

**200.2020.396.AI**  
N° AVS  
BEP/REN

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

**Jugement du 16 juin 2021**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
Ph. Berberat, 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 28 avril 2020



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1968, divorcée depuis 2008, mère de trois enfants nés en 1992, 1995 et 2006, titulaire d'un diplôme d'infirmière en pédiatrie et en soins généraux complété par une formation d'infirmière en psychiatrie, a séjourné une première fois en Suisse de 1989 à 1992. Après être retournée à C. \_\_\_\_\_, elle est revenue s'établir en Suisse avec sa famille en 1999 et y a obtenu la nationalité suisse en 2015. Elle a travaillé en dernier lieu en tant qu'infirmière en psychiatrie auprès d'un service de soins à domicile du 1<sup>er</sup> juillet 2014 au 14 septembre 2017, date dès laquelle une incapacité de travail totale a été attestée pour des motifs médicaux. Elle n'a plus repris d'activité lucrative depuis lors et son employeur a mis fin à son contrat de travail avec effet au 30 juin 2018. Auparavant, le 3 mars 2016, l'assurée avait subi une chute qui avait provoqué une entorse à la cheville gauche avec rupture des ligaments; une incapacité de travail totale s'en était suivie jusqu'à fin novembre 2016. Le 21 septembre 2016, l'assurée avait déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office AI du canton D. \_\_\_\_\_. Après avoir instruit la demande, ce dernier, par décision du 2 février 2018, avait alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité pour une durée limitée du 1<sup>er</sup> mars au 30 avril 2017 sur la base d'un degré d'invalidité de 50%, en considérant que postérieurement, la reprise progressive du travail excluait une invalidité d'au moins 40%.

**B.**

En raison de son incapacité de travail à 100% depuis le 14 septembre 2017, l'assurée a déposé le 28 janvier 2019 une nouvelle demande de prestations de l'AI. Saisi de la demande, l'Office AI Berne a rassemblé les dossiers de l'Office AI du canton D. \_\_\_\_\_ et de l'assureur perte de gain en cas de maladie et recueilli des rapports du médecin généraliste traitant, du psychiatre traitant et du dernier employeur, avant de solliciter l'avis de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR). Dans une communication du 19 juillet 2019, l'Office AI Berne a fait savoir à l'assurée

qu'il ne voyait aucune mesure de réadaptation possible et examinait son droit à une rente. Sur recommandation du 15 juillet 2019 d'une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de son SMR, l'Office AI Berne a organisé une expertise médicale pluridisciplinaire, incluant les disciplines de la médecine interne, de la pneumologie, de la rhumatologie et de la psychiatrie. L'institution spécialisée chargée de cette expertise (le centre E.\_\_\_\_\_ à F.\_\_\_\_\_) a rendu son rapport en date du 22 janvier 2020. Sur cette base, l'Office AI Berne, par préorientation du 20 février 2020, a informé l'assurée qu'il entendait nier son droit à une rente d'invalidité. Nonobstant les observations formulées le 20 mars 2020 par l'avocat mandaté par l'assurée, l'Office AI Berne a refusé d'allouer à celle-ci une rente d'invalidité par décision formelle du 28 avril 2020.

### **C.**

Par mémoire du 27 mai 2020, l'assurée, représentée par le même mandataire (substitué), a recouru contre la décision précitée auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite des frais et dépens, elle conclut à son annulation, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 3 mars 2016 et subsidiairement au renvoi de l'affaire à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire; elle a aussi requis le bénéfice de l'assistance judiciaire. Dans son mémoire de réponse du 22 juin 2020, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours. Par réplique du 15 juillet 2020 et duplique du 24 juillet 2020, les parties ont confirmé leurs conclusions respectives. Le 14 août 2020, le mandataire de la recourante a produit sa note d'honoraires.

### **En droit:**

#### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI Berne du 28 avril 2020 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit

de la recourante à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et, principalement, sur l'octroi rétroactif d'une rente, de même que, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sont particulièrement critiquées par la recourante, l'évaluation somatique de la capacité de travail résultant de l'expertise et la façon dont l'intimé estime la capacité de travail résiduelle, en s'éloignant des conclusions posées par l'experte psychiatre tout en qualifiant l'expertise pluridisciplinaire de probante.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment 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 du 19 juin 1959 sur l'AI [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]). Une réserve limite cependant cette entrée en matière. La décision du 2 février 2018, qui faisait suite à la demande de septembre 2016, accordait une rente pour deux mois et refusait ce droit depuis le 1<sup>er</sup> mai 2017. Cette décision (assortie d'effets durables) n'a pas été contestée. Il n'a de plus jamais été question de reconsidération ou révision procédurale de ce prononcé. La conclusion principale du recours tendant à l'octroi d'une rente depuis le 3 mars 2016 se heurte donc à la force de chose jugée de la précédente décision et est irrecevable pour la période courant jusqu'au 2 février 2018 (ATF 136 V 369 c. 3.1.1; SVR 2013 IV n° 45 c. 4.1). Seule la situation au-delà de cette date peut faire l'objet d'un examen sous l'angle d'une révision au sens d'une adaptation à une nouvelle situation de fait selon l'art. 17 al. 1 LPGA (sur le plan matériel: voir notamment c. 5.2 ci-après).

**1.3** Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française 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 exigibles (art. 7 al. 1 LPGA dans sa teneur en vigueur [en français] jusqu'au 31 décembre 2020; voir art. 83 LPGA). 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).

**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, en particulier l'art. 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; SVR 2020 IV n° 48 c. 8.1.1). 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). D'après 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).

**2.3** 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** Lorsqu'une nouvelle demande ou une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'AI [RAI, RS 831.201]). Si l'administration accepte d'entrer en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner la cause quant au fond (examen matériel) et vérifier si la modification du degré d'invalidité alléguée par l'assuré s'est réellement produite; elle procédera alors d'une manière analogue à celle qui est applicable à un cas de révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA (SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2), en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 c. 5.3, 130 V 71 c. 3.2.3; VSI 1999 p. 84 c. 1b).

**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). 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 (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 du 28 avril 2020, l'intimé considère que d'un point de vue médical somatique, l'assurée est en mesure d'assumer une capacité de travail de 90% en tant qu'infirmière ou dans une autre activité sédentaire, qui ne nécessite ni mouvements contraignants pour le rachis cervical, ni transport, ni port de charges, une reprise à 100% dépendant par ailleurs des résultats thérapeutiques. Du point de vue psychique, l'Office AI Berne estime qu'il existe globalement suffisamment de motifs d'exclusion qui interdisent l'hypothèse d'une atteinte à la santé invalidante et rendent inutile la mise en œuvre d'une procédure probatoire structurée selon les indicateurs standards déterminants pour l'évaluation du caractère invalidant de troubles

psychiques. L'intimé est d'avis que les plaintes de l'assurée sont présentées par celle-ci de manière démonstrative et que selon les investigations effectuées, on relève un contraste entre la description de la douleur et des observations durant les examens, aboutissant à une discordance entre les constatations objectives et les plaintes ainsi qu'à une majoration de l'intensité de la symptomatologie et des limitations fonctionnelles qui en découlent. Dans sa prise de position sur les observations (dans la décision) et son mémoire de réponse du 22 juin 2020, l'intimé précise notamment qu'il considère que le rapport d'expertise du 22 janvier 2020 remplit les critères jurisprudentiels concernant la force probante d'une expertise médicale. Selon lui, l'appréciation somatique de la capacité de travail, à tout le moins 90% dans une activité adaptée, tient compte des limitations fonctionnelles et ne peut être interprétée au sens qu'aucune activité lucrative n'est plus possible. S'agissant de l'aspect psychiatrique, l'intimé réitère qu'il existe une divergence considérable entre les douleurs décrites et le comportement de l'assurée et que les plaintes présentées de manière démonstrative ont semblé peu crédibles à l'expert, ce qui représente un motif d'exclusion au sens de la jurisprudence du TF. L'intimé, en discutant tout de même les indicateurs définis par cette jurisprudence, ajoute qu'en se fondant sur une telle analyse, il se justifie aussi de s'écarter des conclusions des experts concernant la capacité de travail de l'assurée et de constater que cette dernière peut exercer une activité à 90%, selon l'exigibilité admise dans l'expertise sur le plan somatique.

**3.2** Dans son recours du 27 mai 2020, l'assurée conteste d'abord l'appréciation somatique de sa capacité de travail résultant de l'expertise, qui a été posée sous réserve d'investigations encore en cours et qui ne tient pas compte de l'ensemble des limitations décrites, au vu desquelles aucun emploi adapté n'a du reste été cité et peut être imaginé, en dépit des taux exigibles fixés par les experts. Quoi qu'il en soit sur le plan somatique, l'assuré critique particulièrement le fait que l'intimé s'écarte non seulement des avis des médecins traitants, déjà suffisants en soi, mais aussi de l'appréciation effectuée globalement par les experts qu'il a lui-même mandatés, qui se fonde essentiellement sur les considérations de l'expert psychiatre, en faisant fi des conclusions interdisciplinaires qui aboutissent à une incapacité de travail totale depuis mars 2018 et une possibilité de reprise

à 50% dès le 1<sup>er</sup> avril ou le 1<sup>er</sup> mai 2020 en fonction de l'évolution de l'état de santé. La recourante invoque que l'intimé retient, sans que l'on comprenne pourquoi, qu'il existerait des motifs d'exclusion qui interdiraient l'hypothèse d'une atteinte à la santé invalidante. Elle conclut que l'intimé a mal constaté les faits pertinents et a décidé de manière totalement arbitraire de s'éloigner des avis médicaux des spécialistes et des experts, comprenant des diagnostics correspondant à un substrat médical ayant une incidence sur la capacité de travail. Dans son mémoire de réplique du 15 juillet 2020, elle ajoute en substance que l'expertise du 22 janvier 2020 remplit les critères jurisprudentiels relatifs à la force probante, comme l'Office AI Berne l'a du reste lui-même admis, et que ce dernier n'était dès lors pas en droit de s'écarter des conclusions de l'expertise, en en retranscrivant faussement certains passages qui, s'ils ont une quelconque pertinence, replacés dans leur contexte, ne remettent pas en cause la véracité de son atteinte à sa santé psychique.

#### **4.**

**4.1** Comme déjà énoncé ci-dessus (c. 2.4), l'examen d'une nouvelle demande sur laquelle l'administration est entrée en matière, tel que c'est le cas ici, nécessite, aussi de la part du tribunal en cas de recours (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1), dans un premier temps, de comparer si l'état de fait s'est modifié de façon significative depuis le dernier examen matériel. En l'espèce, il convient donc d'abord d'analyser si la situation de la recourante a évolué entre le 2 février 2018 (date de la décision de l'Office AI du canton D. \_\_\_\_\_) et le 28 avril 2020 (date de la décision ici litigieuse) puis, le cas échéant, d'examiner si le changement ouvre un droit à une rente. Les pièces au dossier fournissent les renseignements suivants.

**4.2** La décision rendue le 2 février 2018 par l'Office AI du canton D. \_\_\_\_\_ a accordé une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps, pour la période du 1<sup>er</sup> mars au 30 avril 2017, essentiellement en raison des conséquences de l'accident subi par la recourante le 3 mars 2016, à savoir une entorse à la cheville gauche sur hyperlaxité constitutionnelle, qui avait provoqué une lésion au moins partielle du ligament talo-fibulaire antérieur et,

dans une moindre mesure, du ligament calcanéo-fibulaire, nécessitant une opération le 19 août 2016. La rente a été limitée au 30 avril 2017 du fait qu'au-delà, l'invalidité n'atteignait plus le seuil de 40% en raison de la reprise de l'activité professionnelle à 60% depuis le 3 avril 2017, à 70% dès le 1<sup>er</sup> mai 2017 et à 100% dès le 1<sup>er</sup> juin 2017 (dossier [dos.] AI 9.6 et 9.8).

**4.3** Dans le cadre de l'instruction matérielle de la procédure de nouvelle demande ici litigieuse, les éléments médicaux principaux suivants ressortent du dossier:

**4.3.1** Il résulte d'un rapport du 12 avril 2018 qu'une hospitalisation est intervenue du 13 mars au 9 avril 2018 dans une unité de réadaptation psychosomatique en raison d'une péjoration dépressive suite à une activité effrénée et un risque de tentamen, sur la base des diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (ch. F32.2 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), d'anorexie mentale atypique (ch. F50.1 CIM-10) et d'importantes dorsalgies (ch. M54.9 CIM-10). Les médecins de la clinique décrivent notamment dans leur anamnèse une patiente qui, en octobre 2017, est tombée dans une profonde dépression de type mélancolique, à la limite de la psychose, avec peut-être des aspects maniaques et qui, au début de sa dépression, avait accumulé des tranquillisants pour pouvoir éventuellement se suicider. Dans leur discussion du cas, ils relèvent qu'à la fin de l'hospitalisation, sur le plan symptomatique, l'amélioration de l'état général de la patiente est modeste et que sa dépression et ses douleurs sont seulement moins pénibles, mais que le risque suicidaire persiste.

**4.3.2** Dans un rapport du 23 février 2019 adressé à l'intimé, le médecin généraliste traitant la recourante a notamment attesté à celle-ci une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée à partir du 14 septembre 2017 dans sa profession habituelle d'infirmière, en posant les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, la péjoration dépressive faisant suite à une activité effrénée et un risque de tentamen, ainsi que d'anorexie mentale atypique, la patiente ne s'alimentant qu'avec des compléments alimentaires. Parmi les nombreux antécédents médicaux cités par le praticien, on relèvera

notamment un emphysème centro-lobulaire post tabagisme, un syndrome fibromyalgique, une labilité humorale avec trouble anxio-dépressif, un lymphœdème des membres inférieurs, des cervicalgies et lombalgies avec une discrète hernie discale sous-ligamentaire C5/C6 et C6/C7 et une petite hernie discale sous-ligamentaire à large base d'implantation L4/L5, ainsi que d'importantes dorsalgies. Quant aux limitations fonctionnelles, le généraliste déclare qu'elles sont d'ordre psychiatrique.

**4.3.3** Les deux rapports du psychiatre traitant des 18 février et 24 septembre 2019 posent le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (ch. F32.2 CIM-10). Dans son premier rapport du 18 février 2019, le praticien relate en détail l'histoire de sa patiente ainsi que son anamnèse, et indique notamment qu'il a vu jusque-là sa patiente à 24 reprises et lui a attesté personnellement une incapacité complète de travail dans une quelconque activité depuis le 31 mai 2018 (voir rapport de cette date: début de son traitement) pour une durée encore indéterminée.

**4.3.4** Les experts mandatés par l'intimé en vue d'établir une expertise pluridisciplinaire ont rendu leur rapport en date du 22 janvier 2020. Il se compose des expertises spécialisées dans les disciplines de la rhumatologie, de la psychiatrie, de la médecine interne générale et de la pneumologie, ainsi que d'une synthèse du dossier et d'une évaluation consensuelle.

**4.3.4.1** Dans son rapport, l'experte rhumatologue indique que l'assurée précise notamment avoir commencé à souffrir de douleurs du dos, particulièrement de cervicalgies, en 2013 à la suite d'une chute, que ces douleurs s'étaient par la suite améliorées pour réapparaître de manière plus importante en irradiant dans tout l'hémicorps gauche, un premier examen IRM n'ayant montré que de l'arthrose, puis un deuxième en 2016 ayant objectivé des hernies discales, et un troisième, après une brusque aggravation des cervicalgies en 2019, ayant révélé que les deux hernies discales C5/C6 et C6/C7 s'étaient agrandies et coïnciaient des nerfs. Toujours selon les propos de l'assurée retranscrits par l'experte, ses douleurs cervicales sont permanentes tant diurnes que nocturnes, la réveillant la nuit, et dès le début 2016, des douleurs lombaires sont apparues. La spécialiste a ensuite procédé à des anamnèses détaillées sur

les plans familial, social, scolaire et professionnel. Après avoir posé des diagnostics précis (en substance: cervico-brachialgies de type C7 sur notamment hernies discales [ch. M50.1 CIM-10], lombalgies chroniques sur discopathie sans signe de compression [ch. M54.5 CIM-10], fibromyalgie [ch. M69 CIM-10], hyperlaxité ligamentaire bénigne [ch. M25.2 CIM-10], hallux valgus bilatéral [ch. M201 CIM-10, status post stabilisation cheville gauche ([ch. Z92.4 CIM-10]), elle résume l'évolution personnelle, professionnelle et de la santé de l'assurée, y compris la situation psychique, sociale et médicale actuelle. Dans son évaluation, la spécialiste confirme en substance que l'IRM du 14 novembre 2019 a mis en évidence une nette péjoration des protrusions discales C5/C6 et C6/C7 avec sténose canalaire centrale marquée, compression médullaire antéro-latérale droite C5/C6 et antéro-latérale gauche C6/C7 sans signe de myélopathie, mais entraînant une radiculopathie C7 à gauche; elle estime dès lors qu'une incapacité de travail de 30% dans l'ancienne activité est justifiée depuis cette date en raison des douleurs et de la fatigue que cela entraîne. Elle précise encore que l'évolution de la situation dépendra des mesures thérapeutiques instaurées au niveau neurochirurgical. En conclusion, elle retient une capacité de travail complète de l'assurée dans l'ancienne activité d'infirmière en psychiatrie à domicile du 1<sup>er</sup> juin 2017 au 1<sup>er</sup> novembre 2019, et de 70% depuis lors. Selon elle, une activité adaptée quasi sédentaire peut être réalisée à 90%, la réduction de 10% s'expliquant par les douleurs chroniques et ceci depuis toujours.

**4.3.4.2** Dans son rapport spécialisé, l'experte psychiatre a diagnostiqué un épisode dépressif sévère à moyen sans symptômes psychotiques (ch. F32.2 CIM-10). Après avoir décrit en détail le déroulement de l'entretien personnel avec l'assurée et l'anamnèse de celle-ci, la spécialiste a notamment relevé dans son évaluation que l'état dépressif constaté est présent depuis fin 2017, après avoir été précédé d'une période d'anorexie et d'épuisement, avec une hospitalisation initiale de trois semaines puis un suivi ambulatoire actuel de trois fois par mois chez le psychiatre traitant et un traitement médicamenteux adapté. Elle indique que l'assurée, après avoir passé une enfance et une scolarité sans difficultés, a terminé sa formation en tant qu'infirmière et a travaillé jusqu'en 1999 en tant que telle dans le pays où elle est née, puis a poursuivi en soins généraux après avoir obtenu une équivalence en Suisse

jusqu'en 2008, pour s'orienter ensuite vers les soins psychiatriques et débiter en 2011, durant une période de chômage, des études de psychologie par correspondance, qu'elle n'avait pas pu terminer à ce jour. La praticienne relate aussi que l'histoire personnelle de l'assurée était marquée par un viol dans une situation de guerre puis une fuite en Suisse avec son mari et deux enfants, où ils ont été accueillis comme réfugiés. Elle poursuit en relevant que l'intéressée est en incapacité de travail depuis septembre 2017 en raison d'une dépression sévère encore présente et d'une anorexie atypique actuellement résolue, et qu'une expertise psychiatrique réalisée en novembre 2018 pour l'assurance perte de gain en cas de maladie estimait son état comme sévère avec une incapacité de reprise dans l'immédiat et une réévaluation recommandée trois mois plus tard. Selon l'experte, l'évolution au moment de son examen est très légèrement favorable et la reprise d'une activité est à encourager dès que l'état de la patiente le lui permettra, probablement trois à six mois plus tard, le milieu psychiatrique pouvant toutefois s'avérer initialement trop confrontant dans sa condition fragilisée, son traitement étant par ailleurs encore actuellement très lourd pour une reprise à plein temps. Dans son évaluation de la cohérence et de la plausibilité de la situation de la patiente, l'experte relève en substance que celle-ci se décrit comme très déprimée et sans élan vital avec des difficultés attentionnelles et des douleurs importantes à la nuque, et qu'on peut se poser la question de savoir comment elle arrive à conduire une voiture seule sur une relativement longue distance, surtout sous traitement de benzodiazépines. La spécialiste remarque que la conduite automobile devrait être proscrite à l'assurée actuellement; elle ajoute que le discours de l'assurée est souvent plaqué, récité et qu'elle décrit des symptômes que l'on retrouve fréquemment chez les patients psychiatriques souffrant de troubles de la personnalité, de telle sorte que l'on peut se poser la question de l'influence du contact avec le monde de la psychiatrie ces dernières années. L'experte psychiatre décrit aussi les capacités, les ressources et les difficultés de l'assurée en indiquant qu'elle parle et comprend couramment le français, dispose d'un diplôme d'infirmière, profession qu'elle a exercée avec succès durant de nombreuses années avec un surinvestissement professionnel, qu'elle est capable de contacts, bien qu'actuellement un retrait social soit présent, et qu'elle a de bonnes capacités d'organisation, également actuellement partiellement mises à mal

en raison de son état. S'agissant de la capacité de travail de la recourante, l'experte est d'avis que du point de vue psychiatrique, une reprise d'activité est actuellement prématurée dans son activité habituelle et dans toute activité adaptée, et ce depuis mars 2018, date de son hospitalisation dans une clinique de réadaptation. Elle ajoute néanmoins qu'un état dépressif ne constitue pas une incapacité de travail pérenne et qu'une reprise d'activité à 50% est à prévoir dès avril ou mai 2020, puis à 100% selon l'évolution.

**4.3.4.3** Dans le rapport spécialisé relatif à la médecine interne, l'expert, après avoir lui aussi établi une anamnèse détaillée, déclare ne pas pouvoir poser de diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail de l'assurée, et que celle-ci dispose depuis toujours d'une pleine capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici et dans toute activité correspondant à ses aptitudes. Comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il énumère des status post-(trois)césariennes, post-cystopexie (2007) et post-blépharoplastie esthétique (2018), un reflux gastro-oesophagien, un tabagisme actif et un prurigo. Il ne retrouve pas de lymphœdème.

**4.3.4.4** Pour sa part, l'expert en pneumologie diagnostique une bronchite chronique tabagique avec bronchiolite et emphysème centro-lobulaire ainsi qu'un syndrome des apnées du sommeil de degré léger, non appareillé. Dans son appréciation, il déclare que l'assurée bénéficie d'une formation professionnelle dans le domaine infirmier dans lequel elle a longtemps travaillé, mais qu'elle ne dispose cependant d'aucune autre compétence et que son réseau social semble très limité, vu la perte de contact avec ses enfants, sa famille et son ex-mari. Il relève qu'elle n'a actuellement aucune motivation pour une activité quelconque, se sent très dévalorisée du fait qu'elle ne peut plus travailler, souhaite reprendre le même travail mais ne s'en sent pas la force. S'agissant de la capacité de travail, le pneumologue estime que sur le plan respiratoire, la capacité de travail comme infirmière ou dans une activité adaptée est entière et que les limitations concernent la capacité à effectuer des efforts physiques, essentiellement en raison de la faiblesse musculaire.

**4.3.4.5** Dans leur évaluation médicale interdisciplinaire consensuelle, les experts résument de manière détaillée l'histoire de la patiente et son anamnèse sur les différents plans en présence. Ils opèrent ensuite une

synthèse des constatations médicales effectuées dans les différentes disciplines médicales examinées et énumèrent les diagnostics qui en découlent, tels que déjà relevés plus haut. Sur le plan somatique, ils retiennent les limitations fonctionnelles suivantes: changements de position possibles, pas de position prolongée ou de mouvement itératif contraignant pour le rachis cervical en flexion/rotation/inclinaison de la nuque, pas de port de charge itératif de plus de 2.5 à 5 kg, pas de travail des membres supérieurs au-dessus de l'horizontal. En raison de l'hyperlaxité, pas de travail physique contraignant pour les articulations ni de mouvements répétitifs des articulations. En raison du status post-stabilisation de la cheville et de la tendance de l'expertisée à se faire des entorses, pas de longs déplacements, surtout sur terrain inégal, ni de travail en hauteur. Enfin, pas d'efforts physiques. Sur le plan psychique, les experts retiennent comme limitations fonctionnelles des difficultés à gérer le stress, une perte d'élan vital, des difficultés à se concentrer, de l'asthénie et de la fatigabilité. Dans leur contrôle de cohérence pluridisciplinaire, les experts reprennent le constat qu'il existe un contraste entre la description absolument atroce faite par la patiente de la douleur cervicale irradiant dans le membre supérieur gauche depuis deux à trois semaines et l'amélioration "miraculeuse" spontanée constatée au bout de dix minutes d'entretien. Ils décrivent aussi une incohérence entre la description des douleurs et la réalisation des tests neurologiques au cours de l'examen, qui sont effectués sans réelle difficulté, et indiquent que l'expertisée laisse une impression de bizarrerie, passant du rire aux larmes et à un regard très fixe. Sur le plan pulmonaire, ils expliquent que la description des symptômes par l'assurée est vague et monotone et ne concorde pas avec le résultat des mesures fonctionnelles effectuées en octobre 2019, et relèvent donc une discordance entre les mesures objectives et les plaintes étant très probablement due à la présence de facteurs extra-pulmonaires tels que la dépression, le déconditionnement et l'asthénie musculaire. Au niveau ostéo-articulaire, la cohérence est conservée d'après les experts, mais ils remarquent une majoration de l'intensité de la symptomatologie et des limitations fonctionnelles qui en découlent. Sur le plan psychique, ils relèvent notamment que l'expertisée adopte un discours souvent plaqué, récité, qu'elle décrit des symptômes que l'on retrouve fréquemment chez des patients psychiatriques souffrant de troubles de la personnalité, notamment de ne pas se sentir comprise, que ses besoins ne

sont pas entendus et qu'on peut se poser la question de l'influence du contact avec le monde de la psychiatrie.

S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, les experts retiennent sur le plan somatique une incapacité de travail actuelle de l'assurée dans son activité habituelle d'infirmière en psychiatrie de 30% depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019 en raison des troubles cervicaux et de la radiculopathie C7 à gauche, compte tenu des nombreux transports à effectuer pour visiter les patients, tant en voiture qu'à pied, et déclarent que cette capacité de travail doit être réévaluée au prorata des résultats de la thérapie qui sera appliquée en neurochirurgie. Sur le plan rhumatologique, ils admettent néanmoins qu'une activité quasi sédentaire, comme infirmière en psychiatrie, sans transports en voiture ni ports de charge, peut être réalisée à 90%, retenant 10% d'incapacité de travail en raison des douleurs chroniques, et ceci depuis toujours, sauf pendant la période d'incapacité de travail due au problème de la cheville gauche. Sur le plan psychiatrique, les experts concluent toutefois à une incapacité de travail complète dans son activité habituelle et toute activité adaptée depuis mars 2018 pour des raisons psychiques et estiment qu'une reprise d'activité devrait être possible pour l'assurée à 50% dès le 1<sup>er</sup> avril 2020, au plus tard dès le 1<sup>er</sup> mai 2020, et que la situation devra être réévaluée au prorata de l'évolution psychique d'une part et des résultats obtenus sur le problème algique cervical d'autre part.

## **5.**

**5.1** Dans une synthèse du 24 août 2017 établie par le SMR compétent à l'époque de la première demande de prestations AI, il était principalement question de diagnostics concernant les entorses à répétition de la cheville gauche sur hyperlaxité et les séquelles, après plastie, de la chute du 3 mars 2016. Comme pathologies associées du ressort de l'AI était mentionné un trouble de l'adaptation dans les suites de l'opération avec importante perte pondérale. En tant que facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI étaient évoqués un emphysème post-tabagique diffus bilatéral, un possible syndrome fibromyalgique, des cervicalgies et lombalgies dans le cadre de troubles sur discopathies dégénératives sans conflit disco-radiculaire ni

myélopathie. Le terme mis à la rente allouée suite à la première demande de prestations AI résultait de la reprise de l'ancienne activité lucrative. Les atteintes potentielles n'ont donc pas été investiguées plus. Les diagnostics somatiques et psychiques détériorés qui ont été posés et l'incapacité de travail qui a de nouveau été attestée (voir c. 4.3: en particulier l'évolution des hernies cervicales avec radiculopathie et la pathologie dépressive sévère) depuis la décision du 2 février 2018 correspondent à des modifications susceptibles de faire renaître un droit à une rente. A la question spécifique qui leur a été posée dans ce contexte, les experts ont du reste explicitement admis d'importants changements, pas sur le plan ventilatoire certes, mais s'agissant de l'augmentation de la dyspnée, surtout de la perte pondérale de 30 kg au cours des cinq dernières années, de la situation du rachis cervical révélée par l'examen IRM du 14 novembre 2019 et de l'état dépressif majeur diagnostiqué depuis mars 2018 et confirmé en novembre 2019 par une expertise psychiatrique organisée par l'assureur perte de gain en cas de maladie. C'est donc à raison que l'Office AI Berne a implicitement admis qu'une modification notable de l'état de fait était donnée (voir c. 2.4 et 4.1) et a poursuivi son examen du droit à la rente tant sous l'angle des faits que du droit de manière complète, c'est-à-dire en tenant compte du spectre entier des éléments déterminant le droit à la prestation, ainsi qu'avec un regard neuf et sans être lié à de précédentes estimations de l'invalidité (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; SVR 2019 IV n° 39 c. 5). Il appartient au TA de faire de même (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1).

**5.2** Préalablement, il convient de fixer le début de la période sur laquelle doit porter l'examen. Hormis l'irrecevabilité déjà évoquée au c. 1.2, un droit à une rente ne pourrait, en l'occurrence, de toute façon, pas naître avant l'échéance du délai de six mois à compter de l'introduction de la demande de prestations, donc pas avant le 1<sup>er</sup> juillet 2019 (art. 29 al. 1 et 3 LAI). A cette date, en admettant que l'incapacité de travail justifiant la deuxième demande soit d'origine différente de celle à la base de la première (art. 29<sup>bis</sup> du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'AI [RAI, RS 831.201]), le délai d'attente d'un an de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (voir c. 2.3) avait aussi expiré, que l'on considère que l'incapacité de travail a commencé le 14 septembre 2017 (c. 4.3.2) ou en mars 2018 (expertise). Il en résulte que le recours, dans la

mesure où il tend à l'octroi d'une rente avant le 1<sup>er</sup> juillet 2019 doit être rejeté dans la mesure où il n'est pas irrecevable.

## **6.**

**6.1** La recourante ne conteste l'expertise effectuée les 18 et 19 décembre 2019 dont les résultats ont été rendus le 22 janvier 2020 qu'en rapport avec l'évaluation trop optimiste à ses yeux de la capacité de travail somatique (rhumatologique) de 70% dans l'ancien emploi et de 90% dans une activité mieux adaptée. L'intimé défend le caractère probant de l'expertise qu'il a organisée mais s'éloigne de l'estimation de la capacité de travail émanant de l'experte en psychiatrie, qui détermine par ailleurs le résultat global consensuel, à savoir une incapacité de travail totale depuis mars 2018 susceptible de se réduire à 50% dès avril ou mai 2020.

**6.2** Formellement, les experts dont les qualifications médicales ne sauraient être mises en doute (et ne le sont du reste pas), ont situé les motifs et circonstances de l'expertise, ont rapporté soigneusement les résultats de leurs examens systématiques de la recourante, ont retranscrit ses plaintes et attentes subjectives (spontanées et dirigées), son anamnèse détaillée (familiale, sociale et professionnelle), ainsi que résumé l'ensemble des documents médicaux au dossier. Ils ont énoncé leurs résultats et appréciations, répondu aux questions, également quant à l'évolution de la situation depuis la dernière décision, et fourni des informations sur les points nécessaires pour l'analyse selon les indicateurs (voir c. 2.2). Aucun élément ne permet non plus de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise (sur la valeur probante d'un rapport médicale voir: ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a). Sur le plan matériel, les experts ont aussi rempli leurs tâches spécifiques et exclusives, à savoir essentiellement poser un diagnostic et décrire l'incidence fonctionnelle des atteintes à la santé constatées (voir c. 2.5). Pourtant, dans leur compréhension d'ensemble, les informations livrées par le rapport d'expertise ne permettent pas en l'espèce de trancher la question des droits litigieux de manière sûre et sont empreintes de contradictions que les organes d'application du droit ne peuvent en l'état résoudre.

**6.3** Lorsque des troubles psychiques entrent en considération (la jurisprudence concernant d'abord uniquement les troubles psychosomatiques a été étendue à l'ensemble des atteintes psychiques: ATF 143 V 409 et 418, 141 V 281 c. 5.2.2), l'appréciation des limitations fonctionnelles inhérentes à l'atteinte à la santé (et pas à d'autres causes bio-sociales étrangères à l'invalidité) et de la mesure, sous l'aspect de l'exigibilité (voir c. 2.2), de la capacité de travail et de gain de la personne assurée doit inclure et peser des informations non seulement de caractère strictement médico-théorique (diagnostics et leurs implications fonctionnelles selon l'expérience médicale), mais aussi d'autres constatations de faits (relevant de domaines de la vie ou d'activités, par exemple des comportements durant les loisirs ou des engagements familiaux). L'appréciation de la capacité de travail par le médecin n'a pas de valeur probante si, contrairement à la pratique constante au sujet des syndromes douloureux sans constat de déficit organique (ATF 141 V 281 c. 4.4.1; ATF 130 V 352), elle n'inclut pas de tels indices (ATF 140 V 290 c. 3.3.2). Les spécialistes en psychiatrie doivent donc proposer leur évaluation de la capacité de travail résiduelle en fonction d'une procédure d'établissement des faits structurée. Sur un premier niveau, il convient de vérifier s'il existe des motifs excluant une atteinte assurée tels que des discordances manifestes entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, des allégations d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, l'absence de demande de traitement, ou lorsque les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée (ATF 127 V 294 c. 5a), les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 c. 2.2 et 2.2.1, SVR 2016 IV n° 25 c. 6). A défaut de motifs d'exclusion, sur un second niveau, il convient de prendre en considération des indicateurs standards classés selon leurs caractéristiques communes, qui sont répartis dans les catégories "degré de gravité fonctionnel" et "cohérence" (ATF 141 V 281 c. 3.6 c. 4.1.3, 4.3 et 4.4).

**6.4** Il est vrai que l'appréciation de la capacité de travail, en particulier psychique, des experts médicaux n'a valeur que de proposition pour les

organes d'application du droit, qui ont la tâche de contrôler le point de savoir si les médecins ont respecté le cadre normatif déterminant, c'est-à-dire s'ils ont exclusivement tenu compte de déficits fonctionnels qui découlent d'une atteinte à la santé, et si leur appréciation de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée (art. 7 al. 2 LPGA; ATF 143 V 409 et 418, 141 V 281 c. 5.2.2). Une évaluation parallèle détachée de l'appréciation médicale qui interviendrait en vertu d'un meilleur savoir juridique n'est toutefois pas autorisée. Il faut bien davantage se demander dans le cadre de l'appréciation des preuves si les limitations fonctionnelles constatées médicalement apparaissent à un degré (à tout le moins) de vraisemblance prépondérante univoques et concluantes au vu du cadre normatif applicable (ATF 145 V 361 c. 3.2.2, 144 V 50 c. 4.3).

**6.5** Or, en l'espèce, l'expertise pluridisciplinaire décrit certaines ressources personnelles non négligeables et surtout toute une série d'incohérences, notamment: plaintes de douleurs essentielles s'améliorant miraculeusement au bout de 10 minutes, ne correspondant pas aux résultats des tests et examens, dépeintes de façon vague ou majorée; discours récité ainsi qu'impression donnée bizarre du fait d'un comportement passant du rire aux larmes, avec un regard très fixe; conduite automobile pendant 60 minutes en contradiction avec les empêchements physiques et psychiques et le traitement prétendus; décision irréaliste d'entreprendre de longues études ayant déstabilisé la carrière professionnelle (dos. AI 45.1/7-8); présence de signe de non-organicité de Waddell (dos. AI 45.2/8); compliance médicamenteuse douteuse et absence de passage au laboratoire pour une analyse (dos. AI 45.3/5-6). Même si parfois les organes d'application de l'AI s'éloignent finalement de l'appréciation des experts, le rôle de ces derniers reste essentiel et consiste à fournir, au sens d'une proposition à vérifier, un avis tranché expliquant pourquoi ils estiment qu'une capacité de travail exigible subsiste ou non au vu de l'ensemble de leurs constatations. En l'espèce, l'expertise du 22 février 2020 ne tranche pas et ne permet pas de trancher entre toutes les évaluations qui y sont proposées. Or celles-ci vont de l'incapacité de travail totale depuis mars 2018, du fait de l'évaluation psychique qui est censée représenter le handicap déterminant (sans qu'on puisse comprendre pourquoi les incohérences constatées par les experts n'influent pas sur l'intensité de l'évaluation des restrictions

fonctionnelles), à une capacité de travail dans un emploi adapté de 90%, voire même de 100% (si les 10% d'incapacité justifiés par les douleurs chroniques sont interprétés comme découlant de troubles somatoformes, pendants du diagnostic rhumatologique de fibromyalgie), dans l'hypothèse où il y aurait lieu de nier tout caractère invalidant à l'incapacité psychique proposée du fait des ressources, exagérations et incohérences. En outre, le pronostic (posé en décembre 2019) selon lequel l'incapacité de travail psychique va se réduire à 50% dès avril ou mai 2020, avec l'unique motivation qu'un état dépressif ne constitue pas une incapacité de travail pérenne, accentue encore l'ambiguïté des conclusions des experts. En effet, si l'on doit comprendre qu'un simple déconditionnement fait obstacle à une reprise d'activité, cet état surmontable permettrait aussi en soi d'arriver à un taux de 50% à considérer (principe d'exigibilité) comme recouvré bien avant les examens des experts de décembre 2019, par exemple en février-mars 2019 comme le suggérait l'expert mandaté en novembre 2018 par l'assureur perte de gain de l'employeur. En présence de données aussi disparates, choisir l'une des évaluations pouvant être déduites de l'expertise sans pouvoir s'appuyer sur un raisonnement médical d'un spécialiste ayant examiné l'assurée dépasse nettement les compétences décisionnelles des organes d'application du droit. Le savoir médical est indispensable pour élaborer un avis raisonné sur les points délicats de l'exclusion voire, au second niveau, pour apprécier la capacité de travail en fonction des indicateurs standards des catégories "degré de gravité fonctionnel" et "cohérence" de l'analyse structurée développée par la jurisprudence (voir c. 6.3). Ce raisonnement médical, sur lequel doit porter le contrôle de l'Office AI, voire du juge en cas de recours, ne figure pas dans l'expertise ici en cause. En l'occurrence, les experts médicaux n'ont pas dûment étayé les motifs d'ordre médico-psychiatrique qui les amènent à considérer que l'ensemble de leurs constatations sont de nature à limiter sous un angle qualitatif, quantitatif et temporel les aptitudes fonctionnelles ainsi que les ressources psychiques de l'assurée. Ils n'ont pas veillé à prendre en considération – pour permettre de comparer, rendre plausible et contrôler leur résultat – les autres activités personnelles, familiales et sociales de la recourante (voir aussi quant aux rôles respectifs des médecins et organes d'application du droit: ATF 145 V 361 c. 4.3). Leur estimation de l'incapacité de travail n'est ni justifiée de manière suffisante ni rendue crédible et n'est

donc pas assez aboutie pour un contrôle (juridique selon le cadre normatif) sous l'angle des indicateurs déterminants.

**6.6** Eu égard à ce qui précède, l'intimé ne pouvait pas tabler sur le rapport d'expertise du 22 janvier 2020 en lui reconnaissant un caractère probant. Le refus de rente qu'il a fondé sur cette expertise doit être annulé et la cause doit lui être renvoyée afin qu'il requière des éclaircissements et explications supplémentaires sur les conclusions des experts, voire qu'il organise un complément d'expertise (avec nouvel examen de la recourante). L'intimé veillera à ce que les conclusions des experts (en particulier celles du domaine de la psychiatrie, en incluant toutefois aussi la fibromyalgie diagnostiquée sur le plan somatique) discutent les exagérations et incohérences qu'ils ont eux-mêmes mises en évidence. Le cas échéant, l'intimé les confrontera aussi aux autres constatations de faits contrastées qui le surprenne telles celles qu'il a déjà relevées dans sa décision et sa réponse au recours (notamment: capacités qu'avait démontrées la recourante pour faire reconnaître son diplôme étranger en Suisse et par la suite mener de front son emploi et des études à distance; résistance suffisante pour mener plusieurs entretiens d'expertise dans la même journée; capacités sociales permettant à la recourante d'effectuer des achats, de nouer des contacts [retrait social relatif], d'organiser son quotidien et d'emprunter les transports publics; polysymptomatologie qui pendant longtemps n'a pas été incapacitante). En outre, des précisions relatives aux éventuelles fluctuations de la capacité de travail sont indispensables pour fixer l'éventuel délai d'attente et couvrir toute la période où un droit à une rente pourrait naître (voir c. 5.2) jusqu'à la date de la nouvelle décision à rendre. La problématique de l'amélioration pronostiquée dans l'expertise et son exigibilité devra donc aussi être abordée.

**6.7** En l'espèce, on se trouve en présence d'une instruction lacunaire (expertise dont les résultats sont insuffisamment motivés) qu'il convient de faire compléter par une prise de position tranchée sur des points déjà abordés par les experts. Le renvoi à l'Office AI pour instruction des points litigieux se justifie pleinement, dès lors qu'il touche à des questions qui n'ont pas du tout été éclaircies par l'assureur social. Il est d'ailleurs à juste titre requis par la recourante dans sa conclusion subsidiaire. Une instruction au

niveau du TA violerait le droit d'être entendue de celle-ci et la priverait d'une instance de décision (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4); elle aurait pour conséquence en outre de restreindre les investigations à mener à la date de la décision présentement contestée.

## **7.**

**7.1** Au vu de ce qui précède, le recours, dans la mesure où il n'est pas irrecevable ou rejeté (voir c. 1.2 et 5.2), doit être admis, la décision contestée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

**7.2** Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne, qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et art. 108 al. 1 et 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

**7.3** L'annulation cassatoire de la décision équivaut à un gain de gain de cause (ATF 137 V 57 c. 2.1). Les irrecevabilité et rejet partiels quant à la naissance potentielle d'un droit à la rente n'ont pas influencé l'ampleur de la procédure et ne justifient pas une réduction des dépens eu égard au gain de cause correspondant à la conclusion subsidiaire du recours (SVR 2016 IV n° 12 c. 5; TF 9C\_580/2010 du 16 novembre 2010 c. 4.1). La recourante étant représentée par un mandataire professionnel, elle a droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires de son mandataire du 14 août 2020, 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 comparables, sont fixés à un montant de Fr. 2'100.15 (honoraires: Fr. 1'890.-; débours: Fr. 60.-; TVA: Fr. 150.15).

**7.4** Vu l'issue de la procédure, la demande d'assistance judiciaire devient sans objet et doit être rayée du rôle du TA.

**Par ces motifs:**

1. Le recours, dans la mesure où il tend à l'octroi d'une rente avant le 1<sup>er</sup> juillet 2019, est rejeté en tant qu'il est recevable. Pour le surplus, il est admis et la décision contestée 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 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. 2'100.15 (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. La requête d'assistance judiciaire 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,et communiqué (A):
  - à la Caisse de pension G. \_\_\_\_\_,
  - aux Fondations H. \_\_\_\_\_.

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).