissait que la recourante s'était engouffrée dans une dynamique régressive d'incapacité de travail et d'invalidité qui n'avait pas raison d'être (dos. AI 40.1/23, voir aussi dos. AI 40.1/24 § 1). Par conséquent, force est d'admettre que l'expertise met en évidence un comportement d'exagération, si bien que l'examen au premier niveau (voir c. 6.1) aboutit à la conclusion qu'il existe un motif d'exclusion (voir aussi dos. AI 40.1/31). Même si tel n'était pas le cas, il conviendrait alors de constater que l'expert a néanmoins déclaré que la recourante n'avait de toute manière travaillé qu'une année, non pas pour tenter de soulager sa dépression, comme elle l'a prétendu, mais du fait d'un choix personnel (dos. AI 40.1/15). Il a aussi expressément exclu toute limitation fonctionnelle liée aux atteintes à la santé (dos. AI 40.1/16 et 40.1/25). En outre, l'expert (qui a énuméré avec soin les facteurs de contrainte, notamment: perte de confiance en soi, besoin de compréhension et d'attention, difficultés à prendre des décisions, barrière linguistique) a aussi constaté la présence d'importantes ressources chez la recourante (bonnes relations familiales, présence d'une vie affective et d'un compagnon compréhensif, ressources cognitives intactes, intelligence dans la norme; dos. AI 40.1/26 ss). Par ailleurs, l'absence de gravité de l'atteinte, retenue par l'expert, a aussi été évaluée en tenant compte des tâches assumées par la recourante (professionnelles mais aussi sociales et de loisirs), notamment préparer sa fille pour l'école, se promener, entreprendre des sorties en voiture, de même que faire la cuisine et le ménage (dos. AI 40.1/25 et 40.1/28). Aussi, le refus de la recourante de participer à des mesures de réadaptation constitue un indice sérieux d'atteinte non invalidante, selon la jurisprudence (ATF 141 V 281 c. 4.3.1.2). On peut encore ajouter, ainsi que l'a évoqué l'intimé dans la décision attaquée, que certaines options thérapeutiques n'ont pas été explorées, la recourante

ayant refusé toute hospitalisation (ATF 141 V 281 c. 4.4.2; dos. AI 40.1/24), ce qui plaide également contre un degré de gravité des atteintes psychiques. Enfin, l'examen de la cohérence vient encore appuyer ce résultat, puisque, comme mentionné ci-avant, l'expert a révélé que le comportement de la recourante était incohérent et que les limitations évoquées étaient dues à d'autres facteurs qu'une atteinte à la santé (voir aussi TF 9C_618/2019 du 16 mars 2010 c. 8.2.1.3 et 8.3; voir aussi dos. AI 40.1/25 et 40.1/23). Partant, il faut admettre que l'appréciation des troubles invoqués par la recourante, d'après les indicateurs standards énoncés par la jurisprudence, conduit également de façon convaincante à l'absence d'une atteinte invalidante, ce résultat s'imposant d'emblée du fait de l'existence de motifs d'exclusion, mais prévaudrait même s'il fallait faire fi de ce dernier constat. C'est par conséquent à bon droit que l'intimé a nié la présence d'une telle atteinte et qu'il a rejeté la demande de prestations de la recourante.

7.

Au vu de tout ce qui précède, le recours 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, art. 61 let. g LPGA, art. 104 al. 1 et art. 108 al. 1 et 3 LPJA).

7.2 La recourante a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire partielle (limitée aux frais de procédure).

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 et des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de

chances de succès (art. 29 al. 3 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 [Cst., RS 101] et art. 61 LPGA, en lien avec l'art. 111 al. 1 LPJA).

7.2.2 En l'espèce, la recourante vit avec son mari et ses trois enfants. S'agissant de leurs revenus, il ressort de la décision de taxation de l'année 2018 que le couple a perçu Fr. 61'606.- durant cette période fiscale, soit une moyenne mensuelle de Fr. 5'133.85. Il apparaît en outre que le couple ne dispose d'aucune fortune (hormis un véhicule; PJ 18). En l'occurrence, la recourante a reçu des indemnités de l'assureur perte de gain en cas de maladie de son dernier employeur (du 1^{er} août 2018 au 28 juin 2019). L'époux de la recourante a quant à lui bénéficié d'indemnités de chômage (d'août 2018 à février 2019, ainsi que de juillet à août 2019), de même que d'indemnités journalières de l'assurance-accidents (de février à août 2019). La moyenne mensuelle des revenus du couple, de septembre 2018 à août 2019 (à savoir durant les 12 mois qui ont précédé le dépôt de la requête d'assistance judiciaire) s'élève donc à Fr. 5'246.80. Quant aux charges, elles comprennent tout d'abord le minimum vital du couple (majoré de 30%; voir annexe 1 de la circulaire n° B1 concernant le calcul du minimum d'existence, disponible sur le site internet du TA), à savoir Fr. 2'210.-, ainsi que celui (également majoré) des enfants, soit deux fois Fr. 780.- (pour les enfants nés en 2004 et en 2005), de même que Fr. 520.- (pour l'enfant né en 2010). S'y ajoutent le loyer de Fr. 1'155.- (charges comprises, voir PJ 26) et les primes de l'assurance-maladie obligatoire (voir la circulaire n° 1 de la Cour suprême et du TA, également disponible sur le site internet du TA) de Fr. 851.25 (Fr. 502.20 pour la recourante, Fr. 461.40 pour le mari de celle-ci et Fr. 121.10 pour chacun des enfants [total en 2019: Fr. 1'326.90], sous déduction de Fr. 475.65 de réduction de primes, soit Fr. 147.- par adulte et Fr. 60.55 par enfant; voir PJ 45 ainsi que les art. 10a et 10d de l'ordonnance cantonale du 25 octobre 2000 sur l'assurance-maladie [OCAMal, RSB 842.111.1], en lien avec l'art. 14 al. 1 de la loi cantonale du 6 juin 2000 portant introduction des lois fédérales sur l'assurance-maladie, sur l'assurance-accidents et sur l'assurance militaire [LiLAMAM, RSB 842.11]). Partant, il apparaît d'emblée que les charges du couple, qui se montent à Fr. 6'296.25 (sans tenir compte des impôts courants effectivement payés et d'éventuels frais importants et imminents non couverts par l'assurance-maladie obligatoire), dépassent le revenu de

Fr. 5'246.80. Dès lors, 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 en outre d'emblée déclarer que la cause était dépourvue de chances de succès (ATF 140 V 521 c. 9.1). La requête doit donc être admise et la recourante mise au bénéfice de l'assistance judiciaire pour les frais de justice.

7.2.3 Le fait que la recourante avait versé le montant de l'avance de frais le jour avant d'introduire la requête d'assistance judiciaire (limitée aux frais de justice) ne rend pas la requête sans objet. En effet, on ne peut considérer que la requête ne vaut que pour d'éventuels frais supplémentaires, postérieurs et dépassant le montant couvert par l'avance de frais (voir au sujet de telles pratiques cantonales: SJZ 115/2009 p. 759 c. 3 s. et les références citées). Devant le TA, si, ainsi que cela a été le cas en l'occurrence, une requête d'assistance judiciaire est introduite pendant le délai imparti pour verser l'avance de frais, la requête déploie ses effets à partir du jour où la litispendance au fond a été créée par l'introduction du recours (LUCIE VON BÜREN in HERZOG/DAUM [éd.], *Kommentar zum bernischen VRPG*, 2^e éd. 2020, ad art. 111 n. 17; voir aussi art. 111 al. 3 LPJA sur l'effet rétroactif que peut avoir la requête). La recourante a expliqué avoir emprunté de l'argent économisé par ses enfants (voir courrier de la recourante du 3 octobre 2019). Quoi qu'il en soit, en l'espèce, un montant d'économie plus élevé n'ayant pas été établi (fortune en propriété de l'unité d'assistance que constitue la famille de la recourante), celui correspondant à l'avance de frais ne modifie en rien la réalisation de la condition de l'insuffisance des ressources (voir 7.2.2 et circulaire n° 1 de la Cour suprême et du TA, let. F). L'avance de frais fournie préalablement à la requête d'assistance judiciaire (limitée aux frais de procédure) doit donc être restituée. Les frais de procédure doivent provisoirement être supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire.

7.2.4 La recourante doit cependant 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, limitée aux frais de procédure, est admise.
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 limitée aux frais de procédure. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée. L'avance de frais versée par la recourante sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - à 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).