

200.2021.37.AI
N° AVS
NIG/REN

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

Jugement du 4 novembre 2021

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président
A.-F. Boillat et M. Moeckli, juges
G. Niederer, greffier

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 1^{er} décembre 2020



En fait:

A.

A. _____, née en 1972, célibataire, sans enfant et sans formation certifiée, a travaillé en dernier lieu en tant qu'opératrice dans une entreprise horlogère, jusqu'à son licenciement avec effet au 31 janvier 2019. Elle a ensuite perçu des prestations de l'assurance-chômage. Par un formulaire daté du 2 avril 2019 (reçu le lendemain par l'Office AI Berne) et dans le contexte d'une période d'incapacité de travail ayant débuté le 27 mars 2019, l'assurée a déposé une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI), en invoquant souffrir de dépression et d'un trouble obsessionnel compulsif.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a notamment requis des renseignements du dernier employeur, le dossier de l'assureur-maladie perte de gain de celui-ci, ainsi que divers documents et rapports médicaux. Il s'est aussi procuré le dossier de l'Office régional de placement (ORP) auprès duquel l'assurée s'était annoncée. L'Office AI Berne a ensuite alloué une mesure d'observation professionnelle du 17 juin au 6 octobre 2019 auprès d'un centre de formation, avant de consulter le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui s'est déterminé le 25 juillet 2019. Après avoir obtenu le rapport relatif à la mesure d'observation et soumis celui-ci au SMR, qui s'est exprimé le 1^{er} novembre 2019, l'Office AI Berne a accordé un entraînement progressif au travail du 7 octobre 2019 au 12 janvier 2020 auprès du centre de formation précité. Il a mis fin aux mesures professionnelles par décision du 9 mars 2020 et diligenté une expertise auprès d'un spécialiste en neuropsychologie, qui a délivré son rapport le 27 avril 2020. Ce rapport a été soumis au SMR, qui s'est prononcé le 30 avril 2020. Par décision du 1^{er} décembre 2020, confirmant une préorientation du 15 mai 2020, l'Office AI Berne, fondé sur deux nouveaux avis du SMR des 26 août et 6 octobre 2020, a nié tout droit à une rente.

C.

Par envoi du 12 janvier 2021 et désormais représentée par un mandataire professionnel, l'assurée a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 1^{er} décembre 2020 et, principalement, au renvoi de la cause à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire et nouvelle décision, ainsi que, subsidiairement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} octobre 2019. L'assurée a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite complète, avant de retirer cette requête le 28 janvier 2021. Dans sa réponse du 3 mars 2021, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Les parties ont encore confirmé leurs conclusions respectives, l'assurée produisant de nouveaux documents médicaux.

En droit:

1.

1.1 La décision du 1^{er} décembre 2020 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie tout droit à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cet acte et, principalement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, ainsi que, subsidiairement, sur l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} octobre 2019. Sont particulièrement critiqués par la recourante l'absence de prise en compte des avis du SMR, de l'ORP et de la fondation ayant conduit la mesure relative au marché du travail, de même que l'évaluation du rendement par l'expert neuropsychologue et le fait que l'intimé n'ait pas diligenté une expertise psychiatrique.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité

pour recourir, représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

1.4 Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

2.2 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 145 V 215 c. 5.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4).

2.3 Selon 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 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).

2.5 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 attaquée, fondée en particulier sur l'expertise neuropsychologique à laquelle il a reconnu une pleine valeur probante, l'intimé a retenu que la recourante était en mesure d'assumer une activité adaptée à 100% avec un rendement réduit de 10%. En comparant le revenu perçu auprès du dernier employeur avec celui que la recourante pourrait réaliser dans une activité adaptée, il a alors fixé le taux d'invalidité à 19%, excluant le droit à une rente. L'intimé a jugé que des investigations psychiatriques supplémentaires n'étaient pas utiles.

3.2 La recourante conteste la valeur probante de l'expertise, estimant que l'expert s'est contredit quant à son rendement. Elle est d'avis que le profil d'exigibilité retenu dans l'expertise ne peut être mis en valeur qu'en milieu protégé et non sur le premier marché de l'emploi. Pour arriver à cette conclusion, elle se fonde notamment sur l'avis du SMR du 6 octobre 2020. Selon elle, ce point de vue est aussi défendu par le service de réadaptation de l'intimé, par l'ORP et par la fondation ayant organisé la mesure relative au marché du travail. La recourante reproche donc à l'intimé d'avoir ignoré les conclusions concordantes du SMR, de l'ORP et du service de

réadaptation. Elle estime que le taux d'invalidité devait être évalué sur la base d'un taux d'activité en milieu protégé de 60%, avec une perte de rendement de 40%.

4.

Il ressort du dossier les éléments suivants.

4.1 Le 17 février 2015, un département de gynécologie/obstétrique d'un hôpital régional a posé le diagnostic d'utérus myomateux volumineux et d'adénomyose utérine, en évoquant une hospitalisation du 5 au 10 février 2015, avec une intervention (ablation de deux kystes notamment). Par écrit du 25 mars 2015, un institut de radiologie a ensuite conclu à l'absence d'image suspecte d'un nodule évolutif. Un ganglion a toutefois été signalé (voir, dans le même sens, l'échographie mammaire du 16 octobre 2009).

4.2 Dans une lettre de sortie du 16 juin 2017 d'une clinique d'un réseau de santé mentale, dans laquelle la recourante avait été prise en charge du 22 mai au 14 juin 2017, le diagnostic de trouble obsessionnel compulsif (TOC) avec pensées ou ruminations obsédantes au premier plan a été retenu (ch. F42.0 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé). Il en ressort que la recourante avait subi une péjoration d'un état dépressif lié à l'aggravation de son TOC et qu'elle avait fait l'objet de blocages dans certaines situations, au point que son employeur l'avait avertie que son trouble devenait invalidant, ce qui aurait décompensé son état anxieux, avec l'apparition de phobies d'impulsions, comme le suicide (voir aussi le rapport de la généraliste du 22 mai 2017, évoquant un trouble alimentaire de type anorexique durant l'enfance).

4.3 Du dossier remis par l'assureur-maladie perte de gain, il découle que la recourante a présenté une incapacité de travail totale depuis le 22 mai 2017, puis à 50% dès le 19 juin 2017, en raison de l'affection psychique. Dans un rapport du 19 août 2017 de la médecin traitante, le diagnostic de trouble obsessionnel compulsif avec ruminations obsédantes

au premier plan (ch. F42.0 CIM-10) a également été retenu, présent depuis l'enfance.

4.4 Le 10 mai 2018, le service des urgences d'un hôpital régional a posé le diagnostic de talalgie droite sur probable fasciite plantaire débutante (diagnostic différentiel: lésion de surcharge).

4.5 Par e-mail du 18 juin 2019, la psychiatre et psychothérapeute du réseau de santé mentale a souligné, s'agissant de la mesure d'observation, qu'une augmentation du taux d'activité au-delà de 50% devait être admise avec prudence, afin d'éviter une péjoration de la symptomatologie, alors bien compensée. Elle a conseillé le maintien de ce taux pendant un mois.

4.6 Le 6 juin 2019, une psychiatre/psychothérapeute a confirmé le diagnostic de trouble obsessionnel compulsif avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan, dès mai 2017 (ch. F42.0 CIM-10). Elle a expliqué que des rituels et obsessions étaient apparus à l'âge de 30 ans et que les symptômes s'étaient accrus depuis lors. Elle a ajouté que ces derniers étaient habituellement gérables, mais que de fortes angoisses et idées suicidaires étaient apparues, avec une incapacité de travail (contexte de la demande de prestations). A la date du rapport, la clinique obsessionnelle était toutefois à nouveau apaisée. Les activités physiques, répétitives et stressantes à la chaîne ont été déconseillées. Une incapacité de travail totale a été attestée dès le 27 mars et à 80% du 28 avril au 28 mai 2019.

4.7 Le 25 juillet 2019, une spécialiste en psychiatrie/psychothérapie du SMR a confirmé le diagnostic de trouble obsessionnel compulsif fortement prononcé (ch. F42.2 CIM-10), présent avant 2017 et s'étant aggravé durant cette année. Elle a ajouté qu'un tel trouble était fréquemment lié à une dépression, si bien que ce dernier diagnostic était convaincant. Elle a relevé qu'aucun traitement n'avait été instauré, alors qu'un TOC présente une tendance à la chronicité et un risque de comorbidité élevés (avec une dépression ensuite difficile à traiter). Elle a précisé que le TOC affectait le rendement et causait un épuisement psychique qui engendrait à son tour une dépression. Elle a conseillé de traiter le TOC en priorité, par une thérapie comportementale d'exposition, en parallèle à la dépression et à l'anxiété, en soulignant qu'à défaut, le risque de rechute lié à la dépression

et à l'anxiété était important. Elle a recommandé une activité accomplie quatre heures par jour, sans stress, en position assise permettant des changements (du fait de la surcharge du pied, voir c. 4.4) et sans posture statique.

4.8 Le centre de formation ayant conduit la mesure d'observation a écrit, le 2 octobre 2019, que la recourante avait travaillé à 60% et que sa difficulté majeure était de prendre des décisions, ses absences et temps de réflexion pouvant aller jusqu'à deux minutes. Il a ajouté qu'elle avait un comportement diffus et isolé, peu ancré dans la réalité et qu'elle était vite distraite. Une lenteur certaine pour les activités horlogères, incompatibles avec le trouble de la recourante, a été évoquée. Le rendement a été fixé à 45% en moyenne. A 60%, la capacité de travail a été estimée à 30% avec un potentiel d'amélioration relatif. La progression a toutefois été jugée très compromise et l'intégration sur le marché du travail hypothétique.

4.9 Le 29 octobre 2019, la psychiatre/psychothérapeute du réseau de santé mentale a retenu les diagnostics de trouble obsessionnel compulsif, forme mixte avec idées obsédantes et comportements compulsifs (ch. F42.2 CIM-10), de trouble dépressif sévère avec impulsion suicidaire au cours de l'aggravation des troubles mentaux et d'hypothèse d'une intelligence limite. Elle a notamment fait état de troubles cognitifs et formels de la pensée (lenteur, difficultés de compréhension, de planification et d'organisation, ruminations et vérifications incessantes). La capacité de travail a été évaluée à 20-25% en économie libre et à 70-80% en milieu protégé. Une incapacité de travail à 80% a été attestée du 29 mai au 30 juin 2019, à 50% en juillet 2019 et à 40% du 1^{er} août au 22 octobre 2019.

4.10 Le 1^{er} novembre 2019, le SMR, par sa spécialiste en psychiatrie et psychothérapie a indiqué qu'aucun indice ne permettait d'attester une "pathologie plus profonde". En se référant au rapport lié à la mesure d'observation, elle a signalé qu'il n'était pas possible de dire si les difficultés de la recourante à prendre des décisions étaient liées à son trouble, mais que ce document démontrait la présence de problèmes comportementaux, voire d'un déficit intellectuel, ce qui pouvait révéler une atteinte neuro-psychologique. Elle a donc conseillé une expertise dans cette discipline,

avant de mettre en évidence que la recourante était parvenue à travailler sur le marché du travail seulement parce qu'elle occupait un emploi de niche et que les avis médicaux concordaient sur le fait qu'une amélioration des performances était exclue.

4.11 Du rapport du 9 janvier 2020 relatif à l'entraînement progressif au travail, il ressort que cette mesure a été menée à 60% (une augmentation ayant été exclue par la psychiatre traitante). Les mêmes constats que ceux issus de l'écrit du 2 octobre 2019 ont essentiellement été rapportés.

4.12 Le 27 avril 2020, un expert neuropsychologue a posé les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) de troubles spécifiques mixtes du développement, en particulier de trouble du développement des acquisitions scolaires et de trouble de l'apprentissage (ch. F83, F81.3 et F83.9 CIM-10), en indiquant que le premier était d'intensité légère à modérée et qu'il résumait les deux suivants. Il a admis une réduction de rendement de 30% dans l'activité habituelle, sans diminution du temps de présence. Dans une activité adaptée, il a estimé le rendement à 90%. Il a précisé que son évaluation de la capacité de travail valait depuis toujours.

4.13 La spécialiste du SMR a confirmé le diagnostic de trouble obsessionnel compulsif mixte avec idées obsédantes et comportements compulsifs (ch. F42.2 CIM-10), le 30 avril 2020. Elle a déclaré que la recourante n'était pas capable d'appréhender ses problèmes de manière ordonnée, de relativiser, de rechercher des solutions et de gérer le stress, de sorte qu'elle développait des symptômes psychiatriques qui avaient renforcé son trouble. Elle a donc nuancé le profil d'exigibilité de l'expertise neuropsychologique, afin de tenir compte de la réduction des ressources psychiatriques et a ajouté qu'en respectant celui-ci, la capacité de travail était intacte, mais le rendement diminué de 10%. Le 26 août 2020, elle a répété que, selon l'expertise, l'intéressée ne pouvait pas répondre aux exigences du premier marché de l'emploi, relevant toutefois qu'il appartenait aux spécialistes de l'intégration professionnelle de trancher cette question et que la situation était claire sur le plan médical. Le 6 octobre 2020, elle a donc nié la nécessité d'une expertise psychiatrique, en expliquant que le QI était de plus de 70 et qu'un diagnostic d'intelligence réduite ne pouvait être posé. Elle a ajouté que l'expertise expliquait

pourquoi la recourante ne répondait probablement pas aux exigences du premier marché de l'emploi et réitéré que la possibilité de mettre à profit le profil d'exigibilité retenu sur le marché du travail était très discutable, l'ORP l'ayant aussi exclu.

4.14 Le 27 octobre 2020, la recourante a remis deux rapports d'une fondation dans laquelle elle avait accompli une mesure relative au marché du travail. Dans le premier, il a été décrit que la qualité et le rythme du travail étaient en-dessous de la moyenne dans tous les travaux. Il a aussi été indiqué que le travail nécessitait un suivi et un contrôle constant. Le rendement a été jugé incompatible avec les exigences du marché de l'emploi. Du dernier document, il apparaît que la qualité des travaux a été jugée bonne, mais le rythme lent, les capacités de concentration et d'apprentissage limitées, ainsi que l'autonomie réduite.

4.15 Devant le TA, la recourante a encore produit un rapport du 5 mai 2021 de l'hôpital régional, signé notamment par sa psychiatre et psychothérapeute, ainsi qu'un rapport de sa médecin traitante du 10 mai 2021. Or, le juge des assurances sociales apprécie en principe la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). En l'espèce, même si les deux rapports précités sont postérieurs à la décision entreprise et qu'ils ne devraient donc pas être pris en compte dans la présente procédure, tel doit néanmoins être le cas, à mesure qu'ils sont de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision a été rendue (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Ainsi, dans le rapport du 5 mai 2021, il a été rappelé que tous les intervenants étaient d'avis qu'une activité dans le premier marché du travail n'était pas exigible. Il a aussi été critiqué que l'intimé se soit basé sur l'avis d'un expert non spécialisé en psychiatrie. De même, il ressort de ce document qu'une expertise psychiatrique aurait été nécessaire pour révéler une problématique sous-jacente, soit un trouble du rapport à la réalité (la personnalité étant psychotique et des éléments hallucinatoires ayant été constatés). Il a enfin été nié que les exigences de productivité aient augmenté et été relevé au contraire que l'atteinte de la recourante s'était

aggravée avec l'âge. Quant au rapport de la médecin traitante du 10 mai 2021, il a aussi critiqué l'absence d'expertise psychiatrique et conclu que la recourante ne pouvait travailler que dans un atelier protégé. La médecin a ajouté que l'employeur de l'intéressée ne l'avait engagée que par humanité et respect pour son père, qui avait été employé des dizaines d'années dans l'entreprise. Enfin, elle a confirmé que sa patiente avait été licenciée en raison de l'aggravation du TOC (des lettres de l'employeur, produites par la recourante, évoquant quant à elles que le licenciement était justifié par le comportement de cette dernière).

5.

5.1 La décision attaquée se fonde sur le rapport d'expertise neuropsychologique et sur les divers avis du SMR. Même si la recourante affirme que l'intimé a ignoré le volet psychiatrique du dossier dans sa décision (p. 2 de la réplique), il apparaît que la psychiatre et psychothérapeute du SMR s'est expressément prononcée sur ce point et que ses précisions n'ont modifié que le profil d'exigibilité, sans impacter l'examen de la capacité de travail et du rendement. On ne saurait ainsi déduire du fait que la décision entreprise n'évoque qu'une diminution de rendement de 10%, que celle-ci se fonde uniquement sur l'avis de l'expert et non sur ceux du SMR. De plus, rien ne suggère (hormis les griefs soulevés par l'intimé contre la valeur probante des avis du SMR, mais au stade de la réponse) que la décision querellée a ignoré le volet psychiatrique. Se pose donc la question de la force probante de ces documents.

5.2 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes

pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

5.3

5.3.1 S'agissant de l'expertise, du point de vue formel, l'expert, dont les qualifications en neuropsychologie ne sauraient être remises en cause, a procédé à un examen personnel de la recourante, a pris en compte ses plaintes subjectives, son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle), ainsi que l'ensemble des documents médicaux versés en procédure (dos. AI 81.1/2 ss). Les résultats ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance du dossier. Les conclusions de l'expert sont par ailleurs détaillées, étayées et elles ne laissent pas apparaître d'élément permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de ces documents médicaux. Partant, d'un point de vue formel, le rapport du 27 avril 2020 répond aux exigences posées par la jurisprudence, s'agissant de la valeur probante d'un tel écrit. La recourante ne le conteste du reste aucunement.

5.3.2 Quant à l'aspect matériel, l'expert a tenu compte du fait que la recourante lui avait confié qu'elle était mentalement plus lente que la moyenne et qu'elle avait connu des difficultés scolaires (d'assimilation des matières), aussi bien durant son apprentissage d'employée de maison (qu'elle n'avait pu mener à bien) que pour obtenir le permis de conduire (acquis après au moins une année de révision pour la théorie et deux ans d'entraînement pour la pratique). L'expert a aussi pris en considération que la recourante lui avait indiqué que sa concentration fluctuait un peu et que son esprit était toujours ailleurs au travail. Il s'est basé sur le fait que la recourante avait occupé un emploi cognitivement simple et répétitif pendant plus de 20 ans (sa tâche ayant été de sortir des pièces d'une corbeille, de les placer sur la chaîne, puis de les remettre dans la corbeille une fois celles-ci passées dans un four). L'expert a par ailleurs illustré le TOC de la recourante en indiquant qu'elle avait besoin d'effectuer des contrôles pour se rassurer. Il a aussi souligné que le comportement était enfantin et naïf, que la vitesse psychomotrice était réduite, que le langage présentait des temps de latence accrus et que le niveau de langage/de compréhension était limité. En revanche, il n'a pas noté d'anomalie au niveau de

l'apparence, de l'orientation, de l'attention et de l'endurance mentale. Au moyen de tests (en partie standardisés), il a illustré de façon probante que le QI était de 78/79 et que la recourante éprouvait une peine importante pour la lecture, l'écriture, la compréhension et le calcul. Les diagnostics de trouble de l'apprentissage et de troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires, résumés sous la forme de troubles spécifiques mixtes du développement, sont ainsi étayés de façon claire et compréhensible. De plus, puisque l'expert s'est référé à la doctrine médicale, l'appréciation de l'intensité du trouble, jugée légère à modérée, ne prête pas non plus flanc à la critique. C'est donc de façon probante que l'expert a décrit les répercussions des atteintes, à savoir des difficultés accrues pour analyser, comprendre rapidement des situations, réagir, apprendre, rester concentrée et garder en mémoire des informations. L'expert a ainsi expliqué de manière convaincante que les difficultés intellectuelles empêchaient la recourante d'appliquer le savoir-faire appris à d'autres situations, avaient pour effet de la ralentir et limitaient sa flexibilité, sa faculté de déduction et sa résistance au stress, la recourante étant toutefois en mesure de parler, de comprendre les consignes courtes/simples, de retenir des informations durant un moment, de les manipuler, d'apprendre de nouvelles données et de résoudre des problèmes bien définis. Ce faisant, les conclusions de l'expert (sous l'angle neurologique et sans tenir compte d'éventuelles restrictions d'ordre psychiatrique; dos. AI 81.1/14), d'après qui la recourante peut assumer un emploi adapté à 100%, avec une réduction de rendement de 10%, impliquant des tâches manuelles, simples, répétitives, sans responsabilité et sous supervision (sans exigence élevée quant à la précision, la flexibilité et au rythme de travail), ne sollicitant pas voire peu de travaux de lecture, d'écriture et de calcul, sont logiques et cohérentes, si bien qu'il faut accorder une pleine valeur probante à l'expertise.

5.3.3 En particulier, on ne peut suivre la recourante, lorsqu'elle prétend que cette expertise est contradictoire, à mesure qu'elle évoque une diminution de rendement d'environ 30% mais aussi, en même temps, une perte de rendement de 10% dans une activité adaptée (dos. AI 81.1/13; voir aussi p. 2 du recours et de la réplique). En effet, s'il est vrai que le rapport du 27 avril 2020 n'est pas explicite à ce sujet, force est d'admettre

avec l'intimé (ch. 7 de la réponse) que l'évaluation aboutissant à environ 30% de réduction de rendement se rapporte à la dernière activité exercée (l'expert évoquant ce taux après avoir rappelé que le dernier emploi était relativement bien adapté) alors que, selon l'expertise, la réduction de rendement de 10% vise un emploi (parfaitement) adapté. De même, c'est en vain que la recourante conteste avoir subi une augmentation des exigences de productivité auprès de son ancien employeur, comme l'expert l'a retenu (p. 2 s. de la réplique; p. 3 § 4 du rapport de l'hôpital régional du 5 mai 2021). En effet, la recourante avait elle-même confié à l'expert qu'elle et ses collègues étaient tenus d'accomplir toujours plus de travail et ce plus rapidement, confirmant ainsi l'augmentation de sa charge de travail. De plus, la recourante a admis que: "au bout d'un moment ça ne marchait plus" (dos. AI 49/3, 81.1/5, 95/9; voir aussi c. 4.13, s'agissant de l'avis similaire du SMR et p. 4 du "Protokoll per 03.03.2021").

5.4

5.4.1 Quant au volet psychiatrique et concernant le point de vue de la recourante, partagé par sa psychiatre/psychothérapeute (p. 2 du rapport de l'hôpital régional du 5 mai 2021) et par sa médecin traitante (p. 2 du rapport de celle-ci du 10 mai 2021), selon lequel l'intimé se devait d'organiser une expertise psychiatrique, il appelle tout d'abord les remarques suivantes. L'expert neuropsychologue s'est penché sur le fonctionnement intellectuel de la recourante et a apprécié les répercussions d'une éventuelle diminution de son intelligence, retenant un QI de 78/79. Or, en la matière, la jurisprudence constante du TF prévoit qu'en présence d'un QI de 70 ou plus, une atteinte à la santé invalidante au sens du droit de l'AI doit être exclue (TF 9C_5/2021 du 6 mai 2021 c. 3.3 et les références). La spécialiste du SMR l'a d'ailleurs évoqué dans son rapport du 6 octobre 2020 (voir c. 4.15), en concluant qu'il ne se justifiait de ce fait aucunement d'organiser une expertise psychiatrique. Cependant, il ressort aussi de la jurisprudence que, dans le cas d'un QI situé tout juste dans la norme, le caractère invalidant de l'atteinte ne peut d'emblée être nié (TF 9C_601/2019 du 7 janvier 2020 c. 3.5.3). Au contraire, il y a lieu d'admettre que le QI n'est pas à lui seul déterminant mais que l'ensemble des atteintes à la santé doit être inclus dans la réflexion (TF 9C_611/2014 du 19 février

2015 c. 5.1). En effet, selon le TF, il faut examiner dans chaque cas si le défaut d'intelligence, associé à d'éventuelles autres atteintes à la santé, influence la capacité de travail raisonnablement exigible (TF 8C_189/2018 du 25 mai 2018 c. 4.2.3 et les références). Partant, en application de cette jurisprudence, l'intimé ne pouvait se passer d'examiner le volet psychiatrique du dossier. Il faut dès lors déterminer si les rapports du SMR sont suffisants à cet égard.

5.4.2 Les rapports du SMR (art. 49 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPG. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, pour autant qu'ils satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires (TF 9C_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2 [passage de texte non publié du c. 3.3.2 de l'ATF 135 V 254 = TF 9C_204/2009]). Sous l'angle de l'appréciation des preuves, il y aura néanmoins lieu de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance doit être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée par l'AI. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée devront alors également être pris en considération. Si les constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3b/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 c. 4.4 - 4.6). Dans l'examen de la force probante, est avant

tout déterminant le fait que l'expertise soit complète au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (TF 8C_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

5.4.3 En premier lieu, il faut souligner que la controverse entre les parties quant aux qualifications de la spécialiste du SMR pour se prononcer au sujet de l'expertise (p. 1 du recours; ch. 8 s. de la réponse), en relation avec la force probante des rapports du SMR, n'a pas lieu d'être. En effet, même si la spécialiste du SMR a indiqué que le profil d'exigibilité retenu ne pouvait pas être mis en œuvre sur le marché du travail, celle-ci n'en a pas pour autant, de cette manière, remis en cause l'avis de l'expert. La spécialiste du SMR avait d'ailleurs répété que cette question devait être tranchée par les spécialistes de l'intégration professionnelle (voir c. 4.14). Ce faisant, il apparaît que les conclusions de l'expert et celles de la spécialiste du SMR ne s'opposent pas, chacun des médecins étant demeuré dans son domaine de compétence. De surcroît, les qualifications de la spécialiste du SMR pour se prononcer sur le volet psychiatrique du dossier échappent à toute critique. Il en va de même (sur le strict plan formel) du fait que celle-ci n'a pas examiné la recourante, dès lors que l'absence d'examen personnel ne fait pas en soi échec à la force probante d'un rapport du SMR (voir c. 5.4.2). Il convient ici de préciser que cet aspect devra toutefois aussi être apprécié du point de vue matériel, en examinant le point de savoir si l'état de fait au dossier était établi à suffisance médicalement (voir TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1; SVR 2020 IV n° 38 c. 4.3).

5.4.4 Sur le plan matériel, il convient en premier lieu de rappeler que l'expertise a été ordonnée au motif que des difficultés dans la prise de décisions et des problèmes de comportement suggéraient une atteinte neuropsychologique (à savoir une surcharge mentale; voir c. 4.10 et dos. AI 81.1/3). Sur le plan psychiatrique, la spécialiste du SMR a en effet confirmé le diagnostic de trouble obsessionnel compulsif (qui fait du reste l'objet d'un consensus parmi les médecins consultés) et n'a pas contesté l'existence d'une dépression. Elle a en outre admis que l'atteinte était accompagnée de restrictions fonctionnelles. La spécialiste du SMR a

toutefois précisé que le trouble et la dépression pouvaient être traités et que la situation ne devrait être revue qu'à défaut d'amélioration après six mois (voir c. 4.8; dos. AI 42/4). Après avoir obtenu le rapport d'expertise, qui permettait de confirmer les bienfaits de la thérapie (la recourante ayant relaté qu'elle bénéficiait désormais d'un suivi psychiatrique/psychothérapeutique et qu'elle allait plutôt bien, la thymie ne présentant aucune particularité d'après l'expert; dos. AI 81.1/6 et 81.1/10, voir aussi dos. AI 95/9 et p. 2 du "Protokoll per 03.03.2021", note du 09.05.2019), la spécialiste du SMR s'est donc contentée de retenir que, lors de l'expertise, la recourante n'était exposée à aucune pression/à aucun stress et suivait un traitement depuis un certain temps (ce qui expliquait que l'expert n'avait pas remarqué de symptôme psychiatrique, voir dos. AI 82/2), si bien qu'il suffisait de se référer au profil d'exigibilité de l'expert. Elle a retenu au surplus que la situation médicale était claire (l'expertise expliquant tout à elle seule; dos. AI 93/2, voir aussi dos. AI 82/2). Le SMR s'est dès lors, de cette manière, contenté de désigner le TOC comme un effet issu de l'état neuropsychologique. En effet, il ressort de son écrit du 30 avril 2020 que la spécialiste du SMR a expliqué les symptômes psychiatriques par le fait que la recourante n'était pas apte à gérer ses problèmes de manière ordonnée, à relativiser, à rechercher des solutions et à gérer le stress (voir c. 4.13). Pour le reste, elle s'est limitée à reprendre les constats de l'expert, qui a indiqué que la thymie était sans particularité, qu'un trouble de l'anxiété ou un état dépressif important n'étaient pas présents et que l'existence d'un TOC était douteuse.

5.4.5 Ce raisonnement ne peut être confirmé. En effet, il revient à ignorer qu'il appartient au spécialiste en psychiatrie d'évaluer la capacité de travail, en tenant compte des déficits neuropsychologiques. Une expertise neuropsychologique ne revêt ainsi qu'un caractère complémentaire (TF 9C_752/2018 du 12 avril 2019 c. 5.3, 9C_557/2018 du 12 février 2019 c. 7.1, 9C_338/2016 du 21 février 2017 c. 5.4). Elle peut servir d'aide mais n'a pas la même valeur qu'une évaluation spécialisée dans un domaine de compétence à part entière (TF 8C_11/2021 du 16 avril 2021 c. 4.2). Or, en l'occurrence, le SMR a procédé inversement. Qui plus est, il n'a notamment pas discuté de la réserve de l'expert en neuropsychologie, qui a signalé qu'il était néanmoins possible que la recourante souffre d'une dépression

(dos. AI 81.1/10 s.). Pourtant, l'expert a relevé que la recourante n'était toujours pas stable, qu'elle souffrait de sautes d'humeur et que son anxiété était réapparue car elle se faisait beaucoup de souci pour son avenir (dos. AI 81.1/5 s.). Le SMR ne pouvait dès lors admettre que la dépression ne jouait pas/plus de rôle. Cela vaut d'autant plus que, dans son écrit du 25 juillet 2019, ce service a expliqué que les répercussions fonctionnelles du TOC affectaient le rendement et causaient un épuisement psychique engendrant une dépression propre à affecter encore davantage le rendement (voir c. 4.7). La psychiatre/psychothérapeute de la recourante s'est d'ailleurs aussi exprimée en ce sens dans la présente procédure, puisqu'elle a insisté sur le fait que sa patiente subissait surtout une usure mentale qui s'était accrue avec le vieillissement (p. 3 du rapport de l'hôpital régional du 5 mai 2021). A ce propos, il apparaît du reste que le SMR n'a pas non plus approfondi la question des interactions entre les aspects neuropsychologiques et psychiatriques. Il s'est borné à reprendre l'avis de l'expert, qui avait évoqué que les premières pouvaient être les fondements des secondes (dos. AI 81.1/11). Il a par ailleurs suivi cette appréciation sans nuance et sans tenir compte du fait que l'expert a écrit qu'à l'inverse, les problèmes neuropsychologiques pouvaient aussi être aggravés par la persistance ou par la péjoration des atteintes psychiatriques (dos. AI 81.1/14). De surcroît, il n'a pas non plus évoqué la problématique mise en relief par la psychiatre/psychothérapeute du réseau de santé mentale, qui a certes attribué au TOC une fonction défensive face au surmenage, mais aussi une fonction de raccrochage à la réalité, dans le contexte d'une personnalité psychotique (dos. AI 66/3). La psychiatre et psychothérapeute a du reste précisé, dans son rapport produit devant le TA, qu'elle avait constaté que sa patiente était sujette à des hallucinations et qu'il y avait lieu de suspecter un trouble du rapport à la réalité (p. 3 du rapport de l'hôpital régional du 5 mai 2021). Cette affirmation, certes contredite par l'avis de la psychiatre/psychothérapeute du centre de psychiatrie cantonal (qui a déclaré n'avoir jamais constaté d'éléments de la lignée psychotique; dos. AI 41/4), est corroborée par les rapports relatifs aux mesures professionnelles, dans lesquels il a été souligné que la recourante n'était "pas vraiment ancrée dans la réalité" (dos. AI 49/3) et que son comportement était décalé (avec des remarques créant parfois un malaise et pouvant conduire à un isolement social; dos. AI 73/2). La fondation ayant

conduit la mesure relative au marché du travail a aussi indiqué que l'intéressée semblait parfois désorientée, voire perdue (dos. AI 95/9 et 95/11 s.). Enfin, l'expert a rapporté que le besoin de la recourante d'effectuer des contrôles s'expliquait par le fait qu'elle avait besoin de se rassurer que "tout soit bien en place" (dos. AI 81.1/5).

5.5 Dans ces circonstances, le dossier ne permet donc ni de trancher la question de l'existence et, le cas échéant, des répercussions d'un éventuel état dépressif ou anxieux, ni d'établir l'impact des atteintes psychiatriques par rapport à celles découlant des troubles neuropsychiatriques. Or, au vu de la jurisprudence du TF, qui exclut l'existence d'une atteinte invalidante en présence d'un QI supérieur à 70, mais qui exige néanmoins la prise en compte de l'ensemble des atteintes à la santé (voir c. 5.4.1), la question des interactions entre les atteintes neuropsychologiques et psychiatriques s'avère déterminante. Il s'ensuit que les conclusions de la spécialiste du SMR, selon qui les symptômes psychiatriques proviennent (seulement) du fait que la recourante ne parvient pas à appréhender ses problèmes et à gérer son stress (en raison de ses atteintes neuropsychologiques; dos. AI 94/1), ne s'imposent pas à un degré de vraisemblance prépondérante (degré de preuve usité en droit des assurances sociales; ATF 144 V 427 c. 3.2). Les rapports de la psychiatre du SMR ne pouvaient ainsi servir de base à la décision attaquée, s'agissant du volet psychiatrique du dossier.

6.

Il s'ensuit que le recours doit être admis et la décision attaquée annulée. La cause doit être renvoyée à l'intimé pour une instruction médicale sous l'angle psychique/psychiatrique, mettant en œuvre une expertise conforme aux standards de la jurisprudence récente, comportant une proposition d'évaluation de la capacité de travail fondée sur une analyse normative et structurée (ATF 144 V 50 c. 4.3, 141 V 281 c. 5.2.2). L'expertise devra éclaircir l'existence, l'ampleur et les répercussions fonctionnelles d'une possible dépression ou d'un état anxieux, de même que d'un trouble obsessionnel compulsif et préciser les interactions éventuelles entre les constats psychiatriques et ceux découlant de l'expertise neuro-

psychologiques du 27 avril 2020. Sur la base médico-théorique ainsi arrêtée, l'intimé procédera ensuite à une nouvelle évaluation de l'invalidité jusqu'à la date de sa nouvelle décision. Cas échéant, elle se déterminera encore à propos de la possibilité de la recourante de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle (éventuelle) sur un marché du travail équilibré.

7.

7.1 En conclusion, le recours est admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire 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'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 et al. 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais de Fr. 800.- versée par la recourante lui est restituée.

7.3 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Cette règle s'applique indépendamment de la question de savoir si la partie recourante a conclu au renvoi ou si sa conclusion au renvoi a été prise à titre principal ou à titre subsidiaire (SVR 2017 KV n° 9 c. 9.1). Assistée d'un avocat agissant à titre professionnel, la recourante a droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA. Ce dernier ayant renoncé à produire une note d'honoraires, les dépens, à mettre à la charge de l'intimé, sont fixés à un forfait de Fr. 1'500.- (TVA comprise), vu la complexité objective de la procédure judiciaire et la pratique du TA dans des cas semblables (voir notamment la Circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales en cas de représentation par un organisme reconnu d'utilité publique, disponible sur le site internet du TA: www.justice.be.ch/ta → Téléchargements & publications).

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé 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. L'avance de frais de Fr. 800.- versée par la recourante lui sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 1'500.- (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. 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 C. _____ SA.

Le président:

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).