

200.2021.511.AI
N° AVS
NIG/EGC

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

Jugement du 3 juin 2022

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président
M. Moeckli et A.-F. Boillat, 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 2 juin 2021



En fait:

A.

A. _____, née en 1972, mariée et mère de trois enfants nés en 1994, 2004 et 2008, est entrée en Suisse en 2000. Sans formation, elle n'a jamais exercé d'activité lucrative et a bénéficié du soutien des services sociaux. Le 18 mai 2010, elle a demandé des prestations de l'assurance-invalidité (AI), en déclarant souffrir d'un trouble nerveux et panique depuis le 1^{er} novembre 2005. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne s'est procuré des rapports des médecin et psychiatre/psychothérapeute traitants. Il a également obtenu des informations du service social, consulté le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) et diligenté une enquête ménagère et relative à l'activité lucrative. Par décision du 11 décembre 2012, l'Office AI Berne a exclu un droit à une rente d'invalidité.

B.

Par courrier envoyé le 8 mai 2019, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations. Elle y a fait valoir être atteinte d'un trouble post-traumatique depuis 2005 et a expliqué que son état de santé s'était aggravé. L'Office AI Berne a alors requis des rapports actualisés de la médecin et du psychiatre/psychothérapeute traitants, de même que d'une clinique universitaire pour la psychiatrie et la psychothérapie. En suivant la recommandation du SMR, il a ensuite diligenté une expertise psychiatrique, dont les conclusions lui ont été délivrées le 4 août 2020. L'Office AI Berne a rendu une préorientation le 30 octobre 2020, avant de nier le droit de l'assurée à des prestations dans une décision du 2 juin 2021.

C.

L'assurée, désormais représentée par un mandataire professionnel, a recouru le 5 juillet 2021 contre la décision de l'Office AI Berne du 2 juin

2021 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, outre à l'assistance judiciaire, à l'annulation de cette décision et, principalement, à ce que ses droits soient constatés, de même que, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Le 26 août 2021, l'intéressée a retiré sa requête d'assistance judiciaire. Dans sa réponse du 24 septembre 2021, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. L'avocat de l'assurée a produit une note d'honoraires le 12 octobre 2021.

En droit:

1.

1.1 La décision du 2 juin 2021 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie tout droit à des prestations de l'AI. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision, sur le constat des droits de l'intéressée et, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. La recourante critique en particulier le fait que l'intimé ne lui ait pas reconnu une atteinte invalidante à la santé et que celui-ci n'ait en outre pas admis un statut mixte, ni diligenté une nouvelle enquête ménagère, ni retenu d'abattement pour calculer son revenu d'invalidé.

1.2 Sur le vu des motifs du recours, la conclusion en constatation de la recourante (conclusion n° 2 du recours) doit être comprise comme une conclusion formatrice tendant à l'octroi de prestations de l'AI. Elle ne pose ainsi pas de problème de recevabilité, que ce soit quant à l'intérêt digne d'être protégé qui devrait justifier une véritable conclusion en constat (art. 49 al. 2 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]) ou quant au principe de la subsidiarité des décisions de cette nature (ATF 122 V 28 c. 2b).

1.3 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 LPGA; 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]).

1.4 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]).

1.5 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 La modification du 19 juin 2020 de la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Puisque, sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou au moment de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 146 V 364 c. 7.1, 144 V 210 c. 4.3.1) et que la décision attaquée date d'avant l'entrée en vigueur de cette modification, il faut examiner le droit à la rente selon les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

2.2 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 qui entre en considération, 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).

2.3 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 (ATF 142 V 106 c. 4.4).

2.4 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 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'ancien art. 28 al. 2 LAI (RO 2007 5129), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.5 Lors d'une nouvelle demande, l'assuré doit rendre plausible une modification des circonstances. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, n'est pas applicable à ce stade de la procédure. Si l'administration accepte d'entrer en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner la cause quant au fond (examen matériel) et vérifier si la modification du degré d'invalidité alléguée par l'assuré s'est réellement produite; elle procédera alors d'une manière analogue à celle qui est applicable à un cas de révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA (SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2). Si elle constate que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié depuis la décision précédente passée en force, elle rejette la nouvelle demande. Sinon, elle examine d'abord si la modification constatée suffit pour admettre, cette fois, une invalidité ouvrant droit à une rente et rend une décision en conséquence. En cas de recours, la même obligation d'examiner l'affaire quant au fond incombe aussi au juge (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1).

La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche dans la procédure faisant suite à la nouvelle demande (examen matériel) en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision de refus à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 c. 5.3, 130 V 71 c. 3.2.3; VSI 1999 p. 84 c. 1b). Lorsqu'à la suite d'un premier refus de prestations, un nouvel examen matériel du droit à la rente aboutit à ce que celui-ci soit à nouveau nié dans une décision entrée en force reposant sur une constatation des faits (médicaux) pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas d'indices d'une modification des conséquences exercées par l'état de santé sur la capacité de gain) conformes au droit, la personne assurée doit se laisser opposer ce résultat – sous réserve de la jurisprudence en matière de reconsidération et de révision procédurale – lors d'une nouvelle annonce à l'AI (ATF 130 V 71 c. 3.2.3).

2.6 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).

2.7 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 moyens de preuve 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 l'acte attaqué, l'intimé a exclu toute atteinte invalidante à la santé de la recourante. En se fondant sur le rapport d'expertise du 4 août 2020 et y appliquant les indicateurs standards prévus par la jurisprudence, il a relevé que la recourante souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, ainsi que d'une anxiété généralisée, mais qu'il n'en résultait aucune limitation grave, puisque l'intéressée avait toujours fonctionné de la même façon depuis sa venue en Suisse. Il a ajouté que le traitement prodigué était insuffisant et que les possibilités thérapeutiques n'avaient donc pas été épuisées. Relevant l'absence de réseau social, il a nié toute comorbidité, signalé que l'assurée disposait de ressources personnelles et que l'état psychologique de celle-ci avait été influencé par des facteurs sociaux et culturels sans rapport avec une maladie. Il a également expliqué qu'il n'y avait pas eu de différence entre les activités entreprises avant et après les atteintes à la santé. Enfin, il a considéré que les conclusions de l'expertise du 4 août 2020 l'emportaient sur celles du psychiatre traitant, au regard notamment de la relation de confiance unissant celui-ci à sa patiente.

3.2 Dans son recours, l'intéressée critique en premier lieu l'avis de l'intimé, en tant que celui-ci n'a pas reconnu d'atteinte invalidante à sa santé. Elle mentionne que l'expert a expressément retenu que son état de santé était désastreux et qu'elle n'était en mesure de travailler que de façon réduite. Elle ajoute que le rapport d'expertise du 4 août 2020 démontre que son état de santé s'est péjoré depuis la première décision de l'intimé du 11 décembre 2012. En outre, si celui-ci désirait exclure une telle péjoration, il aurait dû procéder à une révision procédurale de sa première décision. La recourante reproche également à l'intimé d'avoir omis de considérer le changement de son statut depuis cette dernière décision. A ce propos, elle explique que l'expertise s'est référée à des activités professionnelles théoriques pour évaluer sa capacité de travail et que sa situation familiale a évolué, étant désormais séparée et ne devant plus s'occuper de ses filles. En raison de cette nouvelle situation, elle est d'avis que l'intimé aurait dû organiser une nouvelle enquête ménagère. Enfin, elle estime avoir droit à un abattement maximal de 25% sur son revenu d'invalidé.

4.

En préambule, il faut relever que l'intimé est entré en matière sur la demande de prestations du 8 mai 2019. Dans la mesure où cette question n'est pas litigieuse dans le cas présent, le TA n'a pas à revoir cet aspect de la procédure (ATF 109 V 108 c. 2b) et doit procéder à un examen matériel du cas d'espèce (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; SVR 2019 IV n° 39 c. 5). Dans ce contexte, il y a toutefois lieu de relever que, puisque la décision matérielle du 11 décembre 2012 est entrée en force, la recourante ne saurait la rediscuter (voir c. 2.5.2). En effet, la reconsidération d'une décision relève du seul pouvoir d'appréciation de l'intimé (art. 53 al. 2 LPGA) et ne peut lui être imposée par une autorité judiciaire (ATF 133 V 50 c. 4; SVR 2018 IV n° 33 c. 5.4, 2014 IV n° 7 c. 3.3). Quant à l'art. 53 al. 1 LPGA, cité par la recourante (p. 6 du recours), il se rapporte au cas où l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Cette norme tend ainsi à corriger une constatation inexacte des faits, à savoir une inexactitude initiale sur les faits (ATF 146 V 364

c. 4.2, 135 V 215 c. 4.1). En l'espèce toutefois, contrairement à ce que la recourante évoque, on ne peut déduire de l'expertise du 4 août 2020, ou d'un autre document produit, que la première décision du 11 décembre 2012 était basée sur des faits erronés. Une révision procédurale, fondée sur l'art. 53 al. 1 LPG, n'entre donc pas non plus en ligne de compte. Du reste, même s'il fallait suivre la recourante et admettre que l'expertise révèle que l'état de santé pris en compte dans la décision du 11 décembre 2012 était en réalité moins bon à cette époque (ce qu'on ne peut toutefois déduire de l'expertise, voir notamment c. 6.4), on devrait considérer qu'il ne s'agirait que d'une appréciation différente d'un même état de fait. Or, en pareil cas, une révision serait également exclue (ATF 147 V 161 c. 4.2, 144 I 103 c. 2.1).

5.

5.1 L'intimé a rendu la décision du 11 décembre 2012 en se fondant essentiellement sur des rapports du SMR des 3 et 17 septembre 2012 et un rapport d'enquête économique sur le ménage du 12 octobre 2012.

Le SMR, par un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR, a retenu les diagnostics d'agoraphobie avec attaques de panique et de dépression récidivante, épisode actuel léger (ch. F40.01 et F33.0 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'organisation mondiale de la santé). Dans un second écrit du 17 septembre 2012, le spécialiste a confirmé ce diagnostic et encore exclu celui de trouble post-traumatique. Il a attesté une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. En outre, il a retenu que l'intéressée était apte à assumer les tâches ménagères, avec une baisse des performances, du fait d'attaques de panique (dos. AI 29 s.).

Dans le rapport d'enquête économique sur le ménage, le statut d'assurée occupée à l'accomplissement des tâches ménagères a été retenu à 100%. Ainsi, un empêchement de 10% a été admis pour l'accomplissement des achats, de 20% pour les travaux en lien avec l'alimentation, de 20% pour le soin du ménage, de 10% pour la lessive/le repassage et de 30% s'agissant de la prise en charge des enfants. Après pondération de ces restrictions,

un empêchement total de 19,5% a été arrêté, aboutissant à un taux d'invalidité de 20%.

5.2 Suite à la seconde demande de prestations, l'intimé s'est surtout procuré les documents médicaux suivants.

5.2.1 Le 11 juillet 2018, le psychiatre et psychothérapeute traitant a posé les diagnostics de trouble post-traumatique et de trouble dépressif récidivant. Le 31 décembre 2018, il a précisé que ce dernier diagnostic devait être retenu sous la forme d'un épisode grave, l'intéressée présentant des idées suicidaires et un retrait social total. Il a estimé l'incapacité d'assumer les tâches ménagères à 80% et attesté une incapacité de travail à 100%, même en milieu protégé. Dans un envoi du 11 juillet 2019, ce spécialiste a encore posé les diagnostics de migraines et de modification durable de la personnalité après une surcharge extrême suite à un trouble post-traumatique (ch. G43 et F62 CIM-10). Il a relevé qu'une prise en charge en milieu stationnaire dès le 11 juillet 2018 s'était avérée infructueuse et que l'état de santé s'était même aggravé après celle-ci. Il a ajouté que sa patiente s'était séparée de son mari et a attesté une incapacité de travail totale depuis 2018. Dans un rapport du 23 janvier 2020, le psychiatre et psychothérapeute traitant a encore rapporté que l'état s'était aggravé, la distractibilité étant telle que l'intéressée n'était plus capable de cuisiner et la dissociation l'avait conduite à se perdre dans la rue. Il a confirmé l'incapacité de travail à 100% dès 2018.

5.2.2 Le 31 juillet 2018, une clinique universitaire pour la psychiatrie et la psychothérapie a retenu les diagnostics de trouble dépressif récidivant, épisode actuellement sévère avec symptômes psychotiques et synthymiques (ch. F33.30 CIM-10), de trouble post-traumatique (ch. F43.1 CIM-10), ainsi que de troubles psychiques et du comportement, engendrés par des sédatifs et hypnotiques (benzodiazépines): syndrome de dépendance (ch. F13.2 CIM-10). Cette clinique a mentionné qu'à la suite d'une prise en charge stationnaire intervenue du 11 au 19 juillet 2018, une stabilisation partielle avait pu être constatée, avec en particulier une disparition des idées suicidaires.

5.2.3 Le 10 mars 2020, une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR a recommandé la réalisation d'une expertise psychiatrique, en relevant que la recourante était analphabète et qu'elle n'avait jamais travaillé, si bien que la question des limitations pour les activités ménagères se posait.

Un spécialiste en neurologie, psychiatrie et psychothérapie s'est donc prononcé le 4 août 2020. Il a alors retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel encore moyen, avec syndrome somatique (ch. F33.11 CIM-10) et d'anxiété généralisée (ch. F41.1 CIM-10), présents depuis fin 2005. Sans impact sur la capacité de travail, il a retenu celui d'accentuation de certains traits de la personnalité, émotionnellement labile, impulsive, anxieuse-évitante, dépendante et impulsive. Au terme de son examen, il a conclu que la recourante pouvait exercer depuis mai 2019 une activité adaptée à 50%, avec une diminution de rendement de 30%. Il a encore retenu que l'activité de femme au foyer était possible à plein temps, avec une diminution de rendement de 30% depuis mai 2019.

5.2.4 Par courrier électronique du 28 février 2021, le psychiatre et psychothérapeute traitant a pris position à propos de l'expertise et expliqué qu'elle était affectée d'importantes lacunes et qu'il manquait des informations. A ce propos, il a relevé qu'il était faux d'écrire que sa patiente n'avait jamais travaillé ou que celle-ci s'était retranchée dans un rôle de victime. Il a par ailleurs relevé que l'anamnèse était absente d'explications quant à la façon dont l'assurée vivait avec ses souvenirs traumatisants. Il a enfin rappelé qu'elle présentait une importante décompensation, depuis la séparation d'avec son mari.

6.

L'intimé a fondé sa décision du 2 juin 2021 sur le rapport d'expertise du 4 août 2020. Se pose donc la question de la force probante de ce document.

6.1 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

6.2 En l'espèce, d'un point de vue formel, l'expertise répond aux exigences posées par la jurisprudence quant à la valeur probante des documents médicaux. Les qualifications de l'expert en neurologie, ainsi qu'en psychiatrie et en psychothérapie, ne sauraient être mises en doute. L'expert a par ailleurs procédé à un examen personnel de la recourante, a pris en compte ses plaintes subjectives, son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle) et l'ensemble des documents pertinents à disposition (dos. AI 94/6-11). Les résultats ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance du dossier. L'expert a aussi mis en relief les éléments nécessaires à l'analyse, sous l'angle de l'exigibilité, des répercussions fonctionnelles des atteintes psychiques et a proposé une évaluation qu'il a motivée en englobant ces différents éléments. Ses conclusions sont du reste détaillées, étayées et ne laissent pas apparaître d'élément permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise.

6.3 Du point de vue matériel, on peut constater que l'expert a motivé de façon compréhensible le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel encore moyen, avec syndrome somatique. Il a en effet souligné que la recourante lui avait confié qu'elle avait été incarcérée durant six semaines en 1999 et subi des actes de torture, puis qu'après avoir été opérée en Suisse en 2005, elle s'était réveillée en se sentant différente, sujette à de fortes angoisses et à des crises de panique que ni un suivi psychiatrique, ni une médication n'avaient pu atténuer. Il a ajouté que la recourante s'était dite souvent triste et désespérée, au point de souhaiter

être morte (une tentative de suicide étant survenue trois à quatre ans plus tôt), qu'elle était épuisée et restait toute la journée chez elle, sur son lit ou son canapé, souffrant aussi de sa séparation (dos. AI 94/11 s. et 94/20). Il a relevé qu'elle était impactée par d'importantes ruminations à propos de ses troubles anxieux et de sa situation (en grande partie isolée), qu'elle était fixée sur ses problèmes, retenait ses larmes durant l'examen et présentait un appétit diminué. Il a toutefois noté qu'elle s'exprimait de manière spontanée et fluide, avec des mimiques et gestuelles vives, que l'humeur était tout au plus légèrement déprimé au début de l'entretien, qu'elle était ouverte, attentive, aimable et polie, alors que son énergie, sa psychomotricité et son sommeil étaient intacts. Constatant que l'expertisée était souvent capable de rire, il a encore nié qu'elle soit suicidaire et il a par ailleurs insisté sur le fait qu'aucune hallucination n'était objectivable. Partant, c'est de façon crédible, en se référant du reste tant à la CIM-10 (dos. AI 94/25), qu'à des tests standardisés (dos. AI 94/23), qu'il a posé ce diagnostic et qu'il a admis que son intensité était "encore moyenne". Ce résultat s'impose d'autant plus qu'il tient compte des avis divergents du psychiatre et psychothérapeute traitant (voir c. 5.2.1), de même que de celui émis au sein de la clinique universitaire pour la psychiatrie et la psychothérapie (voir c. 5.2.2), que l'expert a mentionné dans son analyse (dos. AI 94/25 s.). Au vu des constatations de l'expert, on peut d'ailleurs comprendre pourquoi celui-ci n'a pas posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, sous la forme d'un épisode grave, comme l'avaient fait le psychiatre et psychothérapeute traitant ainsi que la clinique précitée, en constatant alors la présence d'idées suicidaires (dos. AI 55/2, 62/2 et 46/3).

Quant au diagnostic d'anxiété généralisée, l'expert s'est logiquement basé sur les propos de l'intéressée, qui a relaté que ses crises survenaient sans prévenir, à raison de deux à trois fois par semaine, avec des palpitations, ainsi qu'avec l'impression d'étouffer, d'être paralysée et d'être menacée (dos. AI 94/11 s.). Il a de surcroît évalué l'ampleur de cette pathologie par le biais d'un test (échelle d'anxiété) et a ainsi admis un degré de gravité moyen, en retenant que l'intensité et la constance des symptômes anxieux, qui dominaient le tableau clinique, ajoutées à une tension, à une nervosité, à des inquiétudes et à des symptômes végétatifs, appuyaient le diagnostic d'anxiété généralisée (dos. AI 94/23 et 94/25 s.).

Concernant le diagnostic d'accentuation de certains traits de la personnalité (émotionnellement labile, anxieuse-évitante, dépendante et impulsive), il a été posé, motif pris que la recourante vivait isolée, que ses filles la déchargeaient de toute tâche et responsabilité, entretenant ainsi sa dépendance. L'expert a aussi écrit que la recourante donnait une impression d'immaturation et d'impulsivité, se projetant dans un rôle de victime et réclamant une reconnaissance de ses souffrances. Néanmoins, il a rappelé que les traits de personnalité accentués pouvaient être contrôlés et que le diagnostic n'avait pas valeur de maladie (dos. AI 94/32). Enfin, force est d'admettre que les diagnostics de l'expert sont d'autant plus convaincants que celui-ci les a retenus après s'être exprimé de manière détaillée et compréhensible au sujet des diagnostics de trouble de l'adaptation, de dysthymie, de trouble ou modification durable de la personnalité, de trouble phobique, ainsi que de trouble de stress post-traumatique (dos. AI 94/27 ss). En particulier, s'agissant de ce dernier diagnostic, qui avait aussi été mentionné par le psychiatre et psychothérapeute traitant, de même que par la clinique universitaire pour la psychiatrie et la psychothérapie, l'expert a souligné de manière probante que la recourante n'en présentait aucun des symptômes typiques et que les tortures ayant pu justifier une telle atteinte étaient survenues 20 ans plus tôt (dos. AI 94/36 s.). On comprend par conséquent pourquoi l'expert s'est également distancé de ces avis (voir c. 5.2.1 et 5.2.2).

Enfin, l'expert a évalué de façon cohérente la capacité de travail, en constatant que les symptômes anxio-dépressifs étaient objectivement très prononcés depuis longtemps, la recourante menant une existence passive sans sortir de chez elle, n'étant plus capable d'assumer son ménage et ne disposant que de maigres aptitudes sociales (dos. AI 94/38 s. et 94/40 s.). On ne voit ainsi rien à redire à la conclusion de l'expert, qui a retenu qu'était exigible une activité simple, bien structurée, dans un environnement calme, ne nécessitant pas beaucoup de compétences sociales, ni d'autonomie et ce à raison de quatre heures par jour, avec une diminution de rendement de 30%. Il a donc arrêté la capacité de travail à 35% dans une activité adaptée et ce dès mai 2019 (date de la séparation). Qui plus est, il a ajouté de manière crédible que, dans l'activité de femme au foyer, la diminution de rendement était moins importante, à savoir de

30% (dos. AI 94/54). En définitive, l'expertise psychiatrique ne prête dès lors aucunement flanc à la critique, si bien qu'il convient de lui accorder une pleine valeur probante.

6.4 Certes, la recourante reproche à l'intimé d'avoir exclu toute atteinte invalidante à sa santé, alors que l'expert a admis qu'elle présentait un état psychique piteux et désastreux, ainsi que des souffrances indiscutables (dos. AI 94/40, 94/49 et 94/53). Néanmoins, l'intéressée oublie de mentionner que l'expert a aussi insisté sur le fait que les symptômes psychiques étaient dus à des difficultés psychosociales importantes (dos. AI 94/29). Il a en effet répété à plusieurs reprises que l'état psychique était (seulement) en apparence malheureux, ainsi que fortement influencé par des facteurs sociaux et culturels sans lien avec une maladie et qui marquaient l'état de l'intéressée de façon déterminante (dos. AI 94/40 et 94/53). En tant que la recourante rétorque que l'expert a en tous les cas fait état d'une souffrance indiscutable (dos. AI 94/39), cette affirmation doit être nuancée. En effet, l'expert a effectivement observé des symptômes anxio-dépressifs très prononcés, mais il a précisé qu'une régression et qu'une perte de condition s'étaient en réalité installées. Il a cependant spécifié que celles-ci étaient réversibles au moyen d'un entraînement approprié. En outre, il a exposé qu'il ne fallait pas les confondre avec une véritable aggravation, inhérente à la maladie (dos. AI 94/39 et 94/53).

Qui plus est, bien que l'expert a rappelé que les facteurs étrangers à la maladie n'étaient pas à prendre en compte dans l'appréciation psychiatrique asséurologique, force est de constater que son évaluation de la capacité de travail et de l'aptitude à accomplir les tâches ménagères les intègre, puisque ces estimations ont été posées non seulement sur la base de la sévérité et du caractère chronique des symptômes anxio-dépressifs, mais aussi de la régression et de la perte de condition (dos. AI 94/42). C'est d'ailleurs en se référant essentiellement à ces différents facteurs étrangers à la maladie que l'expert a indiqué que son appréciation restait très théorique et qu'il a écrit que le pronostic d'une reprise effective du travail était très réservé (dos. AI 94/43 s.). L'expert a en effet illustré l'absence de perspectives de la recourante sur le marché du travail surtout du fait qu'elle ne bénéficie que d'un faible niveau scolaire, ainsi que

d'aucune formation ou expérience professionnelle et qu'elle ne parle aucune langue nationale (dos. AI 94/39 s.). Ce faisant, c'est à tort que la recourante affirme que l'expertise démontre l'existence d'une atteinte invalidante à la santé, au motif qu'une capacité de travail et qu'un rendement diminués ont été admis. C'est donc également en vain qu'elle se prévaut du fait que l'expertise illustre une détérioration de son état de santé depuis la première demande de prestations.

On mentionnera d'ailleurs, à l'intention de la recourante, que celle-ci se méprend aussi, lorsqu'elle affirme que l'estimation de la durée du travail exigible et du rendement devait être adaptée à la durée ordinaire de travail en entreprise (p. 6 du recours). En effet, les taux retenus en la matière par l'expert consacrent une appréciation médico-théorique et ils ne dépendent aucunement des chiffres de l'Office fédéral de la statistique (destinés à arrêter, le cas échéant, les revenus avec et/ou sans invalidité et qui doivent effectivement être adaptés à la durée ordinaire de travail en entreprise). La recourante ne peut donc pas non plus être suivie sur ce point.

7.

Reste à déterminer si le raisonnement de l'intimé, concernant l'analyse des indicateurs standards, est aussi justifié.

7.1 Une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49, qui ont trop peu été pris en considération en pratique. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue (141 V 281 c. 2.2 et c. 2.2.1). Partant, dans une telle situation, un droit à une rente doit être exclu, même si les critères de classification d'un trouble psychique sont réalisés (voir art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA). Si une atteinte à la santé assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la

capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). En règle générale, il convient de prendre en considération des indicateurs standards classés selon leurs caractéristiques communes (c. 4.1.3), qui sont répartis dans les catégories "degré de gravité fonctionnel" (c. 4.3) et "cohérence" (c. 4.4). La grille d'évaluation présentée est de nature juridique (c. 5). La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (c. 6).

7.2

7.2.1 En l'occurrence, l'examen de l'expertise effectué par l'intimé sous l'angle des indicateurs énoncés par la jurisprudence échappe à la critique. En effet, l'expert a insisté sur le fait qu'il avait observé à plusieurs reprises une tendance à l'exagération et ce aussi bien dans les descriptions que dans les mimiques ou la gestuelle. Il a expliqué que la recourante présentait une (parfois forte) tendance à la dramatisation et à l'ostentation et observé une nette exagération des symptômes, la recourante ayant déclaré qu'elle allait très mal depuis des années et qu'elle était épuisée, anxieuse, privée de joie et d'énergie, au point de ne pouvoir presque plus rien entreprendre. Or, l'expert a relevé que la recourante avait par exemple été capable de faire preuve de motivation et de l'effort de volonté nécessaire pour partir en voyage et rencontrer ses frères et sœurs, ressentant alors une certaine joie en leur compagnie, de même qu'au contact de l'interprète qui avait pris part à l'entretien. Dans ces circonstances, force est donc de retenir que, dès l'examen au premier niveau, l'expertise révèle des motifs d'exclusion écartant toute atteinte invalidante à la santé.

7.2.2 Par ailleurs, même à retenir une absence de motifs d'exclusion, l'examen au second niveau conduirait au même résultat. En effet, si l'expert a certes admis que la recourante était incapable de sortir de chez elle ou d'avoir un rythme de vie régulier et qu'il a ajouté qu'elle dépendait de ses filles, on ne saurait pour autant ignorer qu'il a aussi mis en relief certaines ressources. Il a ainsi relevé que la recourante avait pu suivre cinq années de scolarité, se marier, fonder une famille, fuir en Suisse, à nouveau donner naissance, de même que s'occuper de ses enfants et de son ménage. Il a aussi retenu que la recourante avait plutôt bien supporté une détention de six semaines dans son pays d'origine, aucun symptôme ne s'étant déclaré pendant plus de 20 ans (dos. AI 94/30 s.), et qu'elle était capable d'accepter de l'aide, ainsi que d'en demander (dos. AI 94/41). On ne saurait au demeurant perdre de vue qu'en dépit de contacts sociaux restreints, la recourante a néanmoins confié que sa fille aînée lui rendait visite régulièrement, ainsi que ses frères, ses sœurs et deux compatriotes vivant près de chez elle (dos. AI 94/13 s.; sur le complexe "contexte social", voir ATF 141 V 281 c. 4.3.3). On ne peut par conséquent retenir, comme mentionné dans l'acte attaqué, que la recourante n'a jamais eu de réseau social. Quant à l'examen de la cohérence, la recourante a fait état de symptômes anxio-dépressifs "soi-disant" de plus en plus forts, entraînant une incapacité de travail totale depuis des années. Or, à ce propos, l'expert a relevé que ces plaintes étaient incohérentes au regard du traitement uniquement ambulatoire mis en place. Il s'est d'ailleurs étonné que celui-ci n'ait pas été intensifié, sous la forme d'une hospitalisation prolongée, puis d'un accompagnement en clinique de jour. Il a aussi rappelé que l'unique hospitalisation en clinique psychiatrique avait été interrompue après seulement quelques jours, afin que l'intéressée puisse partir en voyage avec sa famille (dos. AI 62/2). L'expert en a logiquement conclu que les incohérences du traitement étaient évidentes (dos. AI 94/39 s.). De surcroît, il a aussi souligné que l'intéressée était peu disposée à se soigner, malgré ses plaintes véhémentes, et qu'elle avait notamment répété qu'elle ne voulait pas être hospitalisée, bien que cela lui ait été plusieurs fois suggéré (dos. AI 94/19). Il a ainsi mis en exergue qu'un traitement ne faisait pas partie de ses priorités, la recourante éprouvant plutôt un fort désir de rente, sans envisager aucune autre solution (dos. AI 94/40). L'expert a encore ajouté qu'alors que l'assurée devrait mobiliser sa volonté et se fixer

les priorités adéquates, elle ne semblait rien faire de tel (dos. AI 94/43). Ainsi, bien que la recourante n'ait pas vraiment de loisirs (dos. AI 94/13 s.), qu'elle demeure surtout passive à son domicile et qu'elle présente indéniablement des facteurs de contrainte, elle bénéficie néanmoins de certaines ressources et n'a pas épuisé toutes les options thérapeutiques (voir à ce propos ATF 141 V 281 c. 4.4.2). Elle a même exclu toute intensification des traitements, ce qui plaide à l'encontre d'un degré de gravité des atteintes psychiques. En outre, l'examen de la cohérence vient appuyer ce résultat, puisque, comme évoqué, l'expert a révélé que le comportement de la recourante était incohérent et que les limitations invoquées étaient dues à d'autres facteurs qu'une atteinte à la santé (voir arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_618/2019 du 16 mars 2020 c. 8.2.1.3 et 8.3). En conclusion, même s'il était fait abstraction des motifs d'exclusion signalés par l'expert, l'existence d'une atteinte invalidante devrait aussi être exclue au terme de l'examen au second niveau des indicateurs standards. C'est donc à bon droit que l'intimé a nié l'existence d'une telle atteinte et, partant, un droit à des prestations.

8.

Dans la mesure où toute atteinte invalidante doit être exclue, au terme de l'examen des indicateurs standards prévus par la jurisprudence, point n'est besoin d'évaluer le taux d'invalidité de la recourante. Il en découle ainsi qu'il n'y a pas non plus lieu de déterminer la méthode applicable pour ce faire (méthode générale de comparaison des revenus, méthode spécifique ou méthode mixte d'évaluation de l'invalidité), pas plus que de se prononcer sur la question du statut de la recourante, dont dépend le choix de la méthode à appliquer. Pour cette même raison, il n'est ni besoin d'ordonner une nouvelle enquête ménagère et relative à l'activité lucrative, ni d'arrêter le revenu sans invalidité ou encore celui que la recourante pourrait accomplir, compte tenu de l'atteinte à la santé (revenu avec invalidité). En tant que la recourante se plaint qu'une telle enquête n'a pas été mise en œuvre, en violation du principe de l'instruction d'office (voir à ce sujet: art. 61 let. c LPGA et ATF 144 V 427 c. 3.2), et qu'elle fait encore valoir que l'intimé aurait dû tenir compte d'un abattement, dans la détermination du

revenu d'invalidé, elle ne peut par conséquent être suivie (à propos du lien entre des constatations médicales et un rapport d'enquête ménagère/relative à l'activité lucrative, voir en outre: SVR 2018 IV n° 7 c. 4.3, accordant quoi qu'il en soit davantage de poids aux premières).

9.

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

9.2 Conformément à l'art. 61 let. f^{bis} LPGA, pour les litiges en matière de prestations (comme c'est le cas en l'espèce), la procédure est soumise à des frais judiciaires si la loi spéciale le prévoit. En l'occurrence, tel est le cas de la LAI. En effet, l'art. 69 al. 1^{bis} phr. 1 LAI dispose que la procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires. La recourante n'obtenant pas gain de cause, les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent donc être mis à sa charge (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Ceux-ci sont compensés avec l'avance de frais fournie.

9.3 Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante qui succombe (art. 61 let. g LPGA a contrario), pas plus qu'à l'intimé (art. 104 al. 1 et 3 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

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).