

**200.2023.678.AI**  
N° AVS  
MAU/EGC

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

**Jugement du 25 mars 2024**

Droit des assurances sociales

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

**A.** \_\_\_\_\_  
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 29 août 2023

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1969 et mère de deux enfants, est au bénéfice d'une formation d'enseignante. Postérieurement à la naissance de son premier enfant, en septembre 2003, elle a rencontré des problèmes de santé. Entre novembre 2003 et octobre 2005, elle a été hospitalisée à plusieurs reprises, notamment à la suite d'un tentamen intervenu en avril 2005. Le 21 janvier 2005, elle s'est annoncée auprès de l'assurance-invalidité (AI) en raison d'une dépression. Par décision du 3 avril 2007, l'Office AI du canton de Berne (ci-après: l'Office AI Berne) a octroyé à l'intéressée une rente entière pour la période du 1<sup>er</sup> novembre 2004 au 30 avril 2006.

**B.**

Le 17 octobre 2022, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office AI Berne. Elle y a invoqué des troubles anxieux, une dépression et un stress post-traumatique, ajoutant que ces atteintes existaient depuis sa grave dépression intervenue entre 2003 et 2005. Sur conseil du Service médical régional de Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne a requis une expertise psychiatrique, dont le rapport a été établi le 30 mai 2023. Sur ce fondement, et par décision du 29 août 2023 confirmant un préavis du 15 juin 2023, l'Office AI Berne a nié tout droit à des prestations de l'AI.

**C.**

Par écrit du 26 septembre 2023, l'assurée porte le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (ci-après: Tribunal administratif). Sous suite de frais et dépens, elle conclut en substance à l'annulation de la décision de l'Office AI Berne du 29 août 2023 et à l'octroi de prestations d'invalidité. L'Office AI Berne conclut au rejet du recours. Dans un échange d'écritures subséquent, l'Office AI Berne et l'assurée ont maintenu leurs

conclusions respectives, celle-ci ayant 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 29 août 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. Sont particulièrement critiquées par la recourante les conclusions de l'expertise et la valeur probante reconnue à celle-ci par l'autorité précédente.

**1.2** Interjeté en temps utile et dans les formes minimales prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] 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** 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). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1).

**2.2** Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier l'art. 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 145 V 215 c. 5.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante (ATF 142 V 106 c. 4.4).

**2.3** 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. 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 (ATF 127 V 294 c. 5a). Partant, dans une telle situation, un droit à une rente doit être exclu, même si les

critères de classification d'un trouble psychique sont réalisés (voir art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA). Si une atteinte à la santé 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. 6). 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 (let. b) et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) 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). Aux termes de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2); pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour un

taux d'invalidité entre 40 et 49%, la quotité de la rente est fixée au pourcentage découlant de l'art. 28b al. 4 LAI.

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

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

**2.7** 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).

### **3.**

**3.1** Dans sa décision, l'intimé a nié tout droit aux prestations de l'AI en se fondant sur une expertise psychiatrique du 30 mai 2023. Il a considéré que, à défaut d'atteinte à la santé psychique invalidante, l'on pouvait exiger de la recourante qu'elle exerce une activité lucrative à plein temps et sans limitation de rendement. Il a précisé par la suite que le rapport d'expertise 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 janvier 2023, ne remettait pas en cause les conclusions de l'expert.

**3.2** Pour sa part, la recourante fait essentiellement valoir que son état de santé ne lui permet pas de travailler. Elle conteste la valeur probante de l'expertise, en fondant ses arguments sur un rapport de son psychiatre traitant du 16 octobre 2023. En substance, elle soutient une méconnaissance de ses capacités par l'expert, car celui-ci a retenu à tort qu'elle était directrice d'école et non pas uniquement enseignante. En outre, elle considère le diagnostic de trouble schizo-affectif comme étant justifié, ce trouble entraînant selon elle une incapacité de travail entière. Elle en veut pour preuve ses problèmes de planification et de structuration des tâches lors d'épisodes de décompensation anxiodépressive avec perte de la maîtrise du réel.

### **4.**

A titre liminaire, il sied de souligner qu'après réception de la deuxième demande de la recourante, l'intimé a ordonné une expertise psychiatrique. Il est ainsi entré en matière sur la nouvelle demande, admettant de ce fait que la recourante avait rendu plausible une péjoration de son état de santé par rapport à l'état ayant prévalu lors de la décision du 3 avril 2007, qui limitait son droit à une rente entière au 30 avril 2006. Dans la mesure où cette question n'est pas litigieuse en l'espèce, le Tribunal administratif n'a donc pas à revoir cet aspect de la procédure (ATF 109 V 108 c. 2b) et doit dès lors procéder à un examen matériel de la cause (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; SVR 2021 IV n°36 c. 3.1).

## **5.**

**5.1** 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). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement, dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C\_239/2020 du 19 avril 2021 c. 7.2.1, 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 c. 5.2). En l'espèce, bien que le rapport médical du 16 octobre 2023 produit par la recourante (pièce justificative [PJ] 2 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. En effet, le psychiatre affirmant ne pas avoir revu sa patiente depuis janvier 2023, son rapport se limite donc exclusivement à confirmer le diagnostic déjà posé dans ses rapports antérieurs et commenter l'expertise psychiatrique du 30 mai 2023. Partant, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à la décision attaquée, le rapport du 16 octobre 2023 sera pris en considération ci-après.

**5.2** Entre le prononcé du 3 avril 2007 et celui du 29 août 2023, les sources suivantes renseignent sur la situation médicale de la recourante.

**5.2.1** Dans un rapport du 21 novembre 2022, le psychiatre traitant de la recourante a posé le diagnostic, avec incidence sur la capacité de travail, de trouble schizo-affectif de type dépressif (ch. F25.1 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé). En outre, il a insisté sur le fait que si la recourante exerçait son activité à un taux de 60% c'était parce qu'il lui était médicalement impossible d'assumer un pourcentage plus élevé (dossier [dos.] AI 40). Pour sa part, le 22 décembre 2022, la généraliste traitante de la recourante a posé le diagnostic, avec

incidence sur la capacité de travail, de trouble schizo-affectif avec risque suicidaire et de lombalgies avec ostéochondrose L5-S1. Quant à la capacité de travail, cette médecin a retenu que la recourante ne pouvait pas assumer une activité professionnelle supérieure à 50%, c'est-à-dire plus de quatre heures par jour (dos. AI 45). Par rapport du 17 février 2023, faisant suite à une hospitalisation du 21 janvier 2023 au 13 février 2023 dans une clinique universitaire de psychiatrie et psychothérapie, des diagnostics de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère (ch. F33.2 CIM-10), status de dépression postpartum datant de 2003 avec plusieurs hospitalisations psychiatriques et tentamen en 2005, ainsi que de hernie discale L4/L5 ont été posés (dos. AI 67). Un second rapport du 20 avril 2023 de la même clinique universitaire a fait suite à une hospitalisation de la recourante du 21 mars 2023 au 4 avril 2023. Les précédents diagnostics y ont été confirmés (dos. AI 72.4). Par rapport du 16 octobre 2023, le psychiatre traitant de la recourante a relevé que le diagnostic de trouble schizo-affectif était déjà évoqué comme diagnostic différentiel lors des hospitalisations intervenues entre 2003 et 2005 et que des symptômes psychotiques étaient également déjà décrits à cette période. Ce spécialiste a ajouté que des hospitalisations en milieu psychiatrique avaient pu être évitées grâce à un suivi ambulatoire régulier et grâce à l'entourage familial et amical de sa patiente. Selon lui, le trouble schizo-affectif entraîne une incapacité de travail à 100% pour une durée indéterminée, ajoutant que le fait que la recourante ait gardé une activité lucrative à temps partiel n'a jamais vraiment constitué un choix, mais une exigence liée à sa santé (PJ 2 recourante).

**5.2.2** Le 23 janvier 2023, le SMR a recommandé de soumettre la recourante à une expertise psychiatrique (dos. AI 49). Dans le rapport d'expertise établi le 30 mai 2023, sur la base d'un examen personnel de l'assurée du 4 mai 2023 (dos. AI 72.1/3), l'expert psychiatre n'a retenu aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail. Il a cependant constaté l'existence d'un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuellement sévère en rémission totale (ch. F33.4 CIM-10), ainsi qu'un syndrome de dépersonnalisation des réalisations (ch. F48.1 CIM-10), tous deux sans effet sur la capacité de travail. A l'issue de son analyse, il a conclu à une capacité de travail nulle de janvier à fin avril 2023, mais

entière dès la sortie d'hôpital de l'assurée, l'épisode dépressif étant entré en rémission complète depuis une semaine (dos. AI 72.2).

## **6.**

Il convient en premier lieu d'examiner la valeur probante de l'expertise du 30 mai 2023, sur laquelle la décision attaquée est fondée.

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

**6.2** En l'occurrence, sur le plan formel, il convient tout d'abord de relever que les qualifications de l'expert psychiatre ne prêtent pas flanc à la critique. Ce spécialiste a procédé à un examen personnel de la recourante. Il a tenu compte des plaintes subjectives de celle-ci, après avoir restitué de façon détaillée l'anamnèse (personnelle, familiale, sociale et professionnelle) et résumé les principaux documents recueillis par l'intimé (dos. AI 72.2/6), ainsi que celui remis par la recourante (dos. AI 72.2/10). Il a aussi minutieusement fait part de ses constatations médicales et des conséquences de celles-ci, tant sur le plan de la santé globale que de la capacité de travail et des activités exigibles. Dans ces circonstances, force est de constater que les résultats de l'expertise ont été arrêtés en pleine connaissance des éléments médicaux déterminants. Les conclusions de l'expert sont motivées et compréhensibles. Elles répondent ainsi aux exigences formelles fixées par la jurisprudence.

**6.3** Sur le plan matériel, les tâches spécifiques et exclusives incombant aux experts médicaux impliquent essentiellement que ceux-ci posent un

diagnostic et décrivent l'incidence des atteintes à la santé constatées sur la capacité de travail (voir TF 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 c. 7.1). S'agissant plus particulièrement de troubles psychiques, 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). En l'occurrence, sur le plan de l'appréciation matérielle de l'expertise psychiatrique du 30 mai 2023, il convient de relever ce qui suit.

**6.3.1** S'agissant des atteintes à la santé psychique de la recourante, l'expert expose d'abord pourquoi il en exclut certaines, en se fondant notamment sur la classification et les critères exposés dans la CIM-10. Il écarte premièrement le diagnostic de personnalité émotionnellement labile de type borderline (ch. F60.31 CIM-10). Selon lui, il n'est pas retrouvé chez la recourante de mode de comportement anormal, durable et persistant, qui ne serait pas limité à des épisodes de la maladie mentale, apparaissant normalement pendant l'enfance ou l'adolescence. Concernant en particulier le type borderline, il ne constate pas chez l'assurée de tendance à agir avec impulsivité et sans considération pour les conséquences possibles. A cet égard, il rejoint l'avis du psychiatre traitant de 2005, qui avait relevé que les critères diagnostics n'étaient que partiellement remplis en l'absence de gestes auto-agressifs récurrents, de conduites impulsives limitées et d'un haut niveau de fonctionnement avant la décompensation de 2003 (dos. AI 72.2/19; dos. AI 10/1). Deuxièmement, l'expert exclut également le trouble schizo-affectif de type dépressif (ch. F25.1 CIM-10) diagnostiqué par le psychiatre traitant (dos. AI 45/5). Il explique que, pour poser un tel diagnostic, au moins un mais de préférence deux symptômes typiquement schizophréniques doivent être réunis, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Il ajoute que ce diagnostic n'a pas non plus été retenu lors du séjour de la recourante dans une clinique universitaire de psychiatrie et psychothérapie en janvier-février 2023. Il exclut troisièmement le diagnostic de trouble bipolaire, car aucun rapport médical ou d'hospitalisation ne constate l'existence de symptômes caractéristiques d'une phase maniaque ou hypomaniaque, qui serait d'ailleurs en contradiction avec le trouble psycho-affectif de type dépressif retenu par le psychiatre traitant (dos. AI 72.2/20). Dans un second temps, l'expert pose le diagnostic de trouble dépressif

récurrent, épisode actuellement sévère, en rémission complète (ch. F33.4 CIM-10). Pour motiver la rémission du trouble, il se base sur les déclarations de la recourante qui affirme avoir subi un changement spectaculaire, il y a environ une semaine (par rapport à la date de l'entretien, c'est-à-dire le 4 mai 2023 [dos. AI 72.1/3]), qui s'est notamment traduit par une ouverture aux autres, un meilleur sommeil et une diminution des angoisses et de la tristesse. L'expert relève que ces assertions sont corroborées par l'examen clinique, qui ne retrouve aucun symptôme objectif d'une sévérité significative, ni trouble psychotique, de l'attention, de la concentration, de la mémoire, ni de ralentissement psychomoteur ou de l'agitation. Il retient enfin un syndrome de dépersonnalisation des réalisations (ch. F48.1 CIM-10), celui-ci ayant été admis en tant que tel, sans qu'il ait été pour autant à l'origine d'incapacité de travail, d'hospitalisation, de majoration significative du traitement médicamenteux ou d'une intensification de la prise en charge (dos. AI 72.2/21). Sur la base de ces constats, l'expert retient une incapacité totale de travail de janvier à avril 2023, correspondant aux périodes d'hospitalisations de la recourante (voir c. 5.2.1). Il considère que, dès fin avril 2023, la récupération est totale sur le plan psychiatrique et que la capacité de travail de l'assurée est entière à l'issue de son hospitalisation.

**6.3.2** En l'occurrence, les appréciations de l'expert l'amenant à exclure les diagnostics de personnalité émotionnellement labile de type borderline et de trouble schizo-affectif de type dépressif sont compréhensibles et convaincantes. En revanche, on ne saurait le suivre lorsqu'il retient que le trouble dépressif récurrent, avec épisode actuellement sévère, était en rémission complète une semaine après le début de l'amélioration de l'état de santé de la recourante. En lien avec ce dernier diagnostic, la CIM-10 précise que, pour que le trouble dépressif soit considéré comme en rémission, il faut que le sujet n'ait pas présenté de symptôme dépressif depuis plusieurs mois (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [éd.], *ICD-10 – Internationale Klassifikation psychischer Störungen*, 2015, ch. F33.4 CIM-10). Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) retient pour sa part que la rémission peut être partielle lorsque certains symptômes du dernier épisode dépressif caractérisé sont présents, mais que les critères complets ne sont pas remplis, ou qu'il existe une période

d'une durée inférieure à deux mois sans aucun symptôme significatif d'un épisode dépressif caractérisé persistant après la fin de l'épisode. La rémission peut aussi être complète lorsqu'il n'existe aucun signe ou symptôme significatif de l'affection depuis deux mois (American Psychiatric Association, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [DSM-5], 2015, p. 231). Ainsi, à la date de l'entretien avec l'expert psychiatre, c'est-à-dire une semaine après la fin des symptômes, il était prématuré de parler de rémission, à tout le moins complète, alors même que la recourante était encore hospitalisée (dos. AI 72.2/8). En effet, l'expert a considéré que l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail totale dès le 1<sup>er</sup> mai 2023, alors qu'elle se trouvait encore hospitalisée au 4 mai 2023. Le dossier ne contient par ailleurs aucune information quant à la date de la fin de l'hospitalisation, la suite préconisée pour la prise en charge ou encore l'évolution de l'état de santé de l'expertisée jusqu'à la date de la décision contestée. Quant au syndrome de dépersonnalisation des réalisations (ch. F48.1 CIM-10), diagnostic également retenu par l'expert psychiatre, mais sans incidence sur la capacité de travail de la recourante, on peine à en comprendre pourquoi l'expert l'a expressément retenu. En effet, selon la CIM-10, les symptômes de dépersonnalisation-déréalisation peuvent survenir dans le contexte notamment d'un trouble dépressif identifiable. Toutefois, dans un tel cas, le diagnostic doit être celui du trouble principal, c'est-à-dire en l'occurrence le trouble dépressif. L'expert psychiatre s'est également prononcé sur une capacité de travail de la recourante en tant que directrice d'école primaire (voir dos. AI 72.1/4), ce que celle-ci n'est pas et n'a jamais été (voir CV pourtant repris par l'expert, dos. AI 72.2/12 s.). Enfin, le psychiatre traitant n'ayant plus vu sa patiente depuis le 6 janvier 2023, tel que cela ressort de son rapport médical du 16 octobre 2023, ce document ne donne pas non plus d'indication pertinente sur l'évolution du trouble dépressif ni, *a fortiori*, de confirmation de sa rémission.

## 7.

**7.1** Sur le vu de ce qui précède, il apparaît qu'à ce stade, les rapports médicaux versés au dossier ne permettent pas de statuer de manière

fiable, au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 V 427 c. 3.2), sur l'état de santé de la recourante, ainsi que sur la capacité de travail de celle-ci. En rendant une décision en l'état du dossier, en particulier sans s'être assuré de la rémission complète de la recourante et en se basant uniquement sur l'expertise psychiatrique du 30 mai 2023, incomplète à cet égard et que l'on doit qualifier de non probante matériellement au vu des considérations émises ci-dessus (c. 6.3.2), l'intimé a violé le devoir d'instruction qui lui incombait (voir art. 43 LPGA).

**7.2** En définitive, il s'agira, pour l'intimé, de compléter son instruction quant à l'évolution de l'état de santé de la recourante entre l'entretien du 4 mai 2023 et la date de la nouvelle décision, le cas échéant de confirmer l'absence de symptômes conformément aux durées préconisées par la science médicale et de faire ainsi confirmer le diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4 CIM-10). Les résultats de ce complément d'instruction devront permettre d'établir la capacité (ou l'incapacité) de travail dans l'activité habituelle d'enseignante (et pas de directrice d'école primaire) ou dans une activité adaptée. Dans le cas d'espèce, un renvoi de la cause à l'intimé se justifie pleinement, dès lors qu'il se rapporte à des points litigieux qui n'ont pas été suffisamment, voire même pas du tout, investigués en procédure administrative (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4). Ce n'est qu'après avoir procédé à ce complément d'instruction que l'Office AI Berne sera en mesure de se prononcer en connaissance de cause sur l'éventuel droit de la recourante à des prestations de l'AI pour la période couverte par la nouvelle demande introduite le 25 octobre 2022. Il lui incombera de rendre une nouvelle décision à cet égard.

## **8.**

**8.1** En conclusion, le recours est admis et la décision du 29 août 2023 annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

**8.2** Les frais de la procédure devant le Tribunal administratif, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé qui succombe

(art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA, art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais de Fr. 800.-, versée par la recourante, sera restituée à celle-ci lorsque le présent jugement sera entré en force.

**8.3** Bien qu'elle obtienne gain de cause (ATF 137 V 57 c. 2.1 et les références), la recourante n'a pas droit à des dépens, pas même en la forme d'une indemnité de partie, dès lors qu'elle n'est pas représentée en justice et n'a pas déployé des efforts dans le cadre de la présente procédure qui dépasseraient la mesure de ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires personnelles (art. 61 let. g LPGA; art. 104 al. 1 et 2 LPJA; ATF 127 V 205 c. 4b et les références).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais judiciaires, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé. L'avance de frais versée par la recourante lui sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. 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).