200.2022.441.AI
N° AVS
JEC/EGC

Tribunal administratif du canton de Berne

Cour des affaires de langue française

Jugement du 27 janvier 2023

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président
A.-F. Boillat et G. Zürcher, juges
P. Annen-Etique, greffière

A._____
recourante

contre

Office AI Berne
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne

intimé

relatif à une décision de ce dernier du 28 juin 2022

En fait:

A.

A._____, née en 1989, est célibataire et sans enfant. En 2009, elle a terminé une formation d'esthéticienne et, après avoir exercé dans deux manufactures horlogères entre 2011 et 2016, a travaillé dans un institut de beauté de février 2017 à mai 2019, puis, suite à une période de chômage, dans une onglerie du 28 janvier au 9 octobre 2020. Le 10 octobre 2020, elle a recommencé à percevoir des prestations de chômage. Par un formulaire daté du 12 janvier 2021 et reçu le 19 janvier 2021 par l'Office AI Berne, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), en invoquant souffrir d'un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité depuis l'enfance.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a essentiellement requis des informations du dernier employeur de l'assurée et de la Caisse de chômage. Il a en outre demandé des rapports médicaux aux médecins traitants de l'intéressée. Après que celle-ci eut débuté un nouveau travail le 1er septembre 2021 en tant que vendeuse à un taux de 80%, l'Office AI Berne a exclu un droit à des mesures de réadaptation le 27 avril 2022. Par la suite, l'assurée a informé l'Office AI Berne avoir été engagée à 100% comme esthéticienne-assistante manager à partir du 1er mars 2022. Selon une décision du 28 juin 2022, confirmant un préavis du 20 mai 2022, l'Office AI Berne a nié tout droit à des prestations de l'AI.

C.

Par courrier du 21 juillet 2022, posté le 29 juillet 2022 et complété les 8 et 31 août, ainsi que le 8 septembre 2022, l'assurée recourt auprès du Tribunal administratif du canton de Berne en demandant implicitement, outre l'assistance judiciaire, l’annulation de la décision de l'Office AI Berne

du 28 juin 2022 et le renvoi de la cause à l'autorité précédente pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Dans son mémoire de réponse du 3 octobre 2022, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours. Dans sa réplique du 19 octobre 2022, l'assurée indique qu'elle ne demande pas l'octroi d'une rente, mais la prise en charge d'une reconversion professionnelle.

En droit:

1.

1.1 La décision du 28 juin 2022 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et nie tout droit à des prestations de l'AI. Le litige porte, pour sa part, sur l'annulation de cette décision et l'octroi de prestations de la part de l'Office AI Berne. Certes, dans sa réplique, la recourante a expressément relevé ne pas vouloir de rente, mais uniquement une reconversion professionnelle. Toutefois, outre que le Tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties et qu'il peut accorder plus que ce que demande la recourante (art. 61 let. d de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]), dans la mesure où l'intimé a nié toute invalidité et qu'une réadaptation professionnelle n'est envisageable que pour les assurés invalides, il se justifie de toute façon d'examiner l'entier de la décision contestée. Est principalement litigieuse l'absence de prise en compte par l'intimé des atteintes à la santé de la recourante.

1.2 Interjeté en temps utile (compte tenu des féries judiciaires; voir art. 38 al. 4 let. b LPGA, par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du Tribunal administratif 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 administratif 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.

La modification du 19 juin 2020 de la LAI (Développement continu de l'AI, RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1er janvier 2022. 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 à l'époque de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 146 V 364 c. 7.1, 144 V 210 c. 4.3.1). En l'occurrence, si la décision entreprise est certes postérieure au 1er janvier 2022, le droit potentiel à la rente de la recourante est pour sa part antérieur à cette date, si bien qu'il doit être examiné selon les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (voir parmi d'autres VGE IV/2022/309 du 21 octobre 2022 c. 3).

3.

3.1 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 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).

3.2 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 (let. b) et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

3.3 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; SVR 2020 IV n° 48 c. 8.1.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Cela vaut pour l’ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

3.4 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).

3.5 L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le principe de l'instruction d'office signifie que l'instance rendant une décision doit instruire et établir l'état de fait déterminant d'office, de sa propre initiative et sans être liée par les arguments et réquisitions de preuve des parties. Sont juridiquement déterminants, tous les faits dont l'existence a une incidence sur les éléments litigieux. Dans ce contexte, les autorités administratives doivent toujours entreprendre des mesures supplémentaires lorsque les allégués des parties ou d'autres pièces du dossier ne constituent pas des éléments suffisants permettant de statuer (ATF 117 V 282 c. 4a). Le principe de l'instruction d'office ne s'applique néanmoins pas de manière illimitée, mais a pour corollaire le devoir de collaborer des parties (ATF 125 V 193 c. 2, 122 V 157 c. 1a; SVR 2020 KV n° 23 c. 8.3.2).

3.6 L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 144 V 427 c. 3.2).

4.

Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, 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 administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). Par conséquent, les modifications des rapports de travail survenues à la suite de la décision entreprise, ainsi que la période d'incapacité de travail

attestée dès le 15 août 2022 par la médecin traitante ne peuvent ainsi être prises en considération dans la présente procédure. Quant aux rapports médicaux produits par-devant le Tribunal administratif, ceux rédigés antérieurement à la décision attaquée sont pris en compte et mentionnés ci-dessous (voir c. 6.). En revanche, les rapports ayant été établis postérieurement à la décision attaquée ne peuvent être pris en considération, à moins que ceux-ci soient de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision contestée a été rendue (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Tel est ainsi le cas du rapport médical d'un spécialiste en chirurgie orale et maxillo-faciale, rédigé certes le 5 juillet 2022, mais fondé sur des investigations du 20 juin 2022. S'agissant des rapports médicaux des 27 juillet et 19 octobre 2022 de la médecin traitante, ils ne sont pas pertinents, dans la mesure où ils traitent de manifestations somatiques actuelles et d'investigations médicales à effectuer en lien avec un syndrome douloureux chronique.

5.

Il ressort du dossier les éléments pertinents suivants.

5.1 La recourante a travaillé du 1er février 2017 au 31 mai 2019 en tant qu'esthéticienne à un taux d'environ 50%, puis à partir de mars 2018 à plein temps (dossier [dos.] AI 21/3). Après avoir perçu des prestations de l'assurance-chômage du 7 juin 2019 au 27 janvier 2020 (dos. AI 15/2), l'intéressée a travaillé du 28 janvier au 9 octobre 2020 comme spécialiste en beauté des mains et pieds à un taux de 80% (dos. AI 14/3 et 21/2). Entre le 10 octobre 2020 et le 31 janvier 2021, elle a une nouvelle fois perçu des prestations de l'assurance-chômage (dos. AI 15/2). Dès le 1er septembre 2021, la recourante a travaillé en qualité de vendeuse à un taux de 80% (dos. AI 31/2), puis, à partir du 1er mars 2022, en tant qu'esthéticienne et assistante manager à un taux de 100% (dos. AI 46/2).

5.2 Selon un certificat médical du 7 mars 2019 de l'ancien généraliste traitant de l'assurée, celle-ci était en incapacité totale de travail du 7 mars au 7 avril 2019 en raison d'un accident. Dans un certificat médical du 6 août 2019, ce médecin a indiqué que sa patiente souffrait de trouble

du sommeil, d'angoisse et d'attaques de panique. Il a précisé que l'assurée ne présentait pas de limitation théorique quant aux activités exigibles, mais une incapacité actuelle en raison d'une dépression. Selon deux certificats médicaux du 6 août 2019, ce médecin a attesté une incapacité de travail totale du 1er juillet au 31 août 2019 pour cause de maladie, alors qu'il a certifié, par certificat médical du 14 août 2019, que sa patiente était apte à travailler dès le 1er août 2019.

Dans un rapport médical ne portant ni date, ni signature, mais reçu par l'intimé le 2 mars 2021 (dos. AI 20) et faisant suite à une demande du 5 février 2021 adressée par celui-ci au médecin traitant de l'assurée à la date de la demande (dos. AI 13), il a été indiqué que le dernier contrôle remontait au 22 février 2021 et mentionnés, comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, une personnalité émotionnellement labile de type borderline et un trouble anxieux et de somatisation. Aucun arrêt de travail n'y a été attesté, mais le pronostic quant à la capacité de travail était réservé et dépendait fortement des comorbidités psychiatriques.

5.3 A teneur d'un rapport du 19 décembre 2019, un neurologue et deux neuropsychologues du secteur neurologie d'un centre hospitalier ont retenu à titre de diagnostic un trouble neuropsychologique d'intensité légère à moyenne d'étiologie psychiatrique probable. Le 2 février 2022, ce centre a indiqué comme diagnostics un syndrome du tunnel carpien droit léger, un trouble anxieux avec des épisodes d'hyperventilation récidivants, des insomnies, un syndrome cervical chronique et un syndrome de déficit de l'attention anamnestique. Aucune incapacité de travail n'a été attestée.

5.4 Selon un certificat médical établi le 26 octobre 2020, une médecin du département pôle santé mentale d'un hôpital régional a constaté que la recourante avait suivi un traitement semi-hospitalier du 20 octobre au 20 novembre 2020 et que, durant cette période, celle-ci était totalement incapable de travailler. Dans un rapport médical du 12 février 2021, deux autres médecins de ce même département ont posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis: syndrome de dépendance (ch. F12.2 de la Classification statistique internationale des

maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), personnalité émotionnellement labile de type borderline (ch. F60.31 CIM-10) et, à titre de diagnostic différentiel de ce dernier, perturbation de l'activité et de l'attention (TDAH; ch. F90.0 CIM-10). Ils ont indiqué qu'un traitement ambulatoire avait commencé le 9 décembre 2021 et était toujours en cours. Ils ont relevé comme limitations fonctionnelles une capacité d'attention et de concentration restreinte ainsi qu'une humeur labile et irritable avec beaucoup d'impulsivité. Selon eux, le pronostic restait lié à la stabilisation psychique. Selon une lettre de sortie du 29 mars 2021 des services ambulatoires du même département pôle santé mentale, une doctoresse a indiqué que la recourante avait suivi un traitement semi-hospitalier du 30 décembre 2020 au 16 mars 2021. Cette doctoresse a confirmé le diagnostic de personnalité émotionnellement labile de type borderline (ch. F60.31 CIM-10) et de TDAH. Dans un rapport médical du 22 octobre 2021, les médecins du département ont validé les diagnostics déjà retenus. Ils ont précisé que la recourante n'était plus suivie par le Centre de jour depuis sa sortie le 16 mars 2021, mais que celle-ci aurait repris le 30 septembre 2021 un suivi psychiatrique/psychothérapeute ambulatoire au sein de l'établissement. Ils ont en outre mentionné qu'aucun certificat d'arrêt de travail n'avait été établi durant le séjour. Ils ont une nouvelle fois confirmé leurs diagnostics dans un rapport médical du 16 décembre 2021. Ils ont relevé que l'état de santé s'était dégradé, mais que l'assurée n'était pas en arrêt maladie. Ils ont souligné que l'état de la recourante pouvait s'aggraver suivant le travail exercé, mais qu'une activité à hauteur de 50% avec des horaires stables était possible. Enfin, ils ont préconisé de nouvelles mesures professionnelles. Le 31 mars 2022, ils ont mentionné que l'état de santé était stationnaire et que l'assurée exerçait une activité professionnelle à un taux de 100%, relevant que depuis la prise de cette activité une partie des symptômes s'était améliorée et une autre aggravée. Ils ont néanmoins considéré qu'à long terme une activité à 100% pourrait péjorer l'état psychique de la recourante. Ils ont relevé comme limitation le fait que la recourante avait de la peine à tolérer la frustration et à réguler ses états émotionnels, confirmant à nouveau que son état pouvait s'aggraver en fonction de l'activité exercée. Selon eux, aucune nouvelle mesure professionnelle n'était indiquée.

5.5 A l'appui d'un rapport médical du 1er février 2021, le psychiatre et psychothérapeute traitant a posé les diagnostics de personnalité émotionnellement labile de type borderline (ch. F60.31 CIM-10) et de trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention (ch. F90.0 CIM-10). Une incapacité de travail de 100% dans une activité d'esthéticienne a été attestée à partir du 10 octobre 2020 pour une durée indéterminée. Le médecin a recommandé des mesures de réinsertion professionnelle dès la stabilisation de l'état psychique. Il a indiqué également comme limitations fonctionnelles des déficits cognitifs et affectifs liés à la crise émotionnelle.

5.6 Dans un rapport médical rhumatologique du 2 mai 2022, il a été retenu comme diagnostics un trouble somatoforme avec un phénotype de syndrome fibromyalgique, un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité, une dépression et des troubles paniques, ainsi que des aphtes sous Lamotrigin. Aucune incapacité de travail n'a été attestée.

5.7 Selon un rapport médical du 5 juillet 2022 se référant à une consultation du 20 juin 2022 (voir c. 5 ci-dessus), un spécialiste en chirurgie orale et maxillo-faciale a diagnostiqué une tendomyopathie et un bruxisme.

6.

Dans la décision contestée, l'intimé a nié tout droit à des prestations en constatant l'absence d'une invalidité chez la recourante. Il a en effet considéré qu'il n'existait pas d'atteinte à la santé invalidante et jugé que l'activité lucrative antérieure restait possible et demeurait exigible de l'assurée. Dans son mémoire de réponse, il a ajouté que la recourante ne présentait pas de perte de gain, dans la mesure où celle-ci exerçait son activité apprise à plein temps. Il a relevé que la question des douleurs ne nécessitait pas une instruction complémentaire. Pour sa part, la recourante est d'avis que ses douleurs chroniques n'ont pas été prises en compte bien qu'invalidantes.

Est tout d'abord litigieux le point de savoir si l'intimé pouvait se contenter de constater que la recourante travaillait à plein temps à la date de la décision contestée pour nier toute perte de gain et, partant, toute invalidité.

6.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré exerçant une activité lucrative aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale de comparaison des revenus; art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 c. 3.4.2, 128 V 29 c. 1).

6.2 En l'occurrence, la méthode générale de comparaison des revenus s'applique. Bien que la recourante ait travaillé à 80% lors de son dernier emploi antérieur à sa demande de prestations AI, elle n'a pas modifié le 10 octobre 2020 son aptitude au placement de 100% annoncée en juin 2019 à l'assurance-chômage (dos. AI 15/2). Par ailleurs, l'assurée était engagée à un taux de 100% au moment du prononcé de la décision entreprise. Ainsi, tel que l'a retenu l'intimé, lorsque le revenu de personne valide correspond au revenu d'invalide, il ne peut être question d'invalidité, même en présence d'une atteinte à la santé.

6.3 Toutefois, selon la jurisprudence, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressée. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur de manière exigible la capacité de travail résiduelle et procure un gain correspondant au travail effectivement fourni sans contenir d'éléments de salaire social, c'est en principe le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide (ATF 148 V 174 c. 6.2 et les références). De plus, une activité, même si elle est appropriée en soi, ne saurait être exigée si elle dépasse manifestement les forces de la personne handicapée (voir TF 9C_648/2010 du 10 août 2011 c. 3.3 ss et les références). Dans de tels cas, ne peut être pris en compte que le revenu correspondant à une prestation de travail exigible au vu des circonstances. Pour juger de ce qui peut être exigé, les constatations médicales ont, en général, une valeur prépondérante (voir TF I 485/05 du 3 novembre 2005 c. 5.3; MICHEL VALTERIO, *Commentaire - loi fédérale sur*

l'assurance-invalidité (LAI), 2018, art. 28a n. 23). En l'espèce, il est vrai que depuis que la recourante a repris le travail le 1er septembre 2021 jusqu'au moment du prononcé de la décision entreprise, il n'y a plus d'arrêt maladie attesté au dossier. L'intéressée n'a toutefois pas exercé d'activité reposant sur des rapports de travail particulièrement stables dès lors qu'en quelques mois, elle a changé d'activité (voir c. 5.1 ci-dessus). En outre, dans les rapports médicaux du département pôle santé mentale établis durant cette période, l'exigibilité des emplois a été remise en question. Tout d'abord concernant l'emploi de vendeuse à un taux de 80%, les médecins ont relevé, dans leur rapport médical du 16 décembre 2021, qu'un travail à hauteur de 50% avec des horaires stables était possible. S'agissant du travail exercé au moment du prononcé de la décision entreprise, les médecins précités ont estimé à l'appui de leur rapport médical du 31 mars 2022, qu'une activité à 100% pourrait péjorer l'état psychique de la recourante. Ils ont en outre expliqué qu'un travail était possible avec des horaires stables et des jours de récupération. Ces rapports mettent ainsi en doute le caractère exigible des deux activités lucratives de la recourante exercées à la suite de sa demande de prestations AI. Les autres rapports médicaux établis durant cette période ne contredisent d'ailleurs pas ce constat. On ne peut dès lors retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les revenus perçus par la recourante dès le 1er septembre 2021 doivent être assimilés à un revenu d'invalide. Le fait que l'assurée exerçait son activité apprise à plein temps lors du prononcé de la décision attaquée ne permet pas de déduire une absence d'invalidité.

7.

Compte tenu de ce qui précède, se pose encore la question de savoir si les rapports médicaux au dossier sont suffisants pour statuer sur la demande de la recourante ou si, compte tenu de ceux-ci, l'intimé devait procéder à des mesures d'instruction complémentaires.

7.1 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).

7.2 En l'occurrence, l'intimé n'a ni demandé un rapport médical auprès de son SMR ni ordonné la réalisation d'une expertise. L'ensemble des rapports médicaux disponibles ont ainsi été établis par les médecins traitants. D'un point de vue formel, on peut relever de manière générale qu'aucun de ces rapports médicaux ne se réfère à une synthèse des divers avis médicaux versés au dossier, ni à une anamnèse complète. Par ailleurs, on peut noter l'absence de toute grille d'évaluation normative et structurée pour déterminer l'incapacité de travail en cas de troubles psychiques dans les différents rapports médicaux retenant un ou de tels troubles. Enfin, ces différents rapports médicaux ne comportent pas de conclusions suffisamment motivées. A cela s'ajoute qu'au niveau matériel, les diagnostics retenus divergent. S'agissant des atteintes à la santé psychique, tandis que le psychiatre et psychothérapeute traitant et le médecin du rapport médical non daté n'ont pas indiqué comme diagnostic une dépendance aux produits dérivés du cannabis, certains rapports médicaux du département pôle santé mentale ont parfois mentionné celle-ci en tant que diagnostic principal, parfois à titre de diagnostic différentiel. Cette incohérence est accentuée, d'une part, par le fait que tant le rapport médical du 12 février 2021 que celui du 22 octobre 2021 dudit département ont mis en annexe des lettres de sortie de leurs institutions, dans lesquelles il n'est nullement retenu ce diagnostic de dépendance. D'autre part, le psychiatre et psychothérapeute traitant, bien que ne retenant pas ce trouble, a relevé dans son rapport médical que la recourante consommait du tétrahydrocannabinol (THC) et a préconisé une diminution ou un sevrage de celui-ci. Au demeurant, dans les rapports médicaux évoquant un tel diagnostic, aucune procédure probatoire structurée n'a été effectuée pour déterminer les conséquences de cette éventuelle dépendance sur la capacité de travail, comme exigé par la jurisprudence (voir ATF 145 V 215

c. 5.3.3). S'agissant des autres troubles psychiques, le trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention (ch. F90.0 CIM-10) n'a pas été retenu de manière constante. Enfin, le diagnostic de personnalité émotionnellement labile de type borderline (ch. F60.31 CIM-10) a, certes, été posé par tous les médecins. Il est cependant parfois mis en relation avec un diagnostic différentiel. Enfin, seul le rhumatologue a admis la présence d'un trouble somatoforme avec un phénotype de syndrome fibromyalgique dans son rapport du 2 mai 2022. Sur le plan somatique, on constate également qu'aucun médecin n'a posé le même diagnostic. Tandis que le neurologue a retenu un syndrome du tunnel carpien droit léger ainsi qu'un syndrome cervical chronique, le psychothérapeute et psychiatre a fait mention de douleurs dorsales chroniques depuis 2019. En outre, il a été indiqué un syndrome de douleurs musculaires de la colonne vertébrale dans le rapport médical non daté. Le spécialiste en chirurgie orale et maxillo-faciale a, quant à lui, diagnostiqué une tendomyopathie et un bruxisme. Enfin, le rhumatologue n'a pas retenu d'atteinte somatique dans son rapport médical du 2 mai 2022. S'agissant de la capacité de travail restante, il ne ressort également aucune homogénéité des différents rapports médicaux.

7.3 Sur le vu de ce qui précède, aucun rapport médical n'est suffisamment probant pour pouvoir établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'existence ou l'absence d'une atteinte à la santé psychique et/ou somatique et l'éventuelle incidence de cette atteinte sur la capacité de travail de la recourante.

8.

8.1 En définitive, l'intimé a violé le principe d’instruction d’office en retenant une absence d'invalidité sans avoir établi l'état de fait médical tant d'un point de vue psychique que somatique. Pour ces raisons, il se justifie d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'autorité précédente. Celle-ci procédera à une instruction médicale complémentaire, aussi bien sur le plan psychique que somatique, en sollicitant à tout le moins l'avis du SMR et, si nécessaire, ordonnera une expertise

pluridisciplinaire. L'intimé veillera notamment à ce que le caractère invalidant d'une atteinte psychique soit apprécié au moyen des indicateurs standards prévus par la jurisprudence. Une fois en possession de ces nouvelles données médicales, il procédera à une nouvelle estimation de l'invalidité sur cette base médico-théorique consolidée, laquelle tiendra compte de l'évaluation médicale et de son évolution, ainsi que de l'exigibilité de la mise à profit des capacités fonctionnelles résiduelles de l'assurée sur le marché du travail. Au cas particulier, le renvoi de la cause à l'intimé se justifie pleinement dès lors que l'intimé n'a pas investigué de manière suffisante les atteintes à la santé et leurs conséquences sur la capacité de travail (ATF 139 V 99 c. 1.1, 137 V 210 c. 4.4.1.4).

8.2 La présente procédure en matière de prestations AI est soumise à des frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et art. 61 let. f^{bis} LPGA). Les frais relatifs aux litiges en matière d'assurances sociales sont fixés forfaitairement selon l'art. 103 al. 1 LPJA en relation avec les art. 4 al. 2 et 51 let. e du décret du 24 mars 2010 sur les frais de procédure (DFP, RSB 161.12; Fr. 200.- à Fr. 2'500.-). En l'espèce, ils sont arrêtés à Fr. 800.- et mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

8.3 Bien qu'elle obtienne gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, pas même sous la forme d'une indemnité de partie, dès lors qu'elle n'est pas représentée en justice et n'a pas déployé d'efforts dans la présente procédure dépassant la mesure de la gestion des affaires courantes (art. 61 let. g LPGA; art. 104 al. 1 et 2 LPJA; ATF 127 V 205 c. 4b et références).

8.4 Compte tenu de l'issue de la procédure, la demande d'assistance judiciaire devient sans objet et doit être rayée du rôle.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision de l'Office AI Berne du 28 juin 2022 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'intimé.

3. Il n'est pas alloué de dépens, ni d'indemnité de partie.

4. La requête d'assistance judiciaire est sans objet et rayée du rôle du Tribunal administratif.

5. Le présent jugement est notifié (R):
   - à la recourante,
   - à l'intimé,
   - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président: La greffière :

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).