

200.2020.727.AI

N° AVS
ANP/REN

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

Jugement du 26 septembre 2021

Droit des assurances sociales

C. Tissot, présidente
A.-F. Boillat et M. Moeckli, juges
P. Annen-Etique, greffière

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 17 août 2020



En fait:

A.

A l'issue de sa scolarité obligatoire, A. _____, née en 1959, célibataire et mère d'un enfant adulte, a, selon ses propres indications, passé son baccalauréat et fréquenté un institut supérieur de commerce, avant de travailler comme secrétaire puis gérante d'un petit café dans son pays d'origine. Arrivée en Suisse en juillet 2007, elle a été hospitalisée dans le courant 2009 dans un établissement psychiatrique, puis a bénéficié d'un suivi de fin 2009 à début 2010 auprès d'une clinique psychiatrique de jour. Elle s'est ensuite formée comme aide-soignante et a été engagée en cette qualité dès le 20 décembre 2010 (à un taux de 80%), avant de perdre son emploi à fin juillet 2014 en raison d'une période prolongée d'incapacité de travail liée, notamment, à une opération cervicale pratiquée le 6 juin 2014. Courant juillet 2014, elle s'est annoncée à l'assurance-invalidité (AI) en invoquant des problèmes d'ordre psychique (dès 2007) et physique (à partir de 2013). Une communication AI pour détection précoce a eu lieu le même mois par l'employeur d'alors.

B.

A réception de la demande AI datée du 4 juillet 2014, l'Office AI Berne a recueilli l'appréciation (actualisée par la suite) des psychiatre et généraliste traitants. A l'automne 2014, l'assurée a effectué un premier séjour de réadaptation psychosomatique. Des expertises ont été établies les 10 décembre 2014 et 14 février 2015 sur les plans psychique et rhumatologique à l'instigation de l'assurance ayant indemnisé la perte de gain pour maladie. L'expert psychiatre mandaté en 2014 a réexaminé l'intéressée et a rendu une nouvelle expertise datée du 8 juillet 2015. En possession de l'avis de son service médical régional (SMR), l'Office AI, après avoir informellement nié début septembre 2014 le droit à des mesures professionnelles, a accordé à l'assurée un entraînement à l'endurance du 28 septembre au 20 décembre 2015, puis un entraînement progressif au travail du 21 décembre 2015 au 20 mars 2016 (mesure

prolongée jusqu'au 12 juin 2016). Ensuite de l'interruption du second entraînement au 17 mai 2016, ce même office a mis fin le 19 juillet 2016 aux mesures professionnelles.

C.

L'Office AI s'est ultérieurement enquis de l'avis de la clinique de réadaptation psychosomatique et de l'établissement psychiatrique ayant à nouveau accueilli l'assurée, respectivement à l'automne 2016 (puis deux ans plus tard) et de mi-novembre 2017 à début 2018. Une expertise bidisciplinaire (psychiatrique/rhumatologique) a été établie le 1^{er} avril 2019, à l'instar d'enquêtes pour l'allocation d'impotence et le ménage en date des 25 septembre et 8 octobre 2019. En raison d'objections contre un refus provisoire de rente étayées par des rapports de la psychiatre et du (nouveau) généraliste traitants, l'Office AI a recueilli un complément du 23 mars 2020 à l'expertise précitée (complément traduit en français, à l'instar du volet psychiatrique de l'expertise). Par décision du 19 juin 2020 (rendue après due préorientation), une allocation pour impotent de degré faible a été allouée à l'assurée dès avril 2018. En possession d'une prise de position de son service des enquêtes (SE), l'Office AI a formellement entériné le 17 août 2020 son préavis négatif de rente sur la base d'un statut mixte de 80%/20% (activité lucrative/ménage).

D.

En date du 17 septembre 2020, l'assurée, assistée du mandataire qui la représentait déjà en procédure de préorientation, a contesté la décision AI précitée devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) en concluant à l'annulation de celle-ci, principalement à l'octroi au minimum d'un quart de rente d'invalidité et, à titre subsidiaire, au renvoi du dossier à l'Office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a par ailleurs requis l'octroi de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Le 6 octobre 2020, elle a déposé une formule d'assistance judiciaire remplie en bonne et due forme. Dans sa réponse du 5 novembre 2020,

l'intimé a conclu au rejet du recours, à ce que les frais de procédure soient mis à la charge de la recourante et à ce qu'il ne soit pas alloué de dépens à cette dernière. Les parties ont répliqué et dupliqué les 18 décembre 2020 et 8 janvier 2021 (moyennant production, par la recourante, de nouvelles pièces médicales). Le mandataire de l'assurée a transmis au TA sa note d'honoraires datée du 15 janvier 2021.

En droit:

1.

1.1 La décision du 17 août 2020 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie à la recourante le droit à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision, à titre principal sur l'octroi à tout le moins d'un quart de rente d'invalidité et subsidiairement sur le renvoi du dossier à l'Office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sont critiquées les bases médicales de l'expertise bidisciplinaire ayant servi à l'évaluation du degré d'invalidité de l'assurée.

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 fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 15, 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 Le 1^{er} janvier 2018 est entré en vigueur le nouvel art. 27^{bis} al. 2 à 4 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) introduisant un nouveau mode d'évaluation de l'invalidité pour les personnes travaillant à temps partiel. Jusqu'au 31 décembre 2017, l'ancienne réglementation s'appliquait, la nouvelle réglementation n'ayant donc pas d'effet rétroactif. Sous l'angle de la procédure, la modification du RAI constitue un motif de révision à prendre en compte dès le 1^{er} janvier 2018 (voir à ce sujet aussi: lettre circulaire AI n° 372 du 9 janvier 2018 établie par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS]).

D'après l'art. 28a al. 3 LAI (jusqu'à fin 2007: anc. art. 28 al. 2^{ter} LAI), lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI (jusqu'à fin 2007: anc. art. 28 al. 2^{bis} LAI) pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts de l'activité lucrative ou du travail non rémunéré dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; ensuite, le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (méthode dite "mixte" d'évaluation de l'invalidité; ATF 144 I 21 c. 2.1, 142 V 290 c. 4; jusqu'à fin 2007: anc. art. 28 al. 2^{bis} LAI). Dans le cadre de la méthode mixte (art. 28a al. 3 LAI), l'activité lucrative et les travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires, en ce sens que ce qui ne constitue pas une activité lucrative appartient à la tenue du ménage. En d'autres termes, les deux domaines ensemble représentent en règle générale une valeur de 100%. Par conséquent, la part consacrée au ménage ne doit pas être déterminée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Le temps que l'assuré prend pour les travaux ménagers ne s'avère pas non plus décisif. Le fait que la

taille du ménage ne représente pas un critère déterminant vaut également à l'égard des assurés qui travaillent exclusivement dans le ménage, dont les tâches habituelles sont ainsi toujours, conformément à la jurisprudence, évaluées à 100% (ATF 141 V 15 c. 4.5).

2.2 L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA).

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.

2.3 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (cf. art. 16 LPGA).

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

contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a). 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).

3.

3.1 Dès l'abord, l'on précisera que ni le statut mixte de 80%/20% (activité lucrative/ménage) reconnu à l'assurée, ni la part d'empêchements de 19.60% admise dans les travaux ménagers (taux d'incapacité s'élevant à 3.92% après pondération) ne sont litigieux. A mesure qu'aucun élément au dossier ne permet de douter de la fiabilité de ces éléments constitutifs du calcul de l'invalidité, il n'y a pas lieu de s'en écarter.

3.2 A l'appui de sa décision contestée (la prise de position des 1/2 juillet 2020 de son SE en faisant partie intégrante) et de sa réponse, l'Office AI indique se rallier à l'expertise bidisciplinaire du 1^{er} avril 2019 (y compris son complément du 23 mars 2020) qu'il considère comme "suffisamment complète et claire" pour qu'on lui reconnaisse une force probante entière. Sur ces bases, il retient que l'assurée dispose d'une capacité de travail à 80% dans une activité idéalement profilée pour ses handicaps, ce qui exclut selon lui la dernière activité d'aide-soignante. Vu le statut mixte retenu et les changements intervenus au 1^{er} janvier 2018 dans la méthode y afférente du calcul de l'invalidité, l'intimé évalue celle-ci avant et après la modification législative concernée et parvient, sur ces bases, à un degré d'invalidité global (avec handicaps ménagers) et pondéré (d'après le statut mixte fixé) de 4% dès le 1^{er} janvier 2015 (échéance du délai d'attente d'une

année) et de 20% à partir du 1^{er} janvier 2018. Il en conclut que la demande de rente AI doit être rejetée.

Dans son recours et sa réplique, la recourante conteste les tenants de l'expertise du 1^{er} avril 2019 qu'elle estime contredits par l'appréciation de ses médecins praticiens et les constatations rendues dans le cadre des mesures professionnelles. Elle fait grief à l'intimé de ne pas avoir instruit ce dernier aspect, ni d'avoir levé les contradictions qui apparaissent lors de la confrontation de cette évaluation bidisciplinaire avec les conclusions des experts psychiatre et rhumatologue mandatés en 2014 et/ou 2015. Si elle dénie également toute valeur probante à ces expertises originelles (lesquelles auraient sous-estimé la gravité de sa situation médicale), elle oppose à l'intimé que celles-ci lui reconnaissent en tout état de cause une capacité de travail limitée à 50% dans un emploi idéalement profilé et que cette estimation aurait donc débouché sur une invalidité suffisante pour l'octroi d'au moins un quart de rente. De son avis, les nouveaux rapports médicaux produits avec sa réplique confirment les incohérences de l'expertise bidisciplinaire de 2019.

3.3 En procédure de recours, l'assurée a produit des rapports médicaux des 21 octobre et 4 novembre 2020 émanant de la clinique de réadaptation psychosomatique où elle a une nouvelle fois séjourné du 1^{er} au 26 septembre 2020, un rapport établi le 25 novembre 2020 par sa psychiatre traitante, ainsi qu'un courrier (non daté) de son infirmière en psychiatrie traitante sollicité par son mandataire et parvenu courant novembre 2020 à ce dernier (dossier recourante [dos. rec.] 4 à 6). En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie la légalité de la décision attaquée d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, à moins que les nouveaux rapports médicaux invoqués soient de nature à influencer sur l'appréciation au moment où la décision attaquée a été prononcée (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Il est indéniable que le dernier séjour hospitalier ayant eu lieu du 1^{er} au 26 septembre 2020 se situe hors objet de la présente contestation et qu'il ne peut en être ainsi tenu compte. Pour autant, les rapports médicaux précités des 21 octobre et 4 novembre 2020 se référant à cette hospitalisation ne sauraient être d'emblée écartés par le tribunal de céans, dès lors qu'ils contiennent certaines informations utiles

quant à la situation qui prévalait déjà avant le prononcé de la décision litigieuse. La même conclusion s'impose à l'égard des autres rapports ci-dessus produits par la recourante. Dans ces limites temporelles, il y aura lieu dès lors de prendre en considération l'ensemble de ces documents dans le cadre de l'appréciation des preuves (c. 4 et 5 infra).

4.

Les sources suivantes se prononcent sur la situation médicale et la capacité de travail offerte.

4.1 Plusieurs médecins et spécialistes ont d'abord été consultés au cours du suivi médical régulier de la recourante.

4.1.1 L'assurée a séjourné une première fois du 5 mars au 20 juillet 2009 au Centre C._____ (ci-après: Centre C._____). Dans son rapport de sortie daté du 24 juillet 2009, cet établissement a fait mention d'un trouble paranoïde-psychothique (F20.0), d'un état de stress posttraumatique (ESPT) alors en régression (F43.1) et de migraines. Un suivi ambulatoire prévu au terme de ce séjour a été introduit à fin 2009 auprès d'une clinique de jour (voir c. 4.1.3 infra). Du 14 novembre 2017 au 4 janvier 2018, la recourante a à nouveau séjourné au Centre C._____, lequel a confirmé ses précédents diagnostics en tant qu'affections potentiellement invalidantes - en spécifiant dans ce contexte la nature dépressive du trouble schizo-affectif (F25.1) et en ne mentionnant désormais plus le caractère non régressif de l'ESPT (F43.1). Sans incidence sous l'angle des exigences professionnelles, le Centre C._____ évoquait en outre la présence d'une atteinte d'un disque cervical, sans précision (M50.9) et celle d'une atteinte d'un disque intervertébral, sans précision (M51.9). Dans un rapport AI daté du 14 février 2018, cet établissement a évoqué des restrictions considérables sur les plans corporel et psychique, ainsi que des troubles prononcés du sommeil conditionnés par de fortes angoisses et agitations. De son avis, ces limitations avaient un impact négatif sur les performances.

4.1.2 L'ancien généraliste traitant dès mai 2013, par ailleurs spécialisé en chirurgie, a diagnostiqué le 25 août 2014 à l'attention de l'AI et avec influence sur la capacité de travail une hernie discale cervicale droite avec brachialgies C4/C5 du côté gauche dès 2012, des lombalgies sur arthrose datant de 2000, ainsi qu'un état dépressif chronique (remontant à environ huit ans). Sans répercussions sous l'angle des aptitudes de travail, ont été par ailleurs évoquées une probable épine calcanéenne gauche et une hypertension artérielle (depuis, respectivement et approximativement, quatre et trois ans). Une incapacité continue à 100% était reconnue par ce médecin depuis le 20 janvier 2014 dans l'activité usuelle exercée. Selon lui, le pronostic s'avérait défavorable en présence d'un état psychologique prédominant dans le tableau pathologique. Dans un rapport AI intermédiaire du 9 avril 2015, il a consigné une péjoration médicale chez sa patiente qui se trouvait limitée par un état dépressif sévère et, avec une importance moindre par rapport à cette composante psychique, par des douleurs lombaires, cervicales et rhumatologiques. D'après ses précisions, une activité légère adaptée aux restrictions encoures apparaissait toutefois envisageable à mi-temps.

4.1.3 Dans un rapport AI du 14 août 2014, la psychiatre suivant l'assurée depuis août 2009 a diagnostiqué avec influence sur la capacité de travail une schizophrénie paranoïde (F20.0), et a estimé que l'activité usuelle n'était plus exigible (ni, implicitement, tout autre type d'emploi) en raison d'une capacité d'adaptation et d'une résistance limitées sous l'angle psychique. Cette doctoresse exerçait à l'époque au sein des services D._____ qui ont accueilli une première fois l'assurée en mode ambulatoire du 21 décembre 2009 au 29 janvier 2010 (suivi prévu à la sortie du Centre C._____; c. 4.1.1 supra) - cette structure des services D._____ ayant été remplacée ultérieurement par le Réseau E._____ lui-même intégré plus tard au sein de l'hôpital F._____, Département G._____, services ambulatoires (ci-après: hôpital F._____, Département G._____). Le rapport de sortie du 25 mars 2010 lié à cette prise en charge ambulatoire faisait mention, au sens de la CIM-10, d'un état psychotique paranoïde avec des hallucinations visuelles, acoustiques, olfactives et tactiles (F2) et d'un ESPT avec flash-back, cauchemars et troubles du sommeil, vigilance accrue, comportements

d'évitement, anxiété-dépression et retrait émotionnel (F43.1). A l'appui d'un rapport intermédiaire AI du 20 novembre 2014, la psychiatre traitante a évoqué un état de santé inchangé depuis sa précédente appréciation d'août 2014 et a à nouveau exclu la reprise d'une quelconque activité lucrative. Le 1^{er} mai 2015, elle a fait état auprès du médecin conseil de l'assurance pour perte de gain en cas de maladie d'une détérioration progressive de la situation psychique depuis l'hospitalisation de sa patiente à l'automne 2014 dans une clinique de réadaptation psychosomatique. Cette péjoration a à nouveau été évoquée dans un rapport AI intermédiaire du 4 juillet 2016. Au sein du réseau E. _____ où elle exerçait désormais, la psychiatre traitante a ensuite attesté les 7 avril et 15 août 2017 à l'attention de l'AI un état médical stationnaire en confirmant ses précédentes conclusions et en spécifiant la nature dépressive du trouble schizo-affectif présent (F25.1). Dans le cadre de la structure de l'hôpital F. _____, Département G. _____, où se trouvait dorénavant sa consultation, cette doctoresse a pris position le 7 février 2020 sur le volet psychiatrique de l'expertise bidisciplinaire de 2019 en contestant le caractère non invalidant ou en rémission du trouble schizo-affectif de type dépressif diagnostiqué. Elle a de plus rapporté une grande fluctuation de l'état psychique au cours de son suivi sur plus de 10 ans. En date du 25 novembre 2020, elle a précisé au mandataire de sa patiente que cette dernière souffrait d'un trouble schizo-affectif de type mixte et que son état en constante péjoration ne permettait plus une quelconque activité sur le marché libre de l'économie.

4.1.4 La recourante a effectué plusieurs séjours de réadaptation psychosomatique à la Clinique H. _____. A l'issue de sa première hospitalisation du 30 septembre au 20 octobre 2014, les médecins ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique (F33.11). Le même diagnostic, uniquement nuancé par un épisode moyen à sévère, a été retenu lors d'un deuxième séjour du 7 au 27 novembre 2016, respectivement et à titre de diagnostic différentiel (DD), celui d'un trouble d'allure psychotique schizophrénique (F20.0). Dans un rapport AI du 17 avril 2017, la clinique précitée a confirmé cette évaluation diagnostique valable depuis 2007, sous réserve de l'épisode dépressif qualifié alors de moyen. Dans ses constatations objectives, elle rapportait

une symptomatologie anxio-dépressive invalidante au quotidien, des difficultés à maintenir une activité (arrêt des mesures professionnelles) à raison de celle-là, ainsi que des problèmes de santé impactant l'humeur et la fonctionnalité. Elle réservait son pronostic et excluait toute reprise de l'activité usuelle. Lors d'un nouveau séjour hospitalier du 4 au 28 septembre 2018, l'assurée s'est vu diagnostiquer une schizophrénie paranoïde (F20.0) versus un trouble schizo-affectif de type dépressif (F25.1) dans un contexte de comorbidités liées à un status postcure hernie cervicale C5-C6 (recte: C6-C7) en 2014 et à des douleurs arthrosiques à la hanche gauche. Dans un rapport adressé le 9 décembre 2019 à la psychiatre traitante au sujet de cette hospitalisation, la clinique concernée a uniquement fait mention du trouble schizo-affectif de type dépressif (F25.1) et a contesté au surplus le préavis négatif de rente du 15 octobre 2019. Ce diagnostic a été à nouveau posé dans les rapports adressés le 21 octobre 2020 à l'hôpital F. _____, Département G. _____, ainsi qu'en date du 4 novembre 2020 au mandataire de la recourante (documents joints à la réplique; voir c. 3.3 supra). Se référant à leur appui à la nouvelle hospitalisation du 1^{er} au 26 septembre 2020, la même clinique a mentionné une recrudescence du trouble schizo-affectif remontant à plusieurs mois, en particulier depuis l'hospitalisation du 4 au 28 septembre 2018. De son avis, la capacité de travail était nulle dans tout type d'activité en raison de la symptomatologie physique et psychique (fatigabilité, angoisses envahissantes, difficultés d'attention et de concentration liées à des ruminations, idées de persécution et discordance idéo-affective, douleurs physiques avec difficultés de mobilité et ralentissement).

4.1.5 L'actuel généraliste traitant s'est également prononcé en procédure de préorientation sur l'état de santé de sa patiente. Dans un certificat médical du 12 décembre 2019, il a rapporté divers éléments susceptibles d'interférer avec la capacité de travail, à savoir des cervicalgies chroniques dégénératives et des antécédents de discectomie C6-C7, des lombalgies chroniques sur spondylarthrose postérieure L3 à L5, une stéatose hépatique sur surcharge pondérale, une hypothyroïdie fruste, une constipation chronique, une omarthrose, une gonarthrose et une coxarthrose du côté gauche, ainsi qu'une hypertension artérielle traitée.

4.2 Des expertises psychiatrique et rhumatologique ont par ailleurs été ordonnées par l'assurance pour perte de gain, puis par l'AI.

4.2.1 A l'appui de son expertise du 10 décembre 2014 (fondée sur un examen médical du 5 décembre 2014), l'expert psychiatre a diagnostiqué, avec influence sur la capacité de travail, un trouble dépressif récidivant, épisode actuel léger à moyennement grave (F33.0/1) et, sans influence sur les aptitudes professionnelles, des traits de personnalité accentués (Z73.1) et une situation familiale difficile (Z60.1). Ce spécialiste a estimé que la capacité de travail était limitée à 60% à raison du trouble psychique, mais que celle-ci serait à nouveau entière dès février 2015 après amélioration de l'épisode dépressif. De son avis, le pronostic demeurerait cependant réservé du fait d'une tendance à la chronicisation déjà installée. Des facteurs défavorables étrangers à l'invalidité étaient mentionnés dans son appréciation, en particulier une situation familiale atypique, un séjour non assuré en Suisse et des motifs culturels. A l'issue d'un nouvel examen médical le 6 juillet 2015, le même spécialiste a diagnostiqué dans son expertise rédigée deux jours plus tard un trouble dépressif récidivant, épisode léger depuis juin/juillet 2015 (F33.0), influençant négativement la capacité de travail et, sans répercussions sous l'angle de cette dernière, des traits de personnalité accentués (Z73.1), une situation familiale difficile (Z60.1) et une acculturation insuffisante (Z60.3). S'il n'a pas nié la présence autrefois d'un trouble psychique paranoïde, il a écarté en l'état toute symptomatologie liée à une schizophrénie. Selon lui, l'assurée n'était plus limitée qu'à hauteur de 20% depuis le 1^{er} juillet 2015 dans une activité adaptée à ses handicaps - ce taux ne se surajoutant pas à la capacité résiduelle de travail de 50% reconnue sous l'angle rhumatologique (voir c. 4.2.2 infra), mais étant inclus dans celle-ci. A nouveau, l'expert mettait en évidence les facteurs étrangers à la maladie présents sous forme d'une intégration insuffisante en Suisse, d'une absence d'emploi, de craintes face à l'avenir économique et d'importantes difficultés familiales.

4.2.2 Dans son rapport d'expertise du 14 février 2015 rendant compte d'un examen médical ayant eu lieu trois jours plus tôt, l'expert rhumatologue a diagnostiqué, avec influence sur la capacité de travail, un syndrome thoraco-lombo-vertébral chronique en présence notamment

d'une ostéochondrose L2/L3 avec légère protrusion discale médiale, d'une chondrose jusqu'à une ostéochondrose L3 à L5 avec une légère protrusion discale médiale et des spondylarthroses modérées L3 à L5 des deux côtés, un syndrome cervico-spondylogène chronique droit associé à une petite à modérée hernie discale C3/C4 gauche avec rétrécissement léger à modéré du canal intervertébral C3/C4 gauche, à une chondrose jusqu'à une ostéochondrose et des spondylarthroses C3 à C6 des deux côtés, à une protrusion discale médio-latérale C4/C5 des deux côtés et à un status après discectomie et foraminotomie des deux côtés ainsi que fusion intervertébrale C6/C7 avec un Cage le 6 juin 2014, de même qu'un soupçon de déconditionnement musculaire généralisé dans le cadre d'une maladie corporelle et psychique et d'un manque marqué d'entraînement. Sans incidence sous l'angle des exigences de travail ont par ailleurs été évoqués un status après un trouble paranoïde psychotique (début en 2008 avec hospitalisation de mars à juillet 2009, en l'état stable sous thérapie médicamenteuse), des traits de personnalité accentués, un trouble dépressif récidivant de degré actuellement léger à moyennement grave, une problématique biopsychosociale prononcée, une calcanéodynie plantaire des deux côtés (actuellement traitée par des orthèses), une adiposité (31 kg/m²; maximum mai 2014: 35.5 kg/m²), une hypertonie artérielle, une légère cataracte bilatérale, un status après migraines, une constipation chronique, un manque de fer et des épisodes récidivants d'anémie, ainsi qu'une hypothyroïdie subclinique. D'après l'expert, l'assurée disposait sous l'angle rhumatologique d'une capacité de travail médico-théorique d'au maximum 50% dans une activité permettant d'alterner les postures (assis/debout/à la marche), excluant les positions non physiologiques de l'appareil locomoteur (sous flexion, en extension ou en position de rotation avec des charges), respectant de façon générale une posture ergonomique (assis, debout et au poste de travail) ainsi que des aptitudes de motricité fine limitées à l'extrémité supérieure droite dans le sens d'un syndrome radiculaire résiduel. Une telle activité adaptée devait de plus, selon ce spécialiste, s'exercer idéalement dans un cadre occupationnel.

4.2.3 A l'issue de leurs investigations bidisciplinaires en date du 12 novembre 2018, les experts psychiatre et rhumatologue de l'institut

d'expertise I. _____ ont diagnostiqué dans leur rapport d'expertise du 1^{er} avril 2019, avec influence sur la capacité de travail, une psychose schizo-affective, actuellement en rémission (F25.8), un syndrome douloureux cervico-céphalique jusqu'à cervico-brachial chronique plus prononcé à droite qu'à gauche (M53.0/M53.1) en présence, notamment, de modifications dégénératives modérées entre C3-C4, C4-C5 et C5-C6 mais sans indices de déficits cervico-lombo-radiculaires actuels ou résiduels, ainsi qu'un syndrome douloureux thoraco-lombo-vertébral chronique (M53.8) associé, entre autres, à une hyperlordose de la colonne vertébrale lombaire, à une spondylarthrose en L2-L3, L3-L4 et L5-S1 et à une dysbalance musculaire, en l'absence d'éléments en faveur de déficits lombo-radiculaires actuels ou résiduels. En leur déniant toute incidence sous l'angle des aptitudes de travail, les experts ont par ailleurs évoqué un trouble de l'assimilation de la douleur (F54) et des périarthropathies intermittentes à la hanche gauche (M24.8) sans indices pour une coxarthrose débutante significative. Dans son évaluation uni-disciplinaire des aptitudes professionnelles offertes, l'expert psychiatre a estimé qu'en dehors des séjours en milieu hospitalier où toute capacité de travail était annihilée, celles-ci étaient limitées à 80% dans n'importe quel type d'emploi en raison d'une baisse de rendement découlant de l'ancien trouble schizo-affectif (résorbé en l'état) et de la psycho-pharmacopée. Du point de vue rhumatologique, son confrère a quant à lui exclu la poursuite de l'emploi d'aide-soignante en raison d'une capacité de charge nettement diminuée du squelette axial (surtout supérieur) et a daté cette inexigibilité à début juin 2014. Il a en revanche estimé qu'une capacité de travail était préservée à hauteur de 85% dans une activité légère à moyennement (exceptionnellement toutefois) lourde, alternant les postures et s'exerçant en partie assis, et n'impliquant pas de postures forcées ni de travaux au-dessus de la tête. Ce profil d'exigibilité, décrit comme possible dès la date de l'expertise bidisciplinaire, était pour le surplus calqué sur celui défini par l'expert rhumatologue mandaté en 2015 (c. 4.2.2 supra). Dans leur appréciation interdisciplinaire, les experts de 2019 ont au final tablé sur un pensum de travail résiduel offert à 80% dans une activité adaptée aux exigences précitées, en spécifiant que les légères baisses de rendement attestées dans leurs disciplines respectives ne s'additionnaient pas, mais se complétaient en ce sens que les mêmes périodes pouvaient servir de

temps de pause et de récupération. De leur avis, le profil d'exigibilité précité pouvait être rétrospectivement admis depuis janvier 2014. Pour le surplus, ils ont souligné certaines inconsistances dans les plaintes rapportées par l'expertisée qu'ils ont expliquées par des autolimitations à raison du trouble de l'assimilation de la douleur. Une absence de compliance médicamenteuse a également été rapportée dans ce contexte. Invités à se prononcer sur les éléments invoqués contre le préavis de refus de rente, les spécialistes de l'institut I._____ ont confirmé leurs conclusions du 1^{er} avril 2019 dans un complément daté du 23 mars 2020.

4.3 Le SMR, par l'entremise d'une spécialiste en psychiatrie, a diagnostiqué le 11 mai 2015, avec répercussions sur la capacité de travail, une opération de consolidation de la colonne vertébrale cervicale ainsi que des épisodes dépressifs intermittents fortement prononcés. Invitée par l'Office AI à définir un profil d'exigibilité, cette doctoresse a attesté une capacité résiduelle de travail à 50% dans une activité non exposée au stress ni à la pression, permettant d'alterner les postures et n'impliquant pas d'inclinaisons de la colonne vertébrale cervicale vers l'avant ou l'arrière, de travaux au-dessus de la tête ou avec les bras au-delà de l'horizontale, ainsi que d'activités de motricité fine ou exigeant de soulever ou de porter des charges au-delà de 5 kg. Elle a estimé que des mesures professionnelles étaient possibles à ces conditions. Dans son rapport ultérieur établi le 8 septembre 2016, la même spécialiste a fait état d'une péjoration médicale depuis l'expertise psychiatrique du 8 juillet 2015 et a invité l'intimé à se renseigner sur un éventuel traitement stationnaire/mi-stationnaire instauré dans l'intervalle ou cas échéant planifié. Informée qu'une hospitalisation avait eu lieu du 14 novembre 2017 au 4 janvier 2018 au sein du Centre C._____, cette doctoresse a préconisé les 6/7 juin 2018 une évaluation bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) - recommandation qui a été appuyée par le responsable du SMR.

5.

L'assurée conteste le caractère probant des conclusions interdisciplinaires servant de fondement à la décision de l'intimé.

5.1

5.1.1 S'agissant en premier lieu du volet somatique de l'expertise du 1^{er} avril 2019, il apparaît d'emblée que l'expert rhumatologue mandaté au sein de l'institut I._____ a dressé un état minutieux des plaintes au terme d'un entretien restituitif à la fois des indications spontanées de l'assurée ainsi que des informations complémentaires obtenues par ses soins sur questionnement ciblé de cette dernière sur diverses thématiques (plaintes actuelles; anamnèse médicale rhumatologique; descriptif et exigences du dernier poste de travail; accomplissement des tâches ménagères; auto-évaluation de la patiente et perspectives d'avenir). Son examen clinique s'articule ensuite autour de paramètres précis débouchant sur un status rhumatologique complet encore complété par des investigations d'ordre radiologique à la colonne vertébrale cervicale et lombaire. A l'issue, un tableau diagnostique minutieux a été campé par l'expert sur le vu des constatations objectives recueillies. Lors de son appréciation médico-asséurologique, ce spécialiste appréhende l'évolution clinique générale en reconnaissant d'emblée une part prépondérante à l'affection psychiatrique (eu égard, notamment, à l'absence de plaintes physiques rapportées dans le quotidien de l'expertisée). Dans cette continuité, il se prononce sur la consistance des plaintes invoquées en identifiant les syndromes douloureux chroniques observés sur les plans cervico-céphalique jusqu'à cervico-brachial d'une part et thoraco-lombaire d'autre part, dans un contexte qu'il précise être par ailleurs influencé par de mauvaises posture et forme très nettes de la colonne vertébrale ainsi que par un déconditionnement musculaire général marqué. Sous l'angle patho-anatomique, il n'omet pas d'apprécier la crédibilité des douleurs exacerbées invoquées en cas de rotation à gauche de la colonne vertébrale cervicale et de réclinaison lombaire. Bien qu'écartant toute limitation importante à la mobilité cervicale et dorsale, il admet clairement la présence d'un noyau somatique propre à expliquer les plaintes en sus du désentraînement sportif et des mauvaises posture et forme vertébrales observées. S'il en relativise la portée sous l'angle de sa spécialité, il ne minimise nullement dès lors les douleurs ni les restrictions physiques invoquées par l'expertisée. Il prend de plus position sur l'appréciation de l'expert rhumatologue mandaté en 2015 dont il rejoint pour l'essentiel le

volet diagnostique, mais met en doute les conclusions relatives à l'évaluation de la capacité résiduelle de travail. Ainsi, le second expert souligne-t-il avec justesse les incohérences qui se dégageaient de la première expertise précitée par le fait que ce confrère attestait une capacité de travail préservée à hauteur de 50% dans une activité profilée - et donc, logiquement, référencée dans le premier marché du travail - et jugeait dans le même temps pourtant idéale une activité exercée en milieu occupationnel. C'est de manière tout autant probante que le même expert de 2019 se distancie, en l'absence de toutes limitations objectivées sur ces plans spécifiques, de l'appréciation rhumatologique antérieure niant toutes aptitudes de travail dans des activités manuelles de transformation ou dans des fonctions de surveillance exercées dans un périmètre étroit. L'appréciation médico-théorique de la capacité de travail qui se dégage de cette discussion rhumatologique contradictoire apparaît ainsi nuancée et dûment éprouvée.

5.1.2 Contrairement à ce que défend la recourante, on ne saurait en conséquence reprocher à l'expert rhumatologue de l'institut I. _____ de ne pas s'être prononcé sur les discordances qui résultent d'un rapprochement de ses conclusions avec celles de son confrère de 2015. Comme déjà relevé (c. 5.1.1 supra), ces divergences ont été identifiées puis levées dans le volet somatique de l'expertise bidisciplinaire, dont les tenants reflètent au final des exigences en harmonie avec les constatations objectives recueillies et les efforts (de reconditionnement physique notamment) jugés exigibles en vue de surmonter le handicap. En dépit de ce que laisse entendre l'assurée, on ne saurait non plus affirmer que cette appréciation spécialisée est valablement contredite par les conclusions de ses médecins traitants. En dehors de la prise en charge neurochirurgicale liée à l'opération cervicale subie le 6 juin 2014, seuls les médecins généralistes successifs se sont pour l'essentiel prononcés sur la situation somatique de leur patiente. Or, le premier d'entre eux, dans ses rapports AI établis en août 2014 et avril 2015, n'a réservé son pronostic qu'en raison de la composante psychique du tableau pathologique clinique considérée alors comme prédominante (c. 4.1.2 supra). En contradiction avec ce que défendait vers la même époque la psychiatre traitante (laquelle excluait déjà toute capacité de travail résiduelle; c. 4.1.3 supra), ce médecin a de

plus affirmé qu'une activité à mi-temps demeurait exigible de sa patiente. Quant au second (et actuel) généraliste traitant, le certificat médical qu'il a dressé le 12 décembre 2019 consiste en un simple listage des affections susceptibles d'influencer la capacité de travail, en l'absence de toute estimation médico-théorique chiffrée de cette dernière ainsi que d'une énonciation des limitations fonctionnelles objectivées à sa consultation (c. 4.1.5 supra). Pour le surplus, les médecins consultés dans le cadre des séjours de réadaptation psychosomatique ne se sont, il est vrai, pas prononcés uniquement sur la symptomatologie psychique, consignait ici et là aussi des plaintes d'ordre somatique (lombalgies, cervicalgies et/ou douleurs articulaires du côté gauche à l'épaule, à la hanche et au genou). La prise en charge de ces plaintes physiques lors de ces hospitalisations a toutefois essentiellement consisté en un accompagnement physiothérapeutique sans suivi rhumatologique spécifique, ni autres approfondissements médicaux diagnostiques. Partant, les dernières conclusions du 4 novembre 2020 de la Clinique H. _____ attestant d'une très nette péjoration de la situation psychique et somatique depuis le dernier séjour de la recourante à l'automne 2018 ne sauraient s'avérer suffisantes pour contrecarrer celles de l'institut I. _____, quant à elles confrontées à des éléments d'observation cliniques et radiographiques tangibles.

5.2

5.2.1 En ce qui concerne en second lieu le volet psychiatrique de l'expertise bidisciplinaire, il apparaît que les plaintes ont été elles aussi systématisées autour de plusieurs thèmes (plaintes actuelles; genèse, évolution, traitements et gestion de la maladie au quotidien y compris dans les rapports avec autrui; éléments d'anamnèse psychiatrique systématique, familiale/héréditaire, scolaire/professionnelle et sociale; déroulement des journées et loisirs; perspectives d'avenir; discussions des éléments d'inconsistance au dossier AI). Au plan strictement médical, l'expert a soigneusement consigné les observations découlant de son examen clinique et a livré une évaluation diagnostique vérifiée à la fois au regard de ses constatations objectives et des éléments connus de l'anamnèse médico-sociale. Pour exclure un trouble psychiatrique grave chez l'assurée et ne retenir qu'un trouble schizo-affectif léger en actuelle rémission, son

appréciation s'appuie en ce sens d'abord sur l'absence de maussaderies dépressives sévères rapportées dans le quotidien de l'expertisée et sur l'aptitude de cette dernière à structurer activement ses journées et à se rendre chaque semaine à ses consultations médicales, à occuper son temps libre et à voyager seule. Dans le même contexte, l'expert souligne le fait que la recourante a été en mesure de travailler pendant des années sans difficultés notables comme aide-soignante et qu'elle ne présentait aucun problème d'ordre psychique avant son arrivée en Suisse. Il relève que les plaintes psychiques se sont très vite résorbées lors de chaque hospitalisation et que l'assurée ne prend pratiquement aucune psychopharmacopée. L'exclusion par le même expert d'un ESPT est, quant à elle, concrètement justifiée par le fait que la recourante lui a clairement démenti avoir été poursuivie ou capturée dans son pays d'origine (contrairement à ce qui ressortait à certains endroits du dossier) et que celle-ci n'a pas non plus rapporté de flashbacks ni de rêves quant à des sévices subis. Avant de refermer son évaluation diagnostique, ce médecin n'a en outre pas omis de mettre au jour les discordances observées entre les plaintes alléguées et les substrats physiques objectivés à son examen en expliquant ces divergences, à défaut d'un trouble douloureux conciliable en l'espèce avec les ressources observées, par un trouble de l'assimilation de la douleur sans valeur invalidante. Sous l'angle médico-assécurologique, il a rappelé l'évolution du cas et les mesures thérapeutiques initiées jusqu'alors (jugées adéquates et suffisantes), s'est prononcé sur la consistance et la plausibilité des plaintes et a livré une appréciation d'ensemble mettant en balance les aptitudes, les ressources et les facteurs de charge en présence. Son estimation finale de la capacité résiduelle de travail (limitée à 80% dans tout emploi en l'absence de mesures médicales et professionnelles susceptibles de l'améliorer) se révèle dès lors conséquente et cohérente.

5.2.2 Au contraire de ce qu'allègue l'assurée, cette appréciation unidisciplinaire n'est pas contredite à suffisance de droit par les conclusions de l'expert psychiatre mandaté par l'assurance en cas de perte de gain - lequel expert tablait du reste, lui aussi, sur un pensum résiduel de travail de 80% (voir c. 4.2.1 supra). Certes, avant d'admettre ce taux dès le 1^{er} juillet 2015 dans sa seconde expertise de 2015, ce médecin concluait dans son

appréciation originelle de 2014 à une capacité de travail limitée à 60% en raison d'un trouble dépressif de degré alors léger à moyennement grave. Son évaluation de départ réservait cependant déjà la récupération à terme (dès février 2015) d'une capacité de travail entière une fois résorbé l'épisode dépressif. Si cette embellie médicale n'a finalement été reconnue qu'à partir de juillet 2015 (à hauteur d'un pensum résiduel de 80%), c'est selon toute vraisemblance parce que n'est intervenu qu'à cette date (le 6 précisément) le nouvel examen médical de l'assurée auprès du même expert. En tout état de cause, ce dernier n'a jamais fait mention en lien avec le trouble dépressif diagnostiqué d'une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable au sens de l'art. 28 al. 1 let. c LAI, mais d'une incapacité de travail uniquement passagère. Or, l'expert psychiatre mandaté au sein de l'institut I. _____ en 2019 n'a pour sa part pas non plus nié que la capacité de travail pouvait temporairement fluctuer au gré des hospitalisations (c. 4.2.3 supra). Ses conclusions n'apparaissent pas davantage affaiblies par celles défendues par la psychiatre traitante. Si cette doctoresse a évoqué une péjoration médicale progressive depuis l'admission de sa patiente à la Clinique H. _____ à l'automne 2014, l'on note que la clinique en question, par l'entremise d'un médecin également psychiatre, avait de son côté jadis rapporté un effacement des doléances douloureuses au cours du même séjour et que la résurgence dépressive constatée il est vrai à l'époque à la sortie de clinique n'avait en tout cas pas justifié une prolongation de l'hospitalisation, ni d'autres consultations médicales en dehors du contrôle post-cure des acquis. L'appréciation de la psychiatre traitante apparaît par ailleurs influencée dès ses prémisses par un diagnostic de trouble schizo-affectif qu'elle semble avoir très tôt corrélé à une invalidité à terme inéluctable (voir, comme point d'orgue à ce positionnement, son ultime rapport médical du 25 novembre 2020; dos. rec. 6 p. 1). Or, si l'on excepte son point de vue, seuls les établissements ayant accueilli l'assurée en phase de décompensation ont fait mention d'un tel diagnostic psychique (la Clinique H. _____, en dehors de tout diagnostic différentiel, à partir de 2018 seulement). Si l'expert psychiatre de l'institut I. _____ n'a certes pas écarté la présence en soi d'un trouble schizo-affectif, il en a d'emblée relativisé la portée vu son degré tout au plus léger et son actuelle rémission (c. 5.3.1 supra). De plus et surtout, cet expert a expliqué les plaintes

subjectives de l'assurée par des autolimitations imputables à un trouble de l'assimilation des douleurs sans portée invalidante en tant que tel - conclusion qui apparaît d'autant plus probante qu'une compliance psychopharma-cologique très limitée a été mise en évidence chez l'assurée (c. 4.2.3 supra). Quant à la péjoration dont l'infirmière en psychiatrie traitante a fait état dès 2017 principalement, l'on note que cette détérioration est décrite chez sa patiente comme "en lien à une situation sociale non stable, permis de séjour, attente de reconnaissance de l'AI, l'affaiblissant également physiquement, et son âge intervenant également dans ses capacités d'autonomie" (dos. rec. 5 p. 1). De jurisprudence constante cependant, les facteurs psychosociaux et socioculturels tels que ceux exclusivement énumérés par cette infirmière ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la LAI - la notion légale d'invalidité distinguant en effet clairement l'atteinte à la santé dont souffre la personne assurée et l'incapacité de gain provoquée par cette atteinte (ATF 127 V 294 c. 5a; SVR 2012 IV n° 52 c. 3.2).

5.3

5.3.1 Il s'ensuit que c'est à bon droit que l'intimé a privilégié l'expertise de l'institut I._____ par rapport à l'appréciation de la psychiatre traitante et qu'une entière valeur probante doit être reconnue à cette évaluation bidisciplinaire. Cette conclusion s'impose à plus forte raison qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, le médecin de famille - qu'il soit médecin généraliste ou spécialiste traitant - aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). L'évaluation spécialisée de l'institut I._____ gagne au présent cas encore en crédibilité par le fait qu'elle s'accorde sous l'angle psychique, prédominant au cas particulier, avec le résultat des expertises psychiatriques de 2014/2015 et avec les observations empiriques en milieu stationnaire ayant à chaque fois rendu compte d'une amélioration sur quelques semaines de la composante psychique. Ce dernier constat a au reste été à nouveau posé lors de l'ultime séjour de l'assurée à la Clinique H._____ du 1^{er} au 26 septembre 2020, à l'issue duquel les médecins ont fait mention dans

leur rapport du 21 octobre 2020 d'un "séjour positif" et d'"objectifs en partie atteints" (dos. rec. 4, p. 4). Le fait que la même clinique ait ultérieurement relaté, le 4 novembre 2020, une évolution "peu favorable" en dépit de cette hospitalisation ne saurait de toute évidence influencer sur la situation factuelle telle que donnée à la date de la décision du 17 août 2020 (voir c. 3.1 supra). En revanche, ces éléments médicaux pourront être cas échéant invoqués à l'appui d'une nouvelle demande de prestations AI. Enfin, on ne saurait retenir que les conclusions de l'institut I. _____ sont remises en cause par les observations rendues dans le cadre des entraînements à l'endurance et au travail s'étant, respectivement, déroulés du 28 septembre au 20 décembre 2015 ainsi que du 21 décembre 2015 au 12 juin 2016. Certes, si les aptitudes motrices et intellectuelles nécessaires à une réinsertion en économie de marché libre n'ont jamais été mises en doute dans ce contexte, les orienteurs professionnels ont dès le départ suspecté une résistance réduite sur le plan psychique (leurs soupçons quant à des aptitudes à l'effort également diminuées sous l'angle physique ne s'étant pas vérifiés par la suite). La mesure d'entraînement au travail mise en œuvre et prolongée à leur instigation pour investiguer cet aspect les a ultérieurement amenés à exclure toute activité professionnelle hors cadre protégé en raison d'une fragilité psychique qu'ils ont estimée confirmée dans les tâches d'atelier confiées à l'assurée. Or, dans le cadre de leur appréciation interdisciplinaire, les experts de l'institut I. _____ ont eux aussi appréhendé les ressources psychiques disponibles et livré une estimation de la capacité de travail intégratrice de celles-ci (estimées grevées à hauteur de 20% en termes de performances sur le marché libre de l'économie). Comme déjà relevé (c. 5.3.1 supra), ils ont par ailleurs mis en évidence plusieurs inconsistances dans ce contexte en lien avec les douleurs alléguées. Or, il leur incombait bien en leur qualité de médecins de porter un jugement sur la situation médicale et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assurée se trouvait ici incapable de travailler (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1). En présence de données relatives à une observation professionnelle, les médecins sont tout au plus tenus de confronter celles-ci avec leurs estimations médicales - comme cela a du reste été fait au présent cas par l'expert psychiatre de l'institut I. _____ qui a expliqué l'échec des mesures professionnelles par les autolimitations présentes (dos. AI 158.1/9

ch. 4.10). Partant, les données professionnelles précitées ne permettent pas d'inférer d'autres conclusions que celle que le comportement adopté pendant la mesure d'entraînement au travail n'était pas conciliable avec le marché libre de l'économie. Le caractère non médical de cette constatation n'est au surplus pas affaibli par le fait que l'intimé ait mis fin aux mesures professionnelles à la suite de cet entraînement. L'examen d'un droit aux dites prestations rend uniquement compte en effet de la situation donnée à une date précise et ne préjuge pas des aptitudes à la réadaptation offertes pour l'avenir.

5.3.2 La force probante de l'appréciation bidisciplinaire de 2019 vaut non seulement dans ses aspects spécifiquement médicaux, mais également quant à sa proposition d'évaluation de la capacité de travail et de son évolution. Par le fait d'avoir apprécié les déficits fonctionnels sur une base objectivée, les experts mandatés au sein de l'institut I. _____ ont en effet respecté le cadre normatif déterminant (art. 7 al. 2 LPGA; ATF 141 V 281 c. 5.2.2). Aucun indice objectif au dossier ne permet de douter de la pérennité de leur appréciation à la date de la décision contestée. Une instruction médicale complémentaire n'a dès lors pas lieu d'être ordonnée par l'autorité de céans. L'on retient de cette évaluation bidisciplinaire que sous réserve des périodes temporaires d'incapacité de travail à raison des séjours hospitaliers (n'atteignant jamais un taux minimal de 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable; cf. art. 28 al. 1 let. b LAI), l'assurée dispose d'une capacité de travail de 80% dans une activité légère (exceptionnellement dans une activité moyennement lourde) alternant les postures et s'exerçant en partie assis, et n'impliquant pas de postures forcées ni de travaux au-dessus de la tête. Ce profil est valable selon les experts de l'institut I. _____ depuis janvier 2014, si bien qu'il couvre l'entier de la période visée par la présente contestation - à savoir du 1^{er} janvier 2015 (début potentiel du droit à la rente; voir c. 6.2.1 infra) au 17 août 2020 (date du prononcé de la décision contestée).

6.

Sur la base de la capacité de travail résiduelle ainsi fixée, il convient encore de procéder à l'évaluation du degré d'invalidité en résultant.

6.1 Pour déterminer le droit à la rente de la recourante, il s'agit de procéder à la comparaison des revenus avec et sans invalidité (art. 16 LPGA). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b). Les deux revenus doivent être définis en se plaçant aux moments (hypothétiques) de la naissance du droit à la rente et de ses modifications jusqu'à la date de la décision (voir ci-dessus c. 2. 4; ATF 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222).

6.2

6.2.1 En l'espèce, le droit à la rente est né le 1^{er} janvier 2015 comme également retenu par l'intimé. C'est à cette date en effet que le délai d'attente d'une année d'une incapacité de travail d'au moins 40% est arrivé à échéance - une incapacité de travail entière (dans la profession d'aide-soignante) ayant été reconnue au dossier AI depuis janvier 2014 (art. 28 al. 1 LAI; voir c. 4.1.2 supra). Le délai de carence de six mois à compter de la date à laquelle l'assurée a fait valoir ses droits (art. 29 al. 1 LAI) - en l'occurrence dans le courant juillet 2014 - était également écoulé au 1^{er} janvier 2015, début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI). L'année de référence déterminante au moment de la naissance du droit à la rente est donc 2015. Le nouveau mode d'évaluation de l'invalidité pour les personnes travaillant à temps partiel entré en vigueur le 1^{er} janvier 2018 implique quant à lui une révision de la rente à compter de cette même date (c. 2.1 supra), partant une seconde comparaison des revenus fondée sur l'année 2018.

6.2.2 L'Office AI Berne s'est appuyé sur les indications salariales fournies par le dernier employeur pour évaluer le revenu hypothétique sans invalidité. La règle générale veut que l'on se base en principe sur le dernier salaire gagné par la personne assurée (ATF 145 V 141 c. 5.2.1, 134 V 322

c. 4.1), a fortiori lorsque le dernier emploi a été perdu du fait d'une incapacité de travail confirmée par l'appréciation médicale subséquente (arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_80/2014 du 11 juillet 2014 c. 4.2). D'après les indications du dernier employeur datées du 28 août 2014, le salaire de l'assurée s'élevait à 80% à un montant annuel de Fr. 39'520.- (Fr. 3'040.-, 13 fois l'an). Après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires jusqu'aux années de référence ici déterminantes, il en résulte un revenu de Fr. 39'675.45 pour 2015 et de Fr. 40'219.45 s'agissant de 2018 (voir pour cette adaptation la table T1.10 *Indice des salaires nominaux, 2011-2019*, publiée par l'OFS, ch. 86-88 santé, hébergement médico-social et action sociale, 2014: 101.7; 2015: 102.1; 2018: 103.5). Le montant précité pour 2018 fondé sur un taux d'occupation de 80% doit toutefois être rehaussé pour tenir compte d'un taux d'activité à 100%, conformément aux nouvelles bases d'évaluation de l'invalidité introduites au 1^{er} janvier 2018 pour les personnes à temps partiel (c. 2.1 supra). Il en résulte un revenu annuel de valide de Fr. 50'274.30 s'agissant de l'année 2018. Par comparaison avec les salaires statistiques usuels répertoriés dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), le revenu effectivement réalisé par la recourante s'avère toutefois nettement inférieur à la moyenne pour des motifs étrangers à l'invalidité et sans que cela résulte au surplus d'un choix délibéré. Un parallélisme des revenus à comparer se justifie dès lors. Ce dernier peut être effectué ici au regard du revenu sans invalidité en se référant aux données statistiques, mais seulement sur la part qui excèdera le taux minimal déterminant de 5% (ATF 135 V 297 c. 6.1.2 et 6.1.3). Si l'on table dans l'ESS 2014 sur le revenu de la branche de la santé humaine et de l'action sociale, il en résulte, après prise en compte de la pondération précitée de 5% et du temps de travail usuel de 41.5 heures pour cette branche en 2014, un montant annuel de Fr. 53'756.- (ESS 2014, TA 1, femmes, ch. 86-88, niveau 1, Fr. 4'545.-, 12 fois l'an, x 95% x 41.5/40). Le revenu de valide, une fois adapté à l'évolution des salaires (voir table T1.10 ci-dessus) et au taux d'activité déterminant (de 80%), s'élève donc à Fr. 43'173.95 en 2015. En ce qui concerne l'année 2018, il y a lieu de se référer aux données de l'ESS 2018 et non, comme l'a fait l'intimé, à celles de 2016 et de les indexer jusqu'en 2018 (ESS 2018, femmes, ch. 86-88, niveau 1, Fr. 4'860.-, 12 fois l'an). Après adaptation au temps de travail

usuel de 41.6 heures en 2018 pour cette branche d'activité, le revenu annuel de valide s'élève donc à 100% à Fr. 60'652.80 pour 2018.

6.2.3 Pour ce qui concerne le revenu d'invalidé, dès lors que l'assurée n'a plus exercé d'activité lucrative depuis son licenciement en 2014, c'est à juste titre que l'intimé l'a déterminé sur la base de l'ESS en se fondant sur la valeur centrale des salaires versés aux femmes pour des activités non qualifiées et, s'agissant de 2014, sur l'horaire de travail alors habituel de 41,7 heures hebdomadaires (ESS 2014, TA 1, femmes, niveau 1, valeur centrale, Fr. 4'300.-, 12 fois l'an, $x 41.7/40 = \text{Fr. } 53'793.-$; voir pour cette dernière adaptation la table *Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique* publiée par l'OFS). Après prise en compte d'une capacité de travail à 80% et de l'évolution déterminante des salaires, ce montant s'élève à Fr. 43'201.05 concernant l'année 2015 (voir pour cette dernière adaptation la table T1.10 citée au c. 6.2.2 supra, valeur totale, 2014: 103.3; 2015: 103.7). Quant au revenu d'invalidé relatif à 2018, il apparaît judicieux à l'instar de ce qui a été retenu pour le revenu statistique de valide afférent à la même période (c. 6.3.2 supra), de l'établir sur la base des données statistiques de 2018. En imputant la baisse de rendement de 20% attestée médicalement dans un emploi simple et répétitif exercé à temps complet et en tenant compte de l'horaire de travail usuel de 41.7 heures en 2018, on parvient à un revenu d'invalidé de Fr. 43'744.95 pour cette année de référence (ESS 2018, TA1, femmes, niveau 1, Fr. 4'371.-, 12 fois l'an, $x 80\% x 41.7/40$; voir pour cette dernière adaptation le c. 6.2.3 supra). A raison, la recourante ne requiert pas d'abattement supplémentaire sur le montant, respectivement pour 2015 et 2018, de son revenu statistique avec handicap. A toutes fins utiles, l'on rappellera que les conditions de la déduction résultant du parallélisme des revenus à comparer et l'abattement pour circonstances personnelles et professionnelles sont dans une relation d'interdépendance, dans la mesure où les mêmes facteurs qui ont une influence sur le revenu ne peuvent pas justifier à la fois une déduction en raison du parallélisme des revenus à comparer (ou une majoration du revenu hypothétique de valide) et un abattement pour circonstances personnelles et professionnelles. Dans une situation de parallélisme, l'abattement se limitera dès lors en général aux

circonstances relatives à l'atteinte à la santé (ATF 135 V 297 c. 5.3 et 6.2, 134 V 322 c. 5.2 et 6.2).

6.3 Il résulte de tout ce qui précède qu'en ce qui concerne tout d'abord la période du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2017, le taux d'invalidité dans l'activité lucrative se monte à 0% après comparaison (valeurs 2015) des revenus de valide de Fr. 43'173.95 et d'invalides de Fr. 43'201.05. En tenant compte des handicaps ménagers pondérés en fonction de la part de 20% consacrée à ceux-ci (3.92%), l'invalidité globale et elle aussi pondérée s'élève donc à 3.90% pour cette période et exclut tout droit à une rente. Dès le 1^{er} janvier 2018 (jusqu'à la date de la décision contestée), l'invalidité atteint pour la part lucrative pondérée à hauteur de 80% un taux de 22.30% après comparaison d'un revenu de valide de Fr. 60'652.80 et d'un revenu d'invalides de Fr. 43'744.95 (valeurs 2018). En intégrant les handicaps ménagers également pondérés (3.92%) à ce taux, il en résulte une invalidité globale pondérée de 26.20% toujours insuffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

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

7.3 L'assurée a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire (limitée aux frais).

7.3.1 Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de

ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

7.3.2 En l'espèce, la recourante dépend de l'aide sociale (voir pièces jointes à sa demande d'assistance judiciaire); il est ainsi manifeste que la condition formelle de l'assistance judiciaire est réalisée. En ce qui concerne la condition matérielle de l'octroi de l'assistance judiciaire, on ne saurait d'emblée déclarer que la cause était dépourvue de chance de succès (ATF 140 V 521 c. 9.1). La requête peut dès lors être admise et l'assurée mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. Ainsi, les frais de procédure sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire.

7.3.3 La recourante doit en outre être rendue attentive à son obligation de remboursement (envers le canton) 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 (dispense des frais de procédure) est admise.
3. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué à (A):
 - Vorsorgestiftung J._____.

Le président:

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite 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).