

**200.2022.481.AI**  
N° AVS  
KUQ/EGC

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

**Jugement du 19 novembre 2023**

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président  
G. Zürcher et A.-F. Boillat, juges  
Q. Kurth, greffier

**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 1970, mère de trois enfants nés en 1999, 2001 et 2004, est au bénéfice d'une maturité en économie et d'une formation certifiée d'assistante en personnel. La prénommée a travaillé en dernier lieu en qualité de responsable du service du personnel d'un établissement pénitentiaire du 1<sup>er</sup> mars 2020 au 30 juin 2021 à un taux d'activité de 80%. Elle s'est ensuite annoncée à l'assurance-chômage. Par un formulaire daté du 13 août 2021, réceptionné par l'Office AI Neuchâtel le 20 août 2021 et transmis le 14 septembre 2021 à l'Office AI Berne comme objet de sa compétence, elle a déposé, par l'intermédiaire de l'assureur perte de gain en cas de maladie de son dernier employeur, une demande de prestations (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI), en invoquant des troubles anxio-dépressifs liés à sa situation professionnelle (burnout).

**B.**

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne s'est procuré des rapports de la médecin interniste ainsi que de la spécialiste en psychiatrie et psychothérapie traitantes. Il a également requis des renseignements de l'assureur perte de gain en cas de maladie, de même que de l'ancien employeur de l'assurée. Après avoir consulté le Service médical des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne a annoncé à l'intéressée, au moyen d'un préavis du 26 avril 2022, qu'il envisageait de nier tout droit à des prestations, motif pris de l'absence d'une atteinte invalidante à la santé. A la demande de l'assurée, ce même office a rendu un nouveau préavis en langue française le 17 mai 2022, annulant celui du 26 avril 2022, mais présentant un contenu identique à ce dernier. Il a finalement confirmé la teneur de celui-ci au terme d'une décision du 28 juin 2022.

## **C.**

Le 25 août 2022, l'assurée a déféré cette décision au Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant en substance à l'annulation de cet acte et à l'obtention de prestations de l'AI. Dans son mémoire de réponse du 17 octobre 2022, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Les parties ont répliqué et dupliqué le 7 novembre, respectivement le 18 novembre 2022, en maintenant leurs conclusions.

### **En droit:**

#### **1.**

**1.1** La décision du 28 juin 2022 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit du droit des assurances sociales et nie tout droit de la recourante à des prestations. L'objet du litige porte, quant à lui, sur l'annulation de cette décision et sur l'octroi de prestations de l'AI. Est particulièrement critiqué par la recourante le refus de l'Office AI Berne de reconnaître l'existence d'une atteinte à la santé invalidante.

**1.2** Interjeté en temps utile (compte tenu des fêtes judiciaires; voir art. 38 al. 4 let. b de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]), dans les formes minimales 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 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** La modification du 19 juin 2020 de la LAI (développement continu de l'AI; FF 2020 5373 ss) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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 au moment de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 148 V 162 c. 3.2.1, 144 V 210 c. 4.3.1). En l'espèce, dans la mesure où un éventuel droit à une rente pourrait prendre naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la recourante a introduit sa demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI) et que celle-ci a déposé sa demande en août 2021 (dossier [dos.] AI 4.1; voir aussi dos. AI 1/9 et 1/12), les nouvelles dispositions en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022 sont applicables à la présente contestation en ce qui concerne le droit à la rente (voir également Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS] sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] du 1<sup>er</sup> janvier 2022, version 3, p. 107, ch. 9100; sur l'application des directives de l'administration par le juge, voir notamment ATF 147 V 79 c. 7.3.2, 146 V 224 c. 4.4.2). La question de savoir quel droit est applicable s'agissant du droit aux autres prestations de l'AI peut demeurer indéterminée, au vu du résultat qui suit (voir c. 6.2; voir aussi VGE IV/2023/261 du 22 août 2023 c. 2.1).

**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 le 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).

**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; 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). Les experts doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

**2.4** Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne se distinguent souvent pas clairement de la souffrance médicalement objectivable. De telles circonstances extérieures ne figurent cependant pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la LAI, dès lors en effet que la notion légale d'invalidité distingue clairement l'atteinte à la santé dont souffre la personne assurée et l'incapacité de gain provoquée par cette atteinte. En conséquence, il n'existe aucun droit à une rente lorsque les troubles psychiques trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial et disparaissent si les facteurs extérieurs s'effacent eux-mêmes. Certes, en

présence d'un trouble psychique de nature malade attesté par des spécialistes, le caractère invalidant de l'atteinte ne peut être nié déjà au motif que des facteurs sociaux défavorables influencent le tableau clinique. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est cependant essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie (ATF 127 V 294 c. 5a; SVR 2012 IV n°52 c. 3.2). Ce n'est que si et dans la mesure où ils entretiennent une maladie psychique devenue autonome ou aggravent ses conséquences – survenant elles-mêmes indépendamment des éléments étrangers à l'invalidité – que les facteurs psychosociaux et socioculturels peuvent influencer indirectement l'invalidité (ATF 139 V 547 c. 3.2.2; SVR 2010 IV n°19 c. 5.2). Par ce biais, l'on tient dès lors compte des possibles interactions entre les troubles qui se manifestent sur les plans physique et psychique et l'environnement social, même si cela doit être compris de manière nettement moins étendue que dans le modèle bio-psychosocial constituant une conception souvent défendue par la médecine moderne (SVR 2008 IV n° 62 c. 4.2).

**2.5** 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 LPGGA) 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 LPGGA) à 40% au moins (let. c). Une rente au sens de l'al. 1 n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1<sup>bis</sup> et 1<sup>ter</sup> LAI n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

**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 2021 IV n° 54 c. 2.3).

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

### **3.**

**3.1** Dans la décision contestée et ses écrits subséquents, l'intimé a nié le droit à des prestations, en indiquant que l'assurée ne pouvait se prévaloir d'aucune atteinte à la santé invalidante. Il a écrit que les diagnostics des médecins traitantes, soit un trouble de l'adaptation/de l'anxiété, ainsi qu'une réaction dépressive, ne constituaient pas des atteintes invalidantes. L'intimé s'est ensuite prononcé au sujet des atteintes psychiques, à l'aune de la grille d'évaluation issue de la jurisprudence du TF. A cet égard, en se basant sur un avis du SMR du 21 mars 2022, il a relaté qu'il existait des motifs d'exclusion qui écartaient d'emblée tout droit à des prestations. Il a également souligné que l'assurée n'était que légèrement limitée dans sa capacité à s'adapter aux règles/aux routines, à planifier et à structurer ses tâches, de même que dans sa flexibilité notamment. Il a par ailleurs ajouté que le tableau clinique était influencé par des facteurs de stress psychosociaux (non invalidants), la cause du trouble (un conflit sur le lieu de travail) et le diagnostic n'étant pas pertinents selon lui, sous l'angle de la médecine des assurances. L'intimé a finalement relevé que l'assurée bénéficiait de très bonnes ressources et qu'elle n'avait pas épuisé les possibilités thérapeutiques. Il a donc conclu que l'examen des indicateurs permettait de confirmer l'absence d'atteinte invalidante à la santé.

**3.2** Dans son recours, l'intéressée a quant à elle d'abord expliqué qu'elle ne souhaitait pas l'octroi d'une rente, mais plutôt d'une mesure de coaching. Elle a ensuite expliqué que, de son point de vue, l'option thérapeutique n'était pas épuisée, le suivi d'une mesure de coaching

n'étant pour le moment pas réalisable, ce pour des motifs pécuniaires. A cet égard, l'assurée a émis le souhait que cette mesure soit mise en place par l'intimé. Elle a également ajouté que le poids des souffrances résultant de l'épuisement professionnel, même s'il était invisible, était néanmoins encore présent. En outre, en se fondant sur un rapport de sa psychiatre et psychologue traitante, du 17 février 2022, elle a déclaré que l'intimé aurait dû admettre que sa capacité de travail n'était que de 20%. Elle a également précisé que ses ressources étaient certes présentes, mais qu'elles étaient diminuées par les conséquences de l'épuisement professionnel, de même que par un contexte familial compliqué. Dans sa réplique, outre le fait qu'elle a réitéré n'avoir aucune prétention à une rente de l'AI, l'assurée a en substance encore exprimé le besoin de temps pour reprendre confiance en ses capacités et être prête à affronter le monde du travail. Enfin, elle s'est plainte du caractère incomplet, voire erroné des rapports médicaux figurant au dossier de l'intimé.

#### 4.

**4.1** 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). Au cas présent, deux certificats médicaux de la psychiatre et psychothérapeute traitant la recourante, l'un daté du 15 août 2022 et l'autre non daté (pièces justificatives [PJ] 2 s. de la recourante; dos. AI 40/8 s.) ont été produit à l'appui du recours. Dans la mesure où ces documents sont postérieurs à la décision attaquée et se limitent à attester des périodes d'incapacité totale de travail du 2 mars 2021 au 15 août 2022, puis partielle (à 80%) du 16 août au 3 octobre 2022, sans autre précision, si ce n'est la mention: "20% en télétravail (home office)", il ne peut en être tenu compte, dès lors qu'ils ne sont pas de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision contestée a été rendue (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Au surplus, le dossier permet de constater les faits médicaux principaux suivants.

**4.2** Par certificats médicaux successifs des 2 et 17 mars, 21 avril, 19 mai, 21 juin, 19 juillet, 23 août et 24 septembre 2021 (dos. AI 21.2/3-9, 21.2/13 s. et 21.2/16 s.), la médecin interniste traitant la recourante a attesté une incapacité de travail à 100% du 2 mars au 24 octobre 2021. Elle s'est aussi prononcée sur l'état de santé de sa patiente dans un rapport du 10 novembre 2021 (dos. AI 26), dans lequel elle a fait état d'un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse (ch. F43.2 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé), qui induisait, selon elle, une incapacité de travail totale du 2 mars au 22 novembre 2021. Dans ce contexte, la médecin a notamment précisé que la recourante avait développé une anxiété ensuite d'une situation conflictuelle sur son ancien lieu de travail et avait la sensation de ne plus être apte à fournir un travail de qualité, ressentant un sentiment de dévalorisation et d'épuisement, étant relevé que celle-ci ne présentait toutefois pas de limitation fonctionnelle et que le pronostic était bon. Enfin, la médecin interniste a mentionné que l'assurée exerçait une activité accessoire (ponctuelle) de traductrice, ainsi que de représentante d'association et a conclu qu'il n'existait aucun obstacle à la réadaptation.

**4.3** La psychiatre et psychothérapeute traitante a rendu un rapport le 17 février 2022 (dos. AI 31), dans lequel elle a indiqué suivre sa patiente depuis novembre 2021 à raison d'une consultation par mois, suite à une décompensation anxio-dépressive et à un épuisement au travail. Elle a toutefois précisé que celle-ci s'opposait à une intensification du suivi. La médecin a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (ch. F43.22 CM-10) et a attesté une incapacité de travail totale depuis le 15 novembre 2021. A cet égard, elle a en particulier observé que l'assurée présentait des ruminations anxieuses, une inquiétude en relation avec la reprise d'une activité professionnelle, de même qu'une perte d'estime de soi et de confiance en ses capacités. La médecin a relevé plusieurs limitations fonctionnelles, dont une vulnérabilité au stress, des difficultés dans la gestion des émotions, ainsi que des difficultés relationnelles. Elle a cependant ajouté que l'assurée disposait de bonnes ressources. Enfin, elle a considéré qu'une reprise du travail était envisageable et a émis un pronostic réservé quant au potentiel de

réadaptation, énumérant plusieurs facteurs y faisant obstacle, dont une anxiété excessive et une peur d'être exposée aux mêmes difficultés dans le monde du travail.

**4.4** Le SMR, par un psychologue spécialiste en psychothérapie, s'est également prononcé sur le cas de l'assurée en date du 21 mars 2022 (dos. AI 33/1-5). Il a alors diagnostiqué un trouble mixte de l'adaptation, anxieux et dépressif (ch. F43.2 CIM-10), sans répercussion sur la capacité de travail. Il a par ailleurs indiqué que le traitement suivi par l'intéressée n'était pas compréhensible et souligné que les possibilités thérapeutiques n'avaient pas été épuisées. D'après lui, le pronostic était dès lors favorable. En outre, le spécialiste du SMR a expliqué que la recourante ne subissait que de légères limitations engendrées par ce trouble (impactant sa capacité d'adaptation aux règles et aux routines, sa faculté de planifier et structurer des tâches, sa flexibilité, son aptitude à prendre des décisions, son sens du jugement, sa proactivité et sa spontanéité, sa résistance et sa persévérance, mais aussi sa capacité à s'affirmer, à converser, à assumer des contacts, à travailler en groupe et à établir des relations étroites). En revanche, le spécialiste du SMR a exclu toutes limitations dans l'application des compétences et des connaissances, mettant en évidence de bonnes ressources chez l'assurée. Le psychologue spécialiste en psychothérapie a également évoqué le soupçon d'une accentuation de la personnalité, voire d'un trouble de la personnalité (sans pour autant retenir ces diagnostics), dès lors que l'assurée était en conflit dans un contexte interpersonnel au travail et dans sa vie privée.

## **5.**

Il s'agit tout d'abord d'examiner la valeur probante du rapport du SMR du 21 mars 2022, sur lequel l'intimé s'est fondé pour nier toute atteinte à la santé invalidante.

**5.1** 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).

**5.2** Les rapports du SMR (art. 49 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne assurée 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 les références citées), 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 ne suffit pas à écarter ces doutes (ATF 125 V 351 c. 3b/cc). 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 LPGA (ATF 142 V 58 c. 5.1, 135 V 465 c. 4.4 à 4.6, 122 V 157 c. 1d). 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).

**5.3** En l'espèce, d'un point de vue formel, il y a lieu de constater que le rapport du SMR satisfait aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante. Le rapport du SMR a été établi en pleine connaissance du dossier. En effet, le psychologue spécialiste en psychothérapie du SMR (dont les qualifications ne sauraient être mises en doute) a tenu compte de l'avis et des certificats de la médecin interniste, ainsi que du point de vue de la psychiatre et psychothérapeute traitantes (dos. AI 33/1 s.). En outre, le rapport du spécialiste du SMR décrit le contexte médical de manière compréhensible, repose sur une étude fouillée des points litigieux importants et prend en considération les plaintes de la recourante. Les conclusions ont de surcroît été dûment motivées et sont compréhensibles. On rappellera que le fait que ce spécialiste se soit prononcé sans avoir personnellement examiné l'assurée n'est pas de nature à discréditer son appréciation au regard de la jurisprudence exposée ci-avant (voir c. 5.2; voir aussi TF 8C\_469/2020 du 26 mai 2021 c. 3.2 et les références, 9C\_794/2008 du 21 août 2009 c. 2.3). En effet, celui-ci se réfère aux évaluations médicales des 10 novembre 2021 et 17 février 2022, qui ont chacune été établies sur la base d'un examen personnel de la recourante. 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** Sur le plan matériel, les conclusions du spécialiste du SMR sont convaincantes. Il faut commencer par relever que celles-ci s'accordent avec les avis de la médecin interniste et de la psychiatre et psychothérapeute traitantes, s'agissant du diagnostic posé, à savoir que la recourante souffre d'un trouble de l'adaptation. Ces derniers ont basé leur diagnostic sur le fait que l'assurée avait été confrontée à un surmenage et à une situation conflictuelle sur son ancien lieu de travail, ce qui l'avait

amené à mettre fin à ses rapports de travail. Suite à cela, elle avait éprouvé une perte de confiance en ses propres capacités, une anxiété, une inquiétude, ainsi qu'un sentiment d'impossibilité à faire face, ce qui correspondait en l'occurrence, pour l'essentiel, à la description des manifestations variables de ce trouble selon la CIM-10 (voir ch. F43.2 CIM-10). Qui plus est, le spécialiste du SMR a également exposé de manière cohérente que la fragilité psychique de la recourante trouvait son origine dans des facteurs de stress psychosociaux, prenant la forme d'un surmenage et d'une situation conflictuelle sur son ancien lieu de travail (voir c. 2.4). Aussi, on doit préciser que ce diagnostic est posé lorsque les symptômes ne rencontrent pas les critères d'un autre trouble, tel que par exemple une dépression, un trouble anxieux, un état de stress aigu, un état de stress post-traumatique (arrêt du Tribunal administratif fédéral [TAF] C-950/2019 du 12 août 2022 c. 11.5.4, confirmé par TF 9C\_465/2022 du 1<sup>er</sup> mars 2023). Seule diverge l'incidence de cette pathologie sur la capacité de travail de la recourante. A cet égard, le rapport du SMR dans lequel est retenue une capacité de travail entière est contredit par ceux des médecins traitantes, qui attestent une incapacité totale de travailler depuis le 2 mars 2021. Or, on peine à discerner les raisons qui ont amené ces médecins à reconnaître, chez l'assurée, une telle incapacité de travail. En effet, la médecin interniste semble à cet égard s'être uniquement appuyée sur l'ancienne activité professionnelle de la recourante. Son raisonnement s'avère incohérent et contradictoire, dès lors qu'elle atteste une incapacité de travail alors que le pronostic est, selon elle, plutôt bon et qu'elle ne fait état d'aucune limitation fonctionnelle (dos. AI 26/6 s.; voir dans le même sens: TF 9C\_585/2019 du 3 juin 2020 c. 4.2). L'appréciation de la capacité de travail est d'autant moins convaincante que cette médecin n'a mis en évidence aucun facteur susceptible de faire obstacle à une réadaptation et reconnu que la recourante bénéficiait d'importantes ressources (dos. AI 26/6 et 26/8). Le même constat peut être fait concernant l'avis de la psychiatre et psychothérapeute traitante. Il est vrai que cette spécialiste a observé, chez l'assurée, une perte d'estime de soi et de confiance, générée par la situation conflictuelle sur l'ancien lieu de travail, avec une crainte des conflits (dos. AI 31/2). De même, la médecin a relevé l'existence de plusieurs limitations fonctionnelles (une vulnérabilité au stress, des difficultés dans la gestion des émotions ainsi qu'au niveau

relationnel; dos. AI 31/3). Elle a également énuméré plusieurs facteurs s'opposant à une réadaptation (une anxiété excessive s'agissant de la reprise d'une activité professionnelle et une crainte d'être confrontée de nouveau aux mêmes difficultés dans le monde professionnel; dos. AI 31/3). Cela étant, il y a lieu de relativiser l'intensité de ces symptômes, attestés par cette psychiatre et psychothérapeute, dès lors qu'elle a en même temps jugé une reprise progressive du travail envisageable (dos. AI 31/3). L'assurée l'admet d'ailleurs, à l'appui de sa réplique, ajoutant même que celle-ci sera, selon ses propres dires, certes lente mais certaine. Ce constat est aussi renforcé par le fait que cette même spécialiste a aussi estimé qu'il n'existait pas de limitations dans l'accomplissement des tâches ménagères (dos. AI 31/3). On ne saurait non plus perdre de vue que s'agissant des avis de la médecin de famille, le juge doit tenir compte du fait qu'eu égard à la relation de confiance établie avec sa patiente, elle aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celle-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3), ce principe s'appliquant par ailleurs également à la spécialiste traitante (TF 9C\_981/2012 du 27 mars 2013 c. 5.2 et la référence). A l'inverse, le spécialiste du SMR a exposé de manière convaincante les motifs qui l'ont amené à minimiser l'intensité de l'atteinte à la santé en cause. En effet, il a observé que la faculté de l'assurée à s'adapter aux règles et aux routines, à planifier et structurer des tâches, à prendre des décisions ou des initiatives, à faire preuve de flexibilité ou encore à prendre part à des activités spontanées n'était que légèrement limitée, de même que sa résistance, son endurance, ainsi que d'un point de vue social, sa capacité à s'affirmer, à tenir une conversation, à établir le contact, à se comporter dans un groupe et avoir des relations dyadiques étroites. Il a également tenu compte de manière pertinente du fait que l'assurée ne présentait aucune limitation dans la mise en œuvre de ses compétences et connaissances, ni dans celles de prendre soin de soi et de s'autogérer, ainsi que dans la mobilité et l'aptitude à conduire (dos. AI 33/4). Sur la base de ces observations, c'est ainsi de façon concluante que le spécialiste du SMR n'a pas déduit de ce trouble une diminution de la capacité de travail. Au vu de ce qui précède, il y a donc lieu d'admettre que ses conclusions sont cohérentes et probantes.

## 6.

Quand bien même aucun diagnostic psychique impactant la capacité de travail n'a été retenu, il convient encore d'examiner si les conclusions de l'expert peuvent être suivies d'un point de vue juridique (voir en ce sens: TF 9C\_154/2016 du 19 octobre 2016 c. 4.1; JTA AI/2021/384 du 12 mars 2022 c. 8).

**6.1.1** Une atteinte à la santé psychique importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aussi 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. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que, sur la base d'une appréciation médicale plausible, les indices suggérant une exagération sont nettement prépondérants et que les limites pour qualifier un simple comportement ostensible sont tellement dépassées, sans que le comportement d'exagération ne soit induit par un trouble psychique autonome ayant valeur de maladie (ATF 127 V 294 c. 5a), il ne saurait être question d'une atteinte à la santé assurée. 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 (cpr. art. 7 al. 2 1<sup>ère</sup> phr. LPGA). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée (ATF 127 V 294 c. 5a), les

effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 c. 2.1.1 et 2.2, SVR 2016 IV n° 25 c. 6).

**6.1.2** Si une atteinte à la santé psychique 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. 5).

**6.2** Au cas particulier, il convient tout d'abord de mentionner, comme l'a justement fait l'intimé à l'appui de sa réponse, que le trouble de l'adaptation est par définition un phénomène temporaire (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [éd.], *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien*, 10<sup>e</sup> éd. 2015, F43.2, p. 209). Cette atteinte à la santé ne peut pas être assimilée à une maladie de longue durée et donc potentiellement invalidante (TF 9C\_465/2022 du 1<sup>er</sup> mars 2023 c. 5.3, 9C\_210/2017 du 2 mai 2017 c. 3.2, 9C\_87/2017 du 16 mars 2017 avec référence à SVR 2015 IV n° 27 c. 3.2). Il en va de même pour un "burnout", qui n'est pas une maladie au sens des systèmes internationaux de classification reconnus. Il n'est donc en tant que tel pas non plus couvert par la notion d'atteinte à la santé juridiquement pertinente (TF 9C\_298/2020 du 28 septembre 2020 c. 3.2, 9C\_537/2011 du 28 juin

2012 c. 3.1, in SVR 2012 IV n° 52, 8C\_302/2011 du 20 septembre 2011 c. 2.3, in SVR 2012 IV n° 22). Cela étant et comme déjà évoqué, le spécialiste du SMR a tout de même examiné les répercussions de ce trouble sur la capacité de travail de l'assurée et n'a déduit aucune diminution de celle-ci. Dans ces circonstances, il ne s'avèrerait en principe pas nécessaire de procéder à un examen des indicateurs standards développés par la jurisprudence (voir TF 8C\_153/2021 du 10 août 2021 c. 5.4.1 s. et les références; JTA AI/2020/453 du 3 septembre 2021 c. 7.2). L'intimé a néanmoins procédé à un tel examen à l'appui de sa réponse. A cet égard, il peut être relevé qu'au premier niveau de l'analyse structurée définie par la jurisprudence, un comportement d'exagération ou une manifestation analogue chez l'assurée n'a pas été mis en évidence par le spécialiste du SMR (dos. AI 33/4), si bien qu'on ne saurait retenir sous cet angle la présence de motifs d'exclusion (voir ATF 141 V 281 c. 2.2; TF 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 c. 5.2.2 et les références). Il sied aussi de préciser à cet endroit qu'à l'inverse de ce que laissent entendre le spécialiste du SMR et l'intimé, l'évaluation des facteurs de stress psychosociaux ne peut pas être placée avant l'examen des indicateurs standards. Une atteinte à la santé invalidante ne peut être niée indépendamment de cet examen, comme s'il s'agissait d'un motif d'exclusion (TF 8C\_407/2020 du 3 mars 2021 c. 4.1). De tels facteurs et leur évolution doivent en principe toujours être pris en compte dans l'examen des limitations dues à des atteintes psychiques, eu égard aux complexes "personnalité" et "contexte social" (voir ATF 141 V 281 c. 4.3.2 et 4.3.3; TF 8C\_52/2022 du 2 juin 2022 c. 4.1, 9C\_311/2021 du 23 septembre 2021 c. 4.4.2) qui seront examinés ci-après. Au second niveau et s'agissant en particulier de la catégorie du degré de gravité fonctionnel (ATF 141 V 281 c. 4.3), il faut relever que l'absence de diagnostic avec effet sur la capacité de travail est un indice sérieux que le degré de gravité requis pour une atteinte à la santé invalidante n'est pas atteint (TF 9C\_154/2016 du 19 octobre 2016 c. 4.1, 9C\_646/2015 du 16 mai 2016 c. 4.6; JTA AI/2021/384 du 12 mars 2022 c. 8.2). A cela s'ajoute que le spécialiste du SMR a émis un pronostic favorable. De plus, aucun traitement médicamenteux n'a été mis sur pied et l'assurée s'est opposée à une intensification du suivi (limité à une consultation par mois avec sa psychiatre et psychothérapeute; voir dos. AI 31/2 s. et 33/4). Les options

thérapeutiques ne sont donc effectivement pas épuisées (voir à cet égard: ATF 141 V 281 c. 4.4.2). Les éléments qui précèdent doivent être considérés comme autant d'indices minimisant la gravité de l'affection diagnostiquée (voir le complexe "atteinte à la santé"; ATF 141 V 281 c. 4.3.1; voir aussi TF 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 c. 8.2.1.3.1). En outre, concernant le complexe "personnalité" et "contexte social" (ATF 141 V 281 c. 4.3.2 et 4.3.3), ce spécialiste a certes évoqué qu'il soupçonnait le diagnostic d'accentuation de la personnalité, voire de trouble de la personnalité, dès lors que l'assurée s'était trouvée en conflit interpersonnel tant sur le plan professionnel que privé. Il n'a toutefois pas confirmé ces diagnostics, ni évoqué le besoin de les investiguer (dos. AI 33/4). Les constatations du spécialiste du SMR montrent également que les facteurs de stress psychosociaux ont été déterminants dans l'apparition du trouble de l'adaptation. Il a ainsi mis en relief que l'assurée avait subi une surcharge de travail et s'était trouvée au milieu d'une situation conflictuelle sur son ancien lieu de travail (dos. AI 33/4). Il a aussi souligné qu'elle vivait un contexte familial difficile, étant en instance de divorce (dos. AI 33/3). A cet égard, force est d'admettre que si la recourante n'avait pas connu ces circonstances de vie éprouvantes, elle n'aurait vraisemblablement pas éprouvé ces souffrances psychiques (TF 8C\_213/2022 du 4 août 2022 c. 4.5.1; SVR 2022 IV n° 15 c. 2.4). Cela est d'autant plus vrai que l'assurée a reconnu, à l'appui de sa réplique, le besoin de temps pour retrouver confiance en ses capacités et ses ressources et ainsi être prête à affronter le monde du travail, ce qui tend à démontrer le caractère passager de ces symptômes. De surcroît, même si le spécialiste du SMR a énumérés certains facteurs de contrainte (une situation conflictuelle sur l'ancien lieu de travail et un conflit conjugal; dos. AI 33/4), il a également évoqué les importantes ressources de l'assurée, dont notamment la maîtrise de plusieurs langues, sa formation certifiée, son expérience professionnelle, ainsi que son rôle de mère de famille (dos. AI 33/4). Quant à la cohérence (indicateur "cohérence", voir ATF 141 V 281 c. 4.4) entre les symptômes constatés, les souffrances engendrées et les limitations dans tous les domaines de la vie, c'est-à-dire tant sur le plan personnel que professionnel, force est de constater que les limitations semblent très peu prononcées, dans la mesure où l'assurée exerce une activité accessoire (ponctuelle) en qualité d'interprète et qu'elle mène en parallèle une vie

associative (voir à cet égard: TF 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 c. 8.3). Partant, il faut admettre que l'existence d'une atteinte invalidante doit également être exclue au terme de l'examen au second niveau des indicateurs standards.

## **7.**

En définitive, au vu de tout ce qui précède, on ne saurait dès lors remettre en cause l'appréciation de l'intimé, selon laquelle l'atteinte de la recourante ne revêt pas un caractère invalidant. Ce faisant, c'est donc à bon droit que l'intimé a nié le droit de la recourante à des prestations de l'AI.

## **8.**

**8.1** En conclusion, le recours est mal fondé et doit être rejeté.

**8.2** Conformément à l'art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA, pour les litiges en matière de prestations (comme en l'espèce), la procédure est soumise à des frais judiciaires si la loi spéciale le prévoit. Tel est le cas de la LAI. En effet, l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> 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, qui succombe, doit ainsi supporter les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.- (art. 108 al. 1 LPJA). Ceux-ci sont compensés avec l'avance de frais fournie.

**8.3** Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (y compris sous forme d'indemnité de partie) à la recourante qui succombe, pas plus qu'à l'intimé (art. 61 let. g LPGA a contrario; art. 108 al. 3 en relation avec l'art. 104 al. 1 à 3 LPJA [dans sa version en vigueur jusqu'au 31 mars 2023, voir art. T2-1 LPJA]).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de procédure, fixé forfaitairement à Fr. 800.- sont mis à la charge de la recourante et compensés avec son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens, ni d'indemnité de partie.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - à la recourante,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué (A):
  - à la Caisse de pension B.\_\_\_\_\_.

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).