

200.2023.622.AI
N° AVS
BCE/EGC

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

Jugement du 2 juin 2024

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président
G. Zürcher et A.-F. Boillat, juges
C. Wagnon-Berger, greffière

A. _____
agissant par sa curatrice B. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 12 juillet 2023



En fait:

A.

A. _____, née en 1985, est divorcée et mère de deux enfants mineurs. Elle a travaillé en dernier lieu en qualité d'opératrice en horlogerie jusqu'au 31 mai 2019, puis a bénéficié de prestations de l'assurance-chômage et de l'aide sociale. Le 1^{er} août 2020, elle a débuté une formation d'assistante socio-éducative, formation qu'elle a interrompue le 24 novembre 2020 à la suite d'une incapacité de travail survenue dès le 3 novembre 2020. Dans ce contexte, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour adultes le 16 février 2021. Elle y a invoqué souffrir d'endométriose depuis 2006, de spondylarthrite ankylosante depuis 2020 et d'une dépression depuis 2013.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne l'a instruite en organisant notamment une expertise pluridisciplinaire, dont les conclusions ont été remises le 22 mars 2023. Sur cette base et par préavis du 24 avril 2023, il a informé l'assurée qu'il entendait nier tout droit à des prestations de l'AI. L'Office AI Berne a soumis aux experts précédemment consultés les objections déposées le 15 mai 2023 par l'intéressée en vue d'un complément d'expertise, lequel a été établi le 21 juin 2023. Dans une décision rendue le 12 juillet 2023, l'Office AI Berne a confirmé en tous points son préavis.

C.

Par l'entremise de sa curatrice, l'assurée a interjeté un recours le 7 septembre 2023 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (ci-après: le Tribunal administratif) contre la décision rendue le 12 juillet 2023 par l'Office AI Berne. Elle a conclu implicitement à l'annulation de ce prononcé et à l'octroi de prestations d'invalidité. Elle a en outre requis

d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. L'Office AI Berne a conclu pour sa part à l'irrecevabilité et, subsidiairement, au rejet du recours. Par la suite, l'assurée a maintenu ses conclusions et a par ailleurs demandé, subsidiairement, le renvoi de la cause à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a encore produit un rapport de son psychiatre traitant du 16 octobre 2023.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 12 juillet 2023 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et nie tout droit de la recourante à des prestations de l'AI. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et l'octroi de telles prestations. Est particulièrement critiquée par l'intéressée la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 22 mars 2023.

1.2 L'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions (art. 61 let. b de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]). En l'espèce, la recourante explique dans son recours que son état de santé ne lui permet pas de travailler, puis en substance dans sa réplique que l'intimé s'est fondé à tort sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 22 mars 2023, lesquelles seraient en contradiction avec l'avis de ses médecins traitants. Dans ces conditions, et en constatant que ni l'assurée, ni sa curatrice ne sont versées dans le droit, il n'y a pas lieu de se montrer trop strict quant aux exigences de forme du recours, celui-ci devant être en l'espèce considéré comme étant suffisamment motivé (ATF 117 Ia 126 c. 5c, 116 V 353 c. 2b, arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_757/2019 du 24 janvier 2020 c. 4). Il convient donc d'entrer en matière sur le recours, qui a par ailleurs été interjeté en temps utile, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie

agissant par sa curatrice dûment autorisée et disposant de la qualité pour recourir (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. 416 al. 2 du Code civil suisse [CC, RS 210] et 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.

2.1 La modification du 19 juin 2020 de la LAI (Développement continu de l'AI, RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1^{er} 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 148 V 162 c. 3.2.1, 144 V 210 c. 4.3.1). En l'espèce et 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 été déposée en février 2021 (dos. AI 2/8), les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables au présent litige (Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS] sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] du 1^{er} janvier 2022, version 4, p. 109 ch. 9100; sur l'application des directives de l'administration par le juge, ATF 147 V 79 c. 7.3.2, 146 V 224 c. 4.4.2; voir également parmi d'autres JTA AI/2022/646 du 11 avril 2023 c. 3.1). Pour le surplus, les modifications de la LPGA du

21 juin 2019, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2021, s'appliquent à la présente procédure (art. 82a LPGA).

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).

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 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 toutefois pas pour admettre que celle-ci 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 (art. 7 al. 2 LPGA; 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).

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 (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, 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 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).

2.6 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 sa décision contestée et en s'appuyant sur les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 22 mars 2023 et son complément du 21 juin 2023, l'intimé a retenu que l'assurée était en mesure d'assumer un emploi à plein temps en tant qu'opératrice en horlogerie ou dans toute autre activité correspondant aux compétences de celle-ci (y compris un poste d'assistante socio-éducative) et ce, sans diminution de rendement. Il a donc considéré que la recourante ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante et a exclu le droit à des prestations de l'AI. Il a précisé par la suite que l'expertise pluridisciplinaire susmentionnée répondait en tous points aux exigences fixées par la jurisprudence en matière de valeur probante et a jugé que le rapport du psychiatre traitant, qui n'avait plus revu

sa patiente depuis plus de cinq ans, ne remettait pas en cause les conclusions des experts.

3.2 Pour sa part, la recourante fait essentiellement valoir que son état de santé ne lui permet pas de travailler et conteste en substance l'appréciation médicale des experts. Elle estime que ceux-ci n'ont pas suffisamment tenu compte de ses limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, mises en évidence de façon probante par son psychiatre traitant dans son rapport du 16 octobre 2023. Elle observe finalement une certaine incohérence chez l'intimé qui, d'une part, nie tout droit à des mesures de réadaptation en raison de son état de santé, puis d'autre part, retient qu'elle présente une pleine capacité de travail s'agissant de l'examen du droit à la rente.

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 144 V 210 c. 4.3.1, 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). En l'espèce, bien que le rapport médical du 16 octobre 2023 produit par l'assurée à l'appui de sa réplique (pièce justificative [PJ] 19 recourante) soit postérieur à la décision attaquée, les faits exposés et l'analyse qui en est faite par le psychiatre dont il émane ont essentiellement trait à la situation antérieure à cette décision (voir dans ce sens TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 c. 7.2.1, 9C_34/2017 du 20 avril 2017 c. 5.2). En effet, le spécialiste y indique ne pas avoir revu sa patiente depuis septembre 2018, de sorte que cet écrit concerne exclusivement la situation médicale qui existait au moment où il la suivait en consultation, c'est-à-dire une période antérieure à la décision attaquée. Partant, ce document doit être pris en compte. Au surplus, le dossier permet de constater les faits médicaux principaux suivants.

4.2 Dans un rapport du 23 juillet 2020, un spécialiste en rhumatologie d'un centre hospitalier régional a posé les diagnostics principaux de

syndrome lombo-spondylogène statique et de syndrome douloureux cervical avec de légers signes arthrosiques au niveau de la colonne cervicale. En se fondant notamment sur un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du 28 mai 2020 (dossier [dos.] AI 35/3), ce médecin a évoqué à titre de diagnostics différentiels une spondylarthrite HLA-B27 négative indifférenciée ou encore une myélofibrose avec des enthésopathies, achillodynies et une fasciite plantaire L5-S1. Il a encore retenu le diagnostic secondaire d'obésité (dos. AI 31/9 et 31/10).

4.3 Le 10 avril 2021, un médecin généraliste consulté par l'intéressée pour le traitement de ses douleurs articulaires a retenu les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, de spondylarthrite et de syndrome lombo-spondylogène statique. Il a également évoqué les antécédents médicaux de dépression, de syndrome lombo-spondylogène statique, de spondylarthrite séronégative et d'endométriose (dos. AI 31/4 et 5).

4.4 L'assurée a séjourné du 14 septembre 2017 au 21 février 2018 en milieu semi-hospitalier auprès d'un hôpital régional en raison de l'aggravation de la symptomatologie dépressive et anxieuse. Du rapport de sortie du 21 mai 2021 y relatif établi par un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, il ressort le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques (ch. F33.2 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10]). Il a également évoqué à titre d'hypothèse diagnostique une personnalité dépendante (ch. F60.7 CIM-10; dos. AI 37/2 et 4).

4.5 Suite à l'apparition de douleurs périphériques au niveau des chevilles, hanches, talons et mains, l'assurée a consulté une nouvelle spécialiste en rhumatologie d'un hôpital cantonal. Dans un rapport du 10 juin 2021, cette médecin a retenu le diagnostic principal de spondylarthrite axiale HLA-B27 négatif avec rachialgies et pygalgies inflammatoires et sacro-iliite à gauche. La spécialiste a encore évoqué certaines comorbidités, à savoir un petit goitre avec status post hyperthyroïdie infra clinique en mars 2019, une endométriose et un status après trois interventions par laparoscopie et aponévrose plantaire (dos. AI 49/4). La médecin a confirmé ces diagnostics le 29 juin 2021 (dos. AI 49/2). Le 13

janvier 2022, elle a précisé que la spondylarthrite avait une prédominance périphérique et a évoqué ne pas être en mesure de se déterminer sur les répercussions de ce diagnostic sur la capacité de travail de l'assurée, dans la mesure où elle n'avait plus revu sa patiente depuis le 29 juin 2021 (dos. AI 60/5 et 6). Ces diagnostics ont été repris par le médecin généraliste traitant dans son rapport du 21 mars 2022 (dos. AI 69/2).

4.6 Le 7 décembre 2021, deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie de l'hôpital régional susmentionné (voir c. 4.4) ont retenu les diagnostics, avec incidence sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode moyen sans symptômes psychotiques (ch. F33.1 CIM-10), de personnalité dépendante (ch. 60.7 CIM-10) et de spondylarthrite ankylosante (dos. AI 57/3). S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, les médecins ont indiqué que les motifs somatiques étaient prépondérants et ont renvoyé à l'évaluation du médecin traitant (dos. AI 57/5).

4.7 Sur les recommandations d'un spécialiste en médecine interne du Service médical régional (SMR) de l'intimé (dos. AI 71/5), celui-ci a ordonné une expertise pluridisciplinaire (domaines de la médecine interne générale, de la psychiatrie et de la rhumatologie), dont les conclusions ont été livrées le 22 mars 2023. A l'appui de leur évaluation consensuelle, les experts ont posé les diagnostics de possibles sévices physiques infligés à une enfant (ch. Z61.6 CIM-10), de privation de relation affective pendant l'enfance (ch. Z61.0 CIM-10), de difficultés majeures dans les rapports avec l'ex-conjoint (ch. Z63.0 CIM-10), d'agressions sexuelles par la force physique (ch. Y05 CIM-10), de personnalité émotionnellement labile type borderline (ch. F60.31 CIM-10), de rachialgies sur discopathie en C5-C6 et C6-C7 et discarthrose L5-S1, de spondylarthrite ankylosante HLA-B27 négatif possible, d'endométriose (ch. N80 CIM-10), de surpoids et de tabagisme actif (ch. T65.2 CIM-10; dos. AI 86.1/8). A l'issue de leur analyse, les experts ont conclu que dans l'activité habituelle d'horlogère ou celle d'assistante socio-éducative, la capacité de travail de l'assurée était entière (sous réserve de la période d'hospitalisation psychiatrique du 14 septembre 2017 au 21 février 2018), en l'absence de limitations fonctionnelles (dos. AI 86.1/10). Confrontés aux objections de la recourante

et en particulier à un certificat médical daté du 11 mai 2023 rédigé par un nouveau spécialiste en psychiatrie de l'hôpital régional déjà évoqué (voir c. 4.4), attestant une incapacité de travail totale du 11 au 28 mai 2023 (dos. AI 89/3), les experts ont maintenu leurs conclusions dans le complément d'expertise du 21 juin 2023 (dos. AI 93/2).

4.8 Dans un rapport du 16 octobre 2023, un psychiatre traitant de l'assurée (voir c. 4.1) a indiqué avoir suivi celle-ci en consultation du 26 novembre 2013 au 18 septembre 2018 pour un trouble dépressif récurrent (ch. F33.1 CIM-10) dans le cadre d'une personnalité émotionnellement labile de type borderline (ch. F60.31 CIM-10; PJ 19 recourante).

5.

Il convient donc en premier lieu d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 22 mars 2023, sur lequel s'est fondé l'intimé pour rendre la décision contestée.

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 L'expertise comprend une appréciation interdisciplinaire (expertise consensuelle), synthétisant le résultat d'examens sur les plans de la médecine interne, de la psychiatrie et de la rhumatologie, ainsi que les rapports relatifs à ces investigations spécialisées (dos. AI 86.1 à 86.4). Les experts, dont les qualifications médicales ne sauraient être mises en doute, ont procédé chacun à un examen personnel de la recourante. Ils ont pris

en compte les plaintes subjectives de celle-ci après avoir restitué de façon détaillée l'anamnèse (médicale, personnelle, familiale et professionnelle) et résumé les principaux documents recueillis par l'intimé, y compris les imageries réalisées. Les résultats de l'expertise ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance des éléments médicaux déterminants. Les observations émises dans ce contexte, discutées et étayées, ont ensuite été intégrées dans l'évaluation finale consensuelle, à laquelle ont procédé les experts. Leurs conclusions ne laissent pas apparaître d'élément permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Par conséquent, d'un point de vue formel, l'expertise pluridisciplinaire, dont le rapport a été rendu le 22 mars 2023, ne prête pas le flanc à la critique.

5.3 Sur le plan matériel, l'expertise apparaît également convaincante.

5.3.1 S'agissant tout d'abord du volet de la médecine interne générale, l'expert de cette discipline a procédé avec soin à un examen clinique de l'assurée (dos. AI 86.2/15 ss). Compte tenu des éléments rapportés à l'anamnèse médicale (perte de poids importante) et par souci de complétude, il a en outre procédé à un bilan sanguin thyroïdien (dos. AI 86.2/17 et 86.5/1). L'expert a recensé les plaintes de la recourante, qu'il a jugées cohérentes (dos. AI 86.2/11 et 18), et en a examiné les causes. A cet égard et s'agissant des douleurs abdominales rapportées, l'expert a procédé à un examen spécifique. Ainsi, après avoir constaté un abdomen souple, légèrement sensible en périombilical, de même que l'absence de défense, de détente, d'hépatomégalie, de splénomégalie, de masse palpable ou d'hernie (dos. AI 86.2/16), il a imputé ces douleurs à l'endométriose, tout en précisant que cette maladie était bien contrôlée (recourante en aménorrhée et épisodes algiques gérés grâce à la méditation). L'expert a donc exclu de façon logique une quelconque limitation fonctionnelle en lien avec cette affection (dos. AI 86.2/18). Pour le surplus, les résultats n'ont pas révélé d'éléments médicaux susceptibles d'être investigués davantage. C'est donc de manière probante que l'expert n'a retenu aucun diagnostic avec incidence sur la capacité de travail. Quant à l'évaluation de celle-ci, à savoir pleine et entière, elle s'avère aussi convaincante eu égard à l'absence de limitations fonctionnelles retenues sur le plan de la médecine interne (dos. AI 86.2/19). Le médecin

généraliste, dans ses rapports médicaux des 10 avril 2021 (dos. AI 31/3 ss) et du 21 mars 2022 (dos. AI 69/2 ss) s'est pour sa part essentiellement prononcé sur les douleurs du rachis et des articulations périphériques de sa patiente, de sorte qu'il n'apporte aucun élément relatif à la médecine interne qui n'aurait pas été examiné par l'expert de cette discipline.

5.3.2 D'un point de vue rhumatologique ensuite, l'expert a établi un status rhumatologique complet en ciblant son évaluation médico-asséculoologique sur les plaintes de l'assurée (nuque, genoux, chevilles, poignets, bas du dos ou position assise; dos. AI 86.4/11 et 17). A l'issue de son examen, l'expert a constaté que les douleurs du rachis et des articulations périphériques décrites par l'intéressée ne s'accompagnaient pas de signe inflammatoire ou de restriction de la mobilité (dos. AI 86.4/20). En particulier, et contrairement au spécialiste en rhumatologie d'un centre hospitalier régional (dos. AI 31/11; voir c. 4.2), l'expert n'a pas relevé de signe d'enthésopathie (dos. AI 86.4/18 et 20). Il a ensuite méticuleusement examiné les indices sur lesquels les différents rhumatologues consultés s'étaient appuyés pour retenir le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, à savoir une anomalie de l'articulation sacro-iliaque gauche mise en évidence par l'IRM du 28 mai 2020 (dos. AI 35/3, 31/10 à 11, 49/2 et 4), ainsi que la présence de signes d'enthésopathie (dos. AI 31/9 et 11). Il a toutefois expliqué que ces deux éléments étaient insuffisants pour fonder le diagnostic précité et ce, d'autant plus que le radiologue en charge de l'IRM du 28 mai 2020 n'avait pas retenu de véritable sacro-iliite (dos. AI 86.4/20). L'expert a donc identifié, puis levé les divergences de diagnostic. Il a ensuite contré l'appréciation médicale établie par les spécialistes en rhumatologie traitants en retenant, contrairement à ceux-ci, l'affection de troubles dégénératifs débutant du rachis (pouvant selon lui expliquer les rachialgies). Ses conclusions n'apparaissent pas affaiblies par celles des rhumatologues consultés par l'assurée. En effet, en juillet 2020, le spécialiste en rhumatologie d'un centre hospitalier régional avait émis des réserves quant à l'identification de cette maladie et avait recommandé de suivre l'évolution au fil des années (dos. AI 31/11; voir c. 4.2). Pour sa part, avant d'évoquer la piste diagnostique spondylarthrite ankylosante, la spécialiste en rhumatologie d'un hôpital cantonal avait d'abord soupçonné en juin 2021 un syndrome SAPHO en raison de l'acné, de l'aspect de

sacro-iliite, ainsi que des douleurs au niveau des articulations (dos. AI 49/5; voir c. 4.5). Cette médecin n'avait toutefois pas étayé les données cliniques, ni les paramètres biologiques et radiologiques l'ayant conduite à retenir ce premier diagnostic au détriment du second. Les deux spécialistes n'avaient pas non plus évoqué les raisons pour lesquelles ils retenaient cette affection en dépit de l'absence de l'antigène HLA-B27 (dos. AI 31/9 et 49/4). Dans ces conditions, c'est de façon convaincante que l'expert s'est distancié du diagnostic de spondylarthrite ankylosante retenu par les rhumatologues traitants. Après avoir terminé son évaluation diagnostique, l'expert a précisé qu'en tout état de cause, même si l'assurée devait souffrir de cette maladie, celle-ci n'induisait pas de restrictions de la mobilité ou de limitations fonctionnelles (dos. AI 86.4/20). Certes, le médecin généraliste traitant, dans son rapport du 10 avril 2021, a évoqué des douleurs articulaires à titre de restrictions objectives (dos. AI 31/6; voir c. 4.3). Ce médecin ne dispose toutefois pas d'une spécialisation en rhumatologie propre à remettre en cause les conclusions dûment motivées de l'expert dans son domaine de spécialisation. Pour sa part, la spécialiste en rhumatologie d'un hôpital cantonal, sans minimiser les douleurs ressenties par l'assurée, n'a pas rapporté de répercussions fonctionnelles, mais a, au contraire, souligné l'absence de limitations de l'épaule, des hanches ou des chevilles (dos. AI 49/5). La conclusion de l'expert est d'autant plus convaincante que la recourante lui a confié, lors de l'examen personnel, qu'elle ne prenait qu'occasionnellement des médicaments (antidouleurs ou anti-inflammatoires) et qu'elle ne suivait aucun traitement de fond (dos. AI 86.4/12). Cela a du reste également été relevé tant par le médecin généraliste dans son rapport du 21 mars 2022 (dos. AI 69/2), que par la spécialiste en rhumatologie d'un hôpital cantonal (traitement biologique refusé par l'assurée; dos. AI 49/2 et 60/7). A ce propos, cette dernière a d'ailleurs précisé qu'hormis lors des poussées de la spondylarthrite, les douleurs pouvaient être gérées par des anti-inflammatoires (dos. AI 60/7). Dans son évaluation de la plausibilité, l'expert a encore évoqué des divergences entre les limitations annoncées par l'assurée dans ses activités professionnelles et les éléments médicaux objectifs ou les activités qu'elle menait quotidiennement (exercices de fitness, ménage; dos. AI 86.4/20). Il a toutefois exclu toute majoration des plaintes et évoqué la cohérence entre celles-ci et les observations objectives (dos. AI 86.4/18 et

20). Compte tenu de l'absence de pathologie engendrant des limitations fonctionnelles, l'expert a retenu de façon logique que d'un point de vue rhumatologique strict, la capacité de travail de la recourante était complète dans l'activité d'ouvrière en horlogerie, d'assistante socio-éducative ou dans toute autre activité semblable (dos. AI 86.4/20). L'activité raisonnablement exigible évoquée par la spécialiste en rhumatologie d'un hôpital cantonal dans son rapport du 13 janvier 2022 (alternance des positions assis et debout, absence de position statique de plus de 30 minutes ou de port de charge supérieur à 2 kg; dos. AI 60/6; voir c. 4.5), ne remet pas en cause les conclusions de l'expert. En effet, le profil d'exigibilité décrit par cette médecin repose uniquement sur le diagnostic de spondylarthrite ankylosante et n'est pas mis en relation avec d'éventuelles limitations fonctionnelles. Pour le surplus, les rhumatologues traitants ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail de la recourante (dos. AI 31/9 ss, 49/2 ss, 60/7) et n'apportent aucun élément qui remettrait en cause les conclusions probantes de l'expert rhumatologue. Quant au médecin généraliste, celui-ci, se contente de reprendre laconiquement, dans l'appréciation de la capacité de travail figurant dans son rapport du 21 mars 2022, l'estimation subjective de sa patiente, déclarant que celle-ci ne se sent pas capable de travailler en raison de ses douleurs articulaires (dos. AI 69/2). Dans ces circonstances, l'appréciation spécialisée de la capacité de travail de l'intéressée émise par l'expert rhumatologue l'emporte sur les conclusions plus succinctes sur ce point des spécialistes de cette discipline ou du médecin généraliste.

5.3.3 En ce qui concerne finalement l'aspect psychiatrique, l'expert a procédé avec soin à un examen clinique, puis a répertorié l'ensemble des appréciations médicales (sur le plan psychiatrique) au dossier médico-assécurologique de l'assurée avant de discuter les diagnostics topiques. A ce titre, les diagnostics de possibles sévices physiques infligés à une enfant (ch. Z61.6 CIM-10), de privation de relation affective pendant l'enfance (ch. Z61.0 CIM-10), de difficultés majeures dans les rapports avec l'ex-conjoint (ch. Z63.0 CIM-10) et d'agressions sexuelles par la force physique (ch. Y05 CIM-10) ont été retenus sur la base de l'anamnèse médicale. Pour étayer le diagnostic de personnalité émotionnellement labile type borderline retenu (ch. F60.31 CIM-10), l'expert a mis en évidence une

impulsivité, verbale, parfois physique, des comportements à risque, des débordements émotionnels, une faible perception de soi et des autres, un déficit chronique d'estime de soi, une crainte des abandons, un sentiment chronique de vide ou encore des relations interpersonnelles instables et intenses (dos. AI 86.3/19). Ces éléments de diagnostic ont du reste également été décelés par un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'un hôpital régional dans un rapport du 21 mai 2021 (peur de l'abandon, émotionnalité débordante et dépendance affective; dos. AI 37/2; voir c. 4.4). S'appuyant en outre sur les résultats des volets de la médecine interne et rhumatologique de l'expertise (cohérence entre les plaintes et les observations objectives; voir sur ce point c. 5.3.1 et 5.3.2), l'expert psychiatre a nié de façon compréhensible le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (ch. F45.4 CIM-10; dos. AI 86.3/20). S'agissant encore de la consommation de toxiques par la recourante (cannabis, héroïne, cannabidiol [CBD] ou encore alcool; voir dos. AI 86.3/13 et 86.3/19), et après avoir évoqué les ressources et occupations hebdomadaires de l'assurée, l'expert a exclu de manière claire et convaincante tout diagnostic psychiatrique en lien avec cette consommation tout en précisant qu'il existait néanmoins une problématique secondaire d'abus d'alcool (dos. AI 86.3/19) qui nécessitait un suivi (dos. AI 86.3/21). Certes, l'expert n'a pas discuté le diagnostic de trouble dépressif récurrent (ch. F33 CIM-10) pourtant arrêté par les différents spécialistes en psychiatrie et psychothérapie traitants (voir c. 4.4, 4.6 et 4.8). Cette lacune n'est toutefois pas insurmontable dans la mesure où l'on comprend de son rapport que l'expert n'a retenu aucune limitation fonctionnelle ou incapacité de travail en lien avec cette affection, faute d'avoir constaté la présence d'une humeur dépressive, d'un sentiment de dévalorisation, mais également d'idées noires et suicidaires avouées. Spontanément, l'assurée n'a par ailleurs rapporté aucune plainte d'ordre psychiatrique (dos. AI 86.3/11). Excepté la pratique quotidienne de la méditation (autodidacte), l'expert a évoqué l'interruption de tout traitement (médicamenteux, psychiatrique ou psychothérapeutique) depuis janvier 2022 (dos. AI 86.3/19). Il n'a par ailleurs nullement occulté la décompensation psychique intervenue en 2017 ayant conduit à l'hospitalisation de la recourante. En effet, dans la rubrique relative aux traitements, l'expert a préconisé – tout en précisant que cette recommandation n'avait aucune influence sur la

capacité de travail – une reprise d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique, afin de limiter le risque de décompensations sérieuses (dos. AI 86.3/21). Il y a ainsi lieu de considérer que les antécédents médicaux de l'assurée, en particulier s'agissant de précédentes décompensations psychiques, ont fait l'objet d'une étude fouillée par l'expert. S'appuyant sur ses propres observations, celui-ci a entre autres relevé que l'intéressée ne présentait pas de troubles du cours de la pensée et qu'elle s'exprimait dans un discours cohérent (dos. AI 86.3/17 et 18). Il n'a donc constaté aucune limitation fonctionnelle au motif psychiatrique (au même titre que le médecin généraliste dans son rapport du 21 mars 2022; dos. AI 69/2). A ce propos, la recourante ne peut rien tirer en sa faveur du rapport du 16 octobre 2023 de son psychiatre traitant (voir réplique du 2 novembre 2023). Il est certes vrai que celui-ci a évoqué des difficultés à gérer le stress et a préconisé un environnement de travail ne requérant pas l'exécution de tâches multiples (PJ 19 recourante). Toutefois, ce médecin n'a plus revu sa patiente depuis le 18 septembre 2018, de sorte qu'il n'est pas en mesure de se prononcer sur l'évolution du trouble dépressif ni sur les éventuelles limitations fonctionnelles engendrées par celui-ci. Pour leur part, dans leur rapport du 7 décembre 2021, les spécialistes en psychiatrie et psychothérapie d'un hôpital régional se sont limités à décrire des difficultés dans l'exécution des tâches, sans précision de leur nature ou leur ampleur (dos. AI 57/4; voir c. 4.6). Au cours de l'entretien personnel avec l'expert, l'assurée a quant à elle évoqué ressentir du stress, mais uniquement en lien avec les débordements émotionnels et être sujette aux crises de panique (dos. AI 86.3/12). L'expert a toutefois tenu compte de ces crises, puisqu'il a indiqué qu'elles étaient intégrées dans le diagnostic de personnalité émotionnellement labile type borderline (dos. AI 86.3/20). En d'autres termes, l'état de stress de l'intéressée et les crises de panique ont été dûment prises en compte par l'expert, mais celui-ci, de manière convaincante, n'en a tiré aucune conclusion quant à d'éventuelles restrictions fonctionnelles. En l'absence de telles limitations, la pleine et entière capacité de travail de l'expertisée (hormis la période d'hospitalisation du 14 septembre 2017 au 21 février 2018), retenue par l'expert, n'est pas critiquable (dos. AI 86.3/20). A cet égard, on retiendra que les rapports des différents spécialistes en psychiatrie et psychothérapie consultés (PJ 19 recourante, dos. AI 37/2 et

57/2) ne sont pas susceptibles de mettre en doute la capacité de travail estimée par l'expert. En effet, ceux-ci se contentent de décrire de manière générale les troubles dont souffre leur patiente et ne prennent pas concrètement position sur la capacité de travail de celle-ci. La même conclusion s'impose concernant le certificat médical du 11 mai 2023 (attestant une incapacité totale de travail du 11 au 28 mai 2023) qui ne donne pas de détail sur le motif de l'empêchement, ne fournit aucun diagnostic, ni aucune précision sur la nature des atteintes ou l'ampleur des restrictions fonctionnelles (dos. AI 89/3). Les spécialistes en psychiatrie et psychothérapie d'un hôpital régional ont du reste expressément admis, en décembre 2021, que la raison somatique était prépondérante pour fixer la capacité de travail de la recourante (dos. AI 57/5). Ainsi, l'expertise, dans son volet dédié à la psychiatrie, s'avère logique, compréhensible et convaincante.

5.3.4 Cette conclusion s'impose tant pour les aspects spécifiquement médicaux de l'expertise, que pour la proposition qui y est formulée relative à l'estimation de la capacité de travail et de son évolution. Par le fait d'avoir évalué les déficits fonctionnels sur une base objectivée, l'expert psychiatre mandaté par l'intimé a en effet respecté le cadre normatif déterminant (art. 7 al. 2 LPGA; voir c. 2.3). En l'espèce, bien qu'aucun motif d'exclusion ne puisse être reconnu, puisque l'expert psychiatre a nié toute majoration systématique des symptômes (dos. AI 86.3/18), l'examen des indicateurs conduit quoi qu'il en soit à nier l'existence d'une atteinte invalidante. En effet, s'agissant du degré de gravité fonctionnelle (voir le complexe "atteinte à la santé"; ATF 141 V 281 c. 4.3.1), elle a été évaluée par l'expert en tenant certes compte de l'absence d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, mais en présence d'un trouble de la personnalité de type borderline, suffisant déjà à lui seul pour expliquer les décompensations passées qu'a connu l'assurée et qui se manifestent par des symptômes de nature très diverse (comportements à risque, débordements émotionnels, déficit chronique d'estime de soi, crainte des abandons, sentiment chronique de vide, relations interpersonnelles instables et intenses, fluctuations thymiques, attaques de panique ou encore troubles alimentaires, dos. AI 86.3/19 et 20). L'expert a également évoqué la consommation d'alcool dommageable pour la santé mais a

considéré que cette problématique était exclusivement secondaire (dos. AI 86.3/19). Il a aussi expliqué que les fonctions représentées dans le test Mini-CIF-APP d'évaluation de l'impact des troubles psychiques n'étaient pas restreintes, de sorte qu'une incapacité de travail ne pouvait être retenue (dos. AI 86.3/22). Aucune plainte psychiatrique n'a par ailleurs été formulée par la recourante (dos. AI 86.3/11). De plus, en se basant sur le complexe "contexte social" (ATF 141 V 281 c. 4.3.2 s.) et bien que l'expert ait constaté des ressources externes limitées (dos. AI 86.3/22; en dépit de capacités relationnelles [dos. AI 86.3/21]), il a néanmoins souligné les nombreuses ressources personnelles de l'expertisée puisque celle-ci était capable de communiquer, de respecter un cadre et disposait notamment de capacités d'adaptation (dos. AI 86.3/21). Finalement, l'absence de traitement (médicamenteux, psychiatrique ou psychothérapeutique) depuis janvier 2022 (dos. AI 86.3/19) tend également à relativiser la gravité de l'atteinte (voir "complexe cohérence", ATF 141 V 281 c. 4.4.2). Les conclusions de cette évaluation spécialisée, qui retiennent que l'assurée dispose d'une pleine capacité de travail sous l'angle psychiatrique, sont dès lors également probantes du point de vue juridique.

5.3.5 Finalement, l'évaluation consensuelle livre une appréciation coordonnée des atteintes concernées et de leurs répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Les experts ont en particulier unanimement admis que les plaintes de celle-ci étaient cohérentes en dépit d'un quotidien bien chargé (dos. AI 86.1/8). C'est ainsi de manière probante qu'ils se sont mis d'accord sur une pleine capacité de travail (en dehors de la période d'hospitalisation psychiatrique) dans l'activité habituelle d'horlogère ou d'assistante socio-éducative (dos. AI 86.1/9).

5.3.6 Par conséquent, il faut conclure que l'expertise pluridisciplinaire du 22 mars 2023 s'avère claire, convaincante et complète. Elle répond aux critères posés par la jurisprudence (c. 5.1) pour lui accorder une pleine valeur probante, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'entreprendre ou d'ordonner des investigations médicales supplémentaires qui n'apporteraient rien de nouveau au dossier déjà suffisamment instruit. Il y a donc lieu de retenir, à l'instar des experts dans leur évaluation consensuelle, que l'assurée a présenté depuis toujours une pleine capacité de travail, en dehors de la

période d'hospitalisation psychiatrique, dans l'activité habituelle d'horlogère ou d'assistante socio-éducative (dos. AI 86.1/9).

6.

A toutes fins utiles, il convient encore de relever qu'on ne saurait suivre l'assurée lorsque celle-ci reproche à l'intimé une attitude contradictoire par le fait d'avoir nié tout droit à des mesures de réadaptation pour des motifs de santé, puis d'avoir exclu un droit à une rente compte tenu de l'absence d'atteinte à la santé invalidante. En effet, si durant son premier entretien du 11 mars 2021 avec une collaboratrice de l'Office AI Berne, la recourante a exprimé son souhait de débiter des mesures professionnelles (dos. AI 22/4), elle a également indiqué qu'elle ne se sentait pas encore capable d'exercer une activité lucrative en raison de la spondylarthrite ankylosante (dos. AI 22/2). En avril 2021, son médecin généraliste a ensuite évoqué des limitations fonctionnelles en lien avec les douleurs articulaires. Il a en outre mentionné que celles-ci avaient justifié la cessation de la formation d'assistante socio-éducative (dos. AI 31/5 et 6). Ainsi, au stade de la communication du refus de mesures de réadaptation du 25 janvier 2022, l'intimé s'est fondé sur les rapports médicaux au dossier, ainsi que sur les déclarations de l'assurée pour conclure que de telles prestations n'étaient pas exigibles au vu des problèmes de santé rencontrés (voir notamment l'art. 7a LAI). Ce n'est qu'après instruction du dossier s'agissant d'un éventuel droit à une rente et sur la base de l'expertise pluridisciplinaire du 22 mars 2023, que l'intimé a nié toute atteinte à la santé invalidante. Cette manière de faire n'est pas critiquable et il ne saurait être question d'attitude contradictoire de l'intimé à ce propos.

7.

7.1 En conclusion, on doit donc retenir, à l'instar de l'intimé dans sa décision litigieuse du 12 juillet 2023, qu'en l'absence de diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail et de limitations fonctionnelles, l'assurée ne présente aucune atteinte à la santé invalidante. C'est donc à

juste titre que l'Office AI Berne a exclu tout droit de la recourante aux prestations de l'AI. Le recours doit par conséquent être rejeté.

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

7.3 La recourante a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice.

7.3.1 Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

7.3.2 Compte tenu des pièces produites à l'appui de sa requête, la condition financière est remplie, l'assurée bénéficiant de l'assistance des services sociaux (ATF 144 III 531 c. 4.1, 122 I 5 c. 4a; SVR 2017 IV n° 87 c. 2.1). En outre, les chances de succès du recours ne pouvaient être d'emblée niées (ATF 140 V 521 c. 9.1; SVR 2021 ALV n° 13 c. 8.1). La requête doit donc être admise et la recourante mise au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle.

7.3.3 L'assurée doit toutefois être rendue attentive à son obligation de remboursement envers le canton si elle devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 112 al. 2 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire, limitée aux frais judiciaires, est admise.
3. Les frais judiciaires, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont provisoirement supportés par le canton de Berne. La recourante est rendue attentive à son obligation de remboursement.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la recourante, par sa curatrice,
 - 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).