

200.2024.301.AI

N° AVS
ANP/EGC

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

Jugement du 13 décembre 2024

Droit des assurances sociales

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

A. _____
agissant par son curateur B. _____
représentée par Me C. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 6 mars 2024



En fait:

A.

A. _____, née en 1976, divorcée et mère de trois enfants (nés en 1999, 2002 et 2003), sous curatelle depuis le 22 janvier 2024, s'est d'abord formée comme vendeuse (de 1994 à 1996; avec obtention d'un certificat fédéral de capacité), puis a travaillé dans l'horlogerie (en 2001) avant de se consacrer à sa famille (hormis un essai en 2003 comme maman d'accueil). Le 15 mars 2005, elle s'est annoncée en raison de troubles psychiques à l'Office AI Berne, qui a ordonné une expertise psychiatrique, rédigée le 1^{er} septembre 2006. Une décision du 24 novembre 2006 de cet office niant le droit à une rente a été annulée le 2 juillet 2007 par le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) en vue d'investigations médicales complémentaires (JTA IV/2007/67594). Après avoir délégué une deuxième expertise psychiatrique, finalisée le 6 février 2009, le même office a octroyé le 25 mars 2010 une demi-rente temporaire du 1^{er} octobre 2004 au 30 novembre 2005. Cette décision a été annulée le 21 septembre 2010 par le TA (JTA IV/2010/560), qui a ordonné une nouvelle expertise psychiatrique, élaborée le 20 juillet 2011 à la suite d'une observation en milieu hospitalier. Le 27 novembre 2012, l'Office AI Berne a accordé une rente entière limitée à la période du 1^{er} octobre 2004 au 31 mai 2008. Par jugement du 25 avril 2014 (JTA IV/2013/23), le TA a annulé cette décision et nié tout droit à une rente. Ce jugement a été entériné par le Tribunal fédéral (TF) le 10 février 2015 (TF 8C_375/2014).

B.

En date du 4 octobre 2022, l'assurée a formé une nouvelle demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité (AI) en motivant celle-ci par la survenue d'une maladie après l'accouchement de son troisième enfant. Saisi du cas, l'Office AI Berne s'est enquis de l'appréciation du psychiatre traitant, qui lui a également fait parvenir une lettre de sortie de services hospitaliers psychiatriques auprès desquels sa patiente avait séjourné du 12 août au 7 septembre 2022. Le même office a en outre recueilli l'avis du

généraliste traitant, par lequel il a obtenu d'autres rapports médicaux relatifs à des prises en charge médicales d'urgence, à une réadaptation psychosomatique et à divers suivis spécialisés. Après avoir estimé dans l'intervalle, le 7 novembre 2022, que des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables, il a ordonné une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique), dont le rapport final a été établi le 22 décembre 2023. Par préavis du 18 janvier 2024, cet office a provisoirement rejeté la nouvelle demande de prestations à défaut de toute évolution médicale jugée déterminante depuis l'arrêt rendu le 10 février 2015 par le TF. En dépit des objections formulées par l'intéressée (oralement auprès des services de l'Office AI Berne, puis par l'entremise de son curateur), il a statué le 6 mars 2024 dans le sens annoncé dans son préavis.

C.

Le 22 avril 2024, l'assurée, assistée d'une avocate, a porté le litige devant le TA. Sous suite de frais et dépens, elle conclut à l'annulation de la décision contestée, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2023 moyennant renvoi de l'affaire à l'intimé en vue de déterminer les autres prestations d'assurance lui étant dues et, à titre subsidiaire, au renvoi de l'affaire à ce dernier pour complément d'instruction. La recourante demande en outre l'assistance judiciaire et la désignation de sa mandataire comme avocate d'office. Dans sa réponse du 21 mai 2024, l'intimé conclut au rejet du recours. La recourante a répliqué le 18 juillet 2024 en confirmant ses conclusions et en joignant à son envoi une note d'honoraires de sa mandataire, datée du même jour. L'intimé a également maintenu ses conclusions, ce qu'il a fait savoir dans une duplique du 24 juillet 2024.

En droit:

1.

1.1 La décision du 6 mars 2024 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et rejette la nouvelle demande de prestations du 4 octobre 2022. L'objet du litige porte, quant à lui, sur l'annulation de cette décision, principalement sur l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2023, cas échéant associée à d'autres prestations d'assurance dues à la recourante, et, à titre subsidiaire, sur le renvoi de l'affaire à l'intimé pour complément d'instruction (et nouvelle décision).

1.2 Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par une mandataire dûment constituée, 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], art. 15 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 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 TA 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 et les références). En l'occurrence, tant la décision entreprise que le droit potentiel à une rente sont postérieurs au 1^{er} janvier 2022, la demande de prestations ayant été déposée le 4 octobre 2022. Ainsi, c'est le droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 qui s'applique.

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). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

2.3 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^{bis} et 1^{ter} LAI n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1^{bis} 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.

2.4 Lorsque la rente a déjà été refusée une fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande n'est examinée que si la personne assurée y établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (voir art. 87 al. 2 et 3 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]; voir également ATF 130 V 343 c. 3.5.3). 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). Il faut prendre en compte comme bases temporelles déterminantes pour la comparaison, d'une part, l'état de fait au moment de la décision d'octroi de rente initiale et, d'autre part, celui au moment de la décision de révision litigieuse (ATF 130 V 343 c. 3.5.2, 125 V 368 c. 2; SVR 2010 IV n° 53 c. 3.1).

2.5 Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente. La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable (ATF 144 I 103 c. 2.1, 141 V 9 c. 2.3; SVR 2021 IV n° 36 c. 3.1). Selon une jurisprudence constante, l'appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel est demeuré inchangé, n'appelle pas à une révision (ATF 147 V 161 c. 4.2, 144 I 103 c. 2.1). En particulier, un autre diagnostic ou la suppression d'un diagnostic ne représentent une aggravation, respectivement, une amélioration de l'état de santé propres à motiver une révision que si ces changements de circonstances touchent le droit à la rente (ATF 141 V 9 c. 5.2; SVR 2020 IV n° 25 c. 3).

2.6 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2021 IV n° 54 c. 2.3).

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

3.

3.1 Dans sa décision contestée et sa réponse au recours, l'intimé indique se rallier aux conclusions de l'expertise bidisciplinaire du 22 décembre 2023. Il en infère d'abord que l'état de santé psychique n'a pas connu de modification déterminante depuis la crise survenue à la suite de l'accouchement de la recourante (en 2003), a fortiori donc depuis l'évaluation psychiatrique du 20 juillet 2011 servant de base d'appréciation pour cette comparaison. A son sens, l'assurée, qui vit seule, est toujours en mesure d'assumer son ménage, de faire de petites courses et de s'occuper

de ses affaires administratives; elle demeure de plus en contact avec sa famille, ce qui constitue une ressource. L'intimé fait au surplus état de moments d'incohérence rapportés par le dernier expert psychiatre mandaté et précise que le diagnostic nouveau de schizophrénie posé par celui-ci (en lieu et place des troubles dissociatifs évoqués jusqu'alors) ne constitue pas un motif de révision, car seules importent du point de vue de l'AI les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Sous l'angle somatique, il souligne que l'expert a reconnu une entière capacité de travail à l'assurée dans une activité adaptée à ses restrictions. Au final, l'intimé retient que les conclusions prises lors de l'expertise bidisciplinaire traduisent une appréciation différente d'un même état de fait et qu'il n'y a ainsi pas lieu de réviser le droit à la rente.

3.2 Dans son recours et sa réplique, l'assurée conteste l'appréciation de l'intimé qu'elle juge contredite par les conclusions rendues par les experts mandatés en 2023 et par son psychiatre. Elle précise que celui-ci a évoqué, au début 2024, une situation considérablement détériorée depuis 2015, mais au cours surtout des trois dernières années marquées par plusieurs hospitalisations et admissions en milieu semi-stationnaire. La recourante estime que l'intimé fait preuve d'arbitraire en justifiant le refus de rente par le fait qu'elle serait en mesure d'accomplir encore ses tâches ménagères, ce qu'elle réfute expressément. Quant au dernier expert psychiatre, elle nuance ses propos niant toute évolution de l'état de santé depuis la crise de 2003 en ce sens que ce médecin ne s'est pas intéressé à la péjoration de cet état, mais à son éventuelle amélioration et qu'il a précisément écarté cette seconde hypothèse. Elle ajoute que ce spécialiste n'a pas retenu de signes d'exagération ou de simulation. Sur le plan somatique, l'assurée relève que les lésions dégénératives podales et les contractures musculaires constatées rendent également compte d'une péjoration médicale. En fin de compte, elle conclut à une évolution déterminante de son état de santé depuis la dernière décision de rente entrée en force, à plus forte raison en considérant le laps de temps de 17 ans qui s'est écoulé depuis sa première demande de 2005.

4.

L'intimé est entré en matière sur la demande de prestations du 4 octobre 2022. Etant donné que cette question n'est pas litigieuse, le TA n'a donc pas à revoir cet aspect de la procédure (ATF 109 V 108 c. 2b) et doit procéder à un examen matériel du cas d'espèce (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; SVR 2021 IV n° 36 c. 3.1; voir aussi c. 2.4). A cette fin, il convient d'examiner si un changement sensible de la situation réelle, propre à influencer le degré d'invalidité, s'est produit entre le refus initial de rente fixé à l'appui du JTA IV/2013/23 rendu le 25 avril 2014 et entériné par le TF dans son arrêt 8C_375/2014 du 10 février 2015 entré en force (voir c. 2.4 également).

5.

5.1 En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie la légalité de la décision attaquée d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, à moins que les nouveaux rapports médicaux invoqués soient de nature à influencer sur l'appréciation au moment où la décision attaquée a été prononcée (ATF 148 V 21 c. 5.3 et les références; SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Au présent cas, il y a sans conteste lieu de tenir compte dans l'appréciation des preuves d'un courriel adressé le 8 février 2024 par le psychiatre traitant au curateur de sa patiente, puisque ce courriel est antérieur au prononcé contesté (dos. rec. 3 p. 1). La note téléphonique d'un entretien échangé le 22 avril 2024 entre ce spécialiste et la mandataire de l'assurée, ainsi qu'un rapport du 16 juillet 2024 du même médecin ont en revanche été établis postérieurement à cette décision (dos. rec. 3 p. 3 et dos. rec. 5). A mesure toutefois que ces deux documents restituent des données et des observations qui avaient déjà cours lorsque cette décision a été prononcée, il ne saurait en être fait abstraction dans le cadre du présent litige.

5.2 Pour se prononcer sur le droit à la rente consécutivement au dépôt de la demande de prestations originelle du 15 mars 2005, le TA, puis le TF se sont fondés sur l'expertise psychiatrique établie le 20 juillet 2011 à l'issue d'une observation de la recourante, qui s'est déroulée du 7 au 23

mars 2011 en milieu hospitalier psychiatrique. Des conclusions des médecins psychiatres directrice et cheffe de clinique mandatées au sein de cet établissement, il ressortait les diagnostics avec ou sans influence sur la capacité de travail, au sens de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de troubles mentaux et du comportement sévères associés à la puerpéralité (ch. F53.1 CIM-10) après l'accouchement du 17 octobre 2003, puis lors de l'hospitalisation du 12 janvier au 12 mars 2004 et pendant une période d'au maximum douze mois depuis l'accouchement (ou ce "ce premier événement"), de convulsions dissociatives (ch. F44.5 CIM-10) et de troubles dissociatifs (de conversion mixte) avec des traits de personnalité dépendante (ch. F44.7 CIM-10). Pour étayer leur diagnostic principal de troubles dissociatifs, les expertes s'appuyaient sur les observations recueillies durant de courtes séquences, lors desquelles l'assurée avait montré un trouble ou une altération de son état de conscience, s'était plainte d'une perte de sensations corporelles ainsi que d'une diminution de conscience du corps et semblait revivre l'événement de la naissance de son troisième enfant. Pendant ces crises dissociatives, qui s'étaient d'abord manifestées quotidiennement puis deux à trois fois par semaine, l'expertisée conservait un certain état de conscience et ne paraissait ni hallucinée, ni délirante moyennant des symptômes qui ne semblaient pas provenir uniquement de sa volonté. Des manifestations psychotiques n'étaient toutefois pas à observer, selon ces expertes. D'après elles encore, les traits de personnalité dépendante se manifestaient par le fait que l'expertisée laissait à d'autres le soin de prendre des décisions importantes, ainsi que par un manque d'autonomie dans l'exécution des tâches quotidiennes et par une appréhension face à de nouvelles situations. Vu la chronicisation des symptômes avec une évolution favorable mais discrète depuis huit ans, leur pronostic était qualifié alors de plutôt réticent. Sous l'angle des exigences professionnelles, les expertes rappelaient qu'une incapacité de travail totale avait été attestée de 2003 à 2005, puis de 80 à 90% jusqu'en 2008. En raison de l'amélioration des symptômes psychiatriques, elles admettaient une incapacité de travail de 50% depuis cette dernière date et précisaient que les aptitudes médico-théoriques pouvaient être améliorées par une psychothérapie intégrée (suivi psychiatrique/psychologique et

médicamenteux). Ces mêmes spécialistes estimaient cependant difficile d'évaluer dans quelle mesure l'expertisée pouvait exercer une activité lucrative. En tous les cas, un stage dans un cadre protégé était apte, selon elles, à révéler la capacité de travail offerte dans un environnement bien structuré et n'exigeant ni autonomie, ni impulsion propre. D'après les médecins, un tel stage pouvait alors être proposé à raison de trois à quatre heures par jour et la capacité de rendement attendue était estimée à 50%. A l'appui de son jugement du 25 avril 2014 entériné par le TF, le TA a reconnu entière valeur probante à cette expertise et ne s'en est distancié que sous l'angle juridique en niant l'existence d'une atteinte à la santé psychique relevant du droit de l'AI.

5.3 Suite au dépôt de la nouvelle demande de prestations du 4 octobre 2022, l'intimé a rassemblé les principaux éléments suivants.

5.3.1 La recourante a été hospitalisée en mode volontaire du 12 août au 7 septembre 2022 au sein d'une unité psychiatrique. Il s'agissait de sa troisième admission stationnaire dans un milieu médical de ce type, la première remontant à la période du 12 janvier au 12 mars 2004 et la deuxième à celle du 25 au 30 août 2005 (dos. AI 33/2 ss; 190/7). L'intéressée a par la suite été à nouveau hospitalisée en psychiatrie du 5 au 30 mai 2023, puis du 18 au 24 août de la même année (dos. rec. 5 p. 1 verso). Dans l'intervalle, elle a séjourné en milieu psychiatrique semi-stationnaire du 21 mai au 9 juillet 2014, du 13 janvier au 28 août 2015, du 17 janvier au 14 février et du 6 (ou 11) avril au 13 mai 2022, ainsi que du 13 février au 4 mai 2023 et du 5 juin au 27 octobre de la même année (dos. AI 190/2; dos. rec. 5 p. 1 verso). Dans leur lettre de sortie du 16 septembre 2022 relative à la troisième hospitalisation, les médecins ont posé le diagnostic principal d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (ch. F33.1 CIM-10) et celui, associé, d'un trouble dissociatif (de conversion), sans précision (ch. F44.9 CIM-10). Ils ont indiqué que l'assurée avait entamé une activité proposée par les services sociaux, mais qu'elle avait dû y mettre un terme parce que celle-ci l'avait amenée à rencontrer quotidiennement une femme enceinte, ce qui la renvoyait au traumatisme subi lors de son dernier accouchement en 2003. Dans le status d'admission, les médecins ont constaté des symptômes de

la lignée dépressive sous forme de tristesse, de pleurs, de troubles du sommeil et de ruminations des événements traumatiques du passé, auxquels étaient associés des symptômes dissociatifs rapportés par la patiente (mais non observés pendant le séjour). Selon eux, la prise en charge stationnaire avait permis de stabiliser l'état psychique avec un apaisement de l'anxiété, une amélioration thymique et une stabilisation des troubles du sommeil (dos. AI 190/7 ss).

5.3.2 Le psychiatre suivant la recourante depuis février 2022 (voir dos. rec. 5 p. 1 recto) a posé, le 16 septembre 2022, des diagnostics identiques à ceux de ses confrères (voir c. 5.3.1) et a attesté une incapacité de travail totale depuis le 12 février 2022. Il a précisé que les consultations médicales avaient lieu deux fois par mois et celles paramédicales (auprès des infirmières) une fois par semaine. En l'état, il a décrit une patiente quelque peu stabilisée bien qu'encore atteinte de troubles dépressifs se manifestant par des épisodes d'anxiété et de pleurs récurrents, par de nombreuses somatisations sous forme de douleurs chroniques au niveau des membres inférieurs, par une tendance à l'isolement et à l'inactivité, ainsi que par des ambivalences et des ambitendances. Des discussions répétées de la recourante avec son époux au sujet de la garde de leurs enfants (confiée à ce dernier) provoquaient une résurgence des troubles dépressifs mêlés de teintes psychotiques (sentiments d'être une étrangère, une invitée dans son propre logement, à titre d'exemple). D'après ce médecin encore, le pronostic demeurait très réservé et sa patiente n'était actuellement pas en mesure de se réadapter professionnellement, toute tentative en ce sens étant d'emblée vouée à l'échec. Il était enfin précisé que la recourante n'était pas apte à conduire un véhicule à moteur (dos. AI 190/2 ss).

5.3.3 En dehors des affections déjà connues sur le plan psychiatrique (c. 5.3.1 s.), le généraliste traitant de l'assurée depuis fin avril 2014, spécialisé en médecine interne, a diagnostiqué le 11 décembre 2022 une artériosclérose oblitérante associée à une maladie artérielle occlusive périphérique, un diabète mellitus de type 2, une sclérose coronarienne insignifiante avec hypercholestérolémie, consommation avancée de nicotine et antécédents familiaux cardiaques, des migraines chroniques avec auras visuelles, une fasciite plantaire gauche ainsi qu'une arthrose

débutante au talon naviculaire gauche, une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) de degré I, une œsophagite de reflux de degré I, une adiposité de degré I, ainsi qu'une hypertension artérielle. D'après lui, la dépression présente rendait pratiquement impossible un travail normal, mais en cas d'amélioration de celle-ci, une activité à hauteur de deux à trois heures par jour pourrait être envisagée. Son pronostic était qualifié de mauvais après une longue période d'incapacité de travail, étant encore précisé que la recourante n'était pas motivée à effectuer ses tâches ménagères et qu'elle laissait les choses en plan (dos. AI 197/3 ss).

5.3.4 Des rapports médicaux joints à l'appréciation du généraliste traitant, il ressort en outre que l'assurée a été admise à trois reprises auprès de services d'urgence hospitaliers – à savoir du 1^{er} au 2 décembre 2014 à la suite d'un accident de la circulation lui ayant occasionné un hématome galéal occipital, le 22 mai 2020 en raison de douleurs thoraciques interprétées dans le cadre d'une cardiopathie hypertensive, ainsi que du 19 au 20 mai 2021 suite à un nouvel accident de la circulation ayant entraîné une commotion cérébrale (dos. AI 197/28 ss; 197/41 ss; 197/52 s.). Il est en outre fait état d'une prise en charge, dès 2017 semble-t-il, par un neurocentre en raison de migraines chroniques avec auras typiques, ainsi que d'un séjour du 7 novembre au 6 décembre 2018 dans un centre de réadaptation psychosomatique (dos. AI 197/44 ss). Les documents renseignent ensuite sur des suivis en 2021 auprès de consultations en diabétologie et en oto-rhino-laryngologie (suite à des vertiges apparus après l'accident de la circulation de mai 2021; dos. AI 197/21 s.). Des investigations sont en outre rapportées dans le courant 2021 et 2022 sur le plan cardiologique, à l'issue desquelles a d'abord été suspectée puis exclue toute cardiopathie (dos. AI 197/14 ss; 197/33 ss). Enfin, il est fait mention dans les pièces produites d'une angioplastie par stent de l'artère iliaque commune droite pratiquée le 15 février 2022, respectivement d'une prise en charge orthopédique au cours de la même année en lien avec la problématique au pied gauche (dos. AI 197/9 ss; 197/17 ss).

5.3.5 Dans leur évaluation consensuelle du 22 décembre 2023, les experts rhumatologue et psychiatre mandatés ont retenu les diagnostics dits pertinents de pieds plats symptomatiques (ch. M21.6 CIM-10), de

cervico-dorso-lombalgies chroniques sur contractures musculaires paravertébrales cervicales, dorsales et lombaires diffuses, de schizophrénie (ch. F20.9 CIM-10), de trouble dépressif moyen, épisode isolé (ch. F32.1 CIM-10), de trouble de symptomatologie somatique, trouble somatoforme indifférencié (ch. F45.1 CIM-10) et de personnalité dépendante (ch. F60.7 CIM-10). Sous l'angle de la cohérence, ils ont jugé le poids des souffrances avéré et ont exclu une recherche de bénéfices secondaires liés à la maladie. Les douleurs invoquées sur le plan rhumatologique entraînent selon eux dans le cadre d'un trouble somatoforme, à défaut d'une corrélation entre l'intensité alléguée de ces douleurs et les lésions organiques propres à les expliquer. D'un point de vue diagnostique différentiel, ils ont avancé l'hypothèse d'une comorbidité psychiatrique comme circonstance contributive à la survenue des contractures musculaires. Ils ont en outre évoqué un déconditionnement musculaire, possiblement explicatif aussi de contractures le long des membres inférieurs. D'après les experts, l'assurée, qui se rend à la clinique de jour trois demi-journées par semaine, n'est plus capable de travailler en raison des éléments psychotiques de déréalisation et de dépersonnalisation impactant sa vie à la fois privée et professionnelle. Le volet psychiatrique de leur évaluation, qui traduit une situation non évolutive, doit l'emporter selon eux dans l'évaluation des exigences globales, ce qui les amène à exclure au final toute capacité résiduelle de travail (dos. AI 230/88 ss).

5.3.6 Dans son courriel du 8 février 2024 adressé au curateur de sa patiente, le psychiatre traitant a mentionné que l'état de santé de celle-ci s'était considérablement détérioré depuis 2015, mais essentiellement au cours des trois dernières années. Pour étayer ce constat, il a fait mention de plusieurs hospitalisations intervenues en unité psychiatrique aiguë et d'une prise en soins en milieu semi-stationnaire (clinique de jour) s'étant étendue sur des mois. D'après ses termes, "L'AI doit reprendre le dossier et traiter la situation !!!" (dos. rec. 3 p. 1).

5.3.7 Dans une note téléphonique du 22 avril 2024 échangée entre la mandataire de la recourante et le psychiatre de celle-ci, ce dernier a relevé que "Si [l'assurée] n'a pas droit à une rente AI, personne n'y a droit". Il a fait au surplus état de plusieurs troubles psychiques et d'une intelligence

limitée chez sa patiente, indiquant encore que celle-ci se déplace lentement ainsi qu'avec beaucoup de difficulté et qu'elle est très vite décontenancée, un rien la stressant. Des phénomènes de désorientation et des difficultés à respirer ont par ailleurs été rapportés. D'après ce médecin, la péjoration est nette vu la chronicisation des troubles, des hospitalisations répétées sur une durée de trois à quatre semaines (la dernière fois à fin 2023 et dans un état délirant), ainsi qu'une prise en charge semi-stationnaire durant sept à huit mois, moyennant des hospitalisations intermédiaires en raison de crises psychiatriques aiguës (dos. rec. 3 p. 3).

5.3.8 A l'appui de son rapport du 16 juillet 2024 à l'attention de la mandataire de la recourante, le même psychiatre a diagnostiqué des troubles dépressifs récurrents, épisodes moyens à sévères (ch. F33.1/F33.2 CIM-10), des troubles dissociatifs (ch. F44.9 CIM-10) et d'importants troubles schizophréniques (ch. F20.0 CIM-10). De son avis, l'état de santé n'a cessé de se péjorer depuis la prise en soins intégrée débutée le 24 février 2022 et les trois hospitalisations entre 2022 et 2023 sont à chaque fois intervenues en raison de décompensations dépressives, dissociatives et psychotiques associées à des états délirants aigus. Le psychiatre traitant a précisé que ces suivis en milieu stationnaire et semi-stationnaire ne témoignent pas seulement d'une dégradation importante de l'état de santé psychique, mais également de la perte progressive de l'autonomie de sa patiente. Si cette dernière ne pouvait compter quotidiennement sur l'aide de sa famille, elle ne pourrait selon lui être maintenue à domicile et devrait être placée dans une institution telle qu'un établissement médico-social (EMS) – placement qu'il juge d'ailleurs "impérativement nécessaire" à terme vu le pronostic très mauvais émis. Il considère encore que les notions de capacité de travail et de rentabilité professionnelle ne sont plus du tout évocables et que l'incapacité de travail est totale et définitive chez sa patiente (dos. rec. 5 recto/verso).

6.

Se pose la question de la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire du 22 décembre 2023, sur laquelle repose la décision attaquée.

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

6.2 En l'espèce et quant à sa forme, l'expertise du 22 décembre 2023 répond aux exigences posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux. Les qualifications des experts en rhumatologie et psychiatrie ne sauraient être critiquées, à l'instar de leur synthèse minutieuse des pièces du dossier médical intéressant leurs spécialités respectives (pièces traduites à leur intention de l'allemand vers le français; voir dos. AI 205/2 ss), dressée en début d'expertise rhumatologique et à laquelle renvoie l'expertise psychiatrique (dans laquelle sont au surplus synthétisées certaines de ces pièces médicales; dos. AI 230/12 ss ch. 2; 230/56 ch. 2; 230/70 ss). Au surplus, les mêmes experts ont dressé un état minutieux des plaintes en menant des entretiens à la fois spontané et approfondi avec l'assurée, ciblés sur certains éléments d'anamnèse (systématique, professionnelle, sociale) ou sur d'autres données complémentaires (affection actuelle, journée/semaine type, perception de l'avenir, traitements suivis, éventuelles incohérences; dos. AI 230/27 ss; 230/57 ss). L'ensemble de ces éléments factuels contribue à ancrer leurs évaluations dans un contexte de vie aussi concret que possible. Les examens cliniques pratiqués les 13 et 21 juillet 2023, sur les plans rhumatologique et psychiatrique, s'articulent par ailleurs autour de paramètres d'investigation précis et ont été complétés par des examens radiologiques (imageries du 28 novembre 2023 de la colonne vertébrale cervicale et lombaire) ainsi que de laboratoire (dos. AI 230/35 ss; 230/67 ss; 233/2 ss). Les résultats de ces observations ont été ainsi arrêtés en pleine connaissance du dossier et sous-tendent tant l'évaluation diagnostique que l'appréciation médico-théorique de la capacité de travail

livrées à leur issue. Sous l'angle de cette dernière, les conclusions formulées par les experts apparaissent étayées et ne laissent pas soupçonner de lacunes manifestes lors de leur genèse. Les autres thématiques soumises à leur appréciation se succèdent également dans un enchaînement logique (dos. AI 230/43 ss; 230/52 ss; 230/70 ss; 230/81 ss). Enfin, l'évaluation consensuelle qui referme ces évaluations spécialisées et en unifie les tenants se révèle à première vue bien construite et structurée (dos. AI 230/86 ss).

6.3 Sous l'angle matériel, l'expertise psychiatrique ne convainc en revanche pas vu les approximations, voire les incohérences, qui l'émaillent.

6.3.1 Du point de vue diagnostique, la situation clinique décrite par l'expert psychiatre se rapproche certes de celle jadis retracée par ses consœurs en 2011, en ce sens qu'ils ont tous trois fait état de symptômes des lignées dépressive et anxieuse, ainsi qu'évoqué des traits de personnalité dépendante et/ou histrionique (dos. AI 103/5 s.; 103/8 ss; 230/58 ss ch. 3.2.2). Il est également vrai que des altérations du niveau de conscience ont été relevées par l'ensemble de ces experts, sous la forme d'un détachement de son propre corps (expertise de 2011) ou d'éléments de déréalisation et de dépersonnalisation (expertise de 2023) – états associés de plus à certaines altérations corporelles telles que des douleurs intenses, une perte de sensations, des contractions, des tremblements et des mouvements de convulsion (expertise de 2011) ou à un comportement désorganisé par moment avec des mouvements stéréotypés (expertise de 2023; dos. AI 103/5; 103/9; 230/60; 230/77). Les conclusions des experts divergent en revanche très nettement en ce qui concerne le contexte médical dans lequel doivent être interprétés ces derniers éléments d'observation. En l'absence de troubles de la perception (hallucinations visuelles ou auditives), d'idées délirantes, d'un trouble du moi et d'une altération de la psychomotricité, les expertes ont attribué en 2011 les symptômes prédécrits à des troubles dissociatifs de conversion mixte, en ne corroborant ainsi pas l'évolution vers un trouble schizophrénique jadis suspectée (à titre de diagnostic différentiel) par l'unité psychiatrique stationnaire ayant accueilli l'assurée en 2005 (dos. AI 103/4; 103/9). A l'inverse, l'expert désigné en 2023 a constaté, pour sa part, une

symptomatologie psychotique en évoquant chez l'assurée des idées délirantes avec idées d'influence ainsi qu'éléments mystiques et de persécution, un discours et un comportement désorganisés par moment avec des phrases ou des mouvements stéréotypés, de même que des éléments de dépersonnalisation et de déréalisation (dos. AI 230/60). A raison de ces manifestations cliniques ressortissant au registre psychotique, un trouble schizophrénique a nouvellement été retenu. Ce diagnostic et, avant tout, les symptômes nouveaux qui l'étayent (une simple évolution diagnostique n'étant pas déjà propre à entraîner une modification du droit; voir c. 2.5) constituent de prime abord un motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. En comparaison avec le status psychiatrique de 2011 qui excluait toute symptomatologie psychotique, l'évolution attestée dans l'expertise de 2023 est de nature en effet à influencer le degré d'invalidité. Conformément à ce qui suit, cette nouvelle évaluation psychiatrique ne constitue néanmoins pas une base suffisamment fiable pour juger de cette question, à tout le moins pas à un degré de vraisemblance prépondérante (degré de preuve valable en droit des assurances sociales; ATF 144 V 427 c. 3.2; SVR 2022 UV n° 41 c. 3.3).

6.3.2 Pour revenir au diagnostic de schizophrénie, le nouvel expert a précisé que la recourante présente, par moment, une pensée au cours perturbé et au contenu mystique, sans que ce contenu ne s'avère toutefois délirant. En s'appuyant sur les déclarations de l'expertisée, il a exclu à son examen la présence d'illusions, ainsi que d'hallucinations auditives, visuelles, tactiles ou cénesthésiques. D'après lui, la conscience de soi est donnée et non dissociée, si bien qu'il n'y a pas de perturbation de l'image de soi ou de dépersonnalisation. L'expert a enfin observé des mouvements stéréotypés avec des caresses récurrentes des bras (dos. AI 230/68). D'emblée, ce status psychiatrique est en contradiction avec la symptomatologie établie peu auparavant lors de l'entretien approfondi avec l'assurée. A cette occasion, l'expert a en effet rapporté des manifestations patentes de la lignée psychotique sous forme d'idées délirantes ainsi que d'éléments de dépersonnalisation et de déréalisation (voir c. 5.3.1 pour les autres symptômes psychotiques décrits; dos. AI 230/60). Plus loin, dans le cadre de l'évolution médicale, il a rapporté des hallucinations auditives constatées lors de l'hospitalisation de 2004 et précisé que celles-ci ont

actuellement toujours cours (dos. AI 230/70). Evoquant peu après la schizophrénie paranoïde motivant la nouvelle demande de 2022, l'expert précise que ce "diagnostic [est] le plus adapté d'après nos conclusions" (dos. AI 230/74). Il fait ultérieurement à nouveau mention d'une schizophrénie avec éléments de paranoïa et mystiques (dos. AI 230/83 ch. 10). Or, en dépit de ces affirmations, il soutient concomitamment que l'expertisée présente "un comportement, un discours et des mouvements physiques qui dépassent l'unique supposition d'un trouble de la lignée psychotique" (dos. AI 230/70). A défaut de développements plus précis, on ignore cependant à quel autre tableau clinique l'expert fait référence à ce sujet. En tous les cas, il apparaît difficile de justifier en pareil contexte les limitations fonctionnelles retenues allant jusqu'à une rupture avec la réalité, et davantage encore leur ampleur qui exclurait toute capacité de travail, mais laisserait subsister des aptitudes pour le ménage (dos. AI 230/79 ch. 7.2). Cette dernière affirmation n'est d'ailleurs pas non plus exempte de contradictions vu les précisions apportées par l'expert dans son évaluation de la cohérence et de la plausibilité. Lors de ce contrôle, celui-ci a en effet indiqué que "les impacts sont similaires sur tous les domaines de la vie avec une assurée qui n'est plus capable de travailler en raison des éléments psychotiques de déréalisation et de dépersonnalisation qui l'impactent sur la vie privée comme sur la vie professionnelle" (dos. AI 230/75 ch. 6.2). De plus, il a fait mention d'une perte d'initiative et de suivi dans le ménage, rejoignant en cela les dernières indications fournies par les médecins traitants (dos. AI 230/83 ch. 9; c. 5.3.3 et 5.3.8). On ne saurait non plus perdre de vue que la recourante est sous curatelle et que l'instauration de cette mesure atteste de certaines lacunes organisationnelles. Au surplus, il s'avère problématique qu'en dépit de ses réserves exprimées sur le plan diagnostique, l'expert retienne au final une schizophrénie et motive ce diagnostic par la symptomatologie psychotique décrite originellement, alors que celle-ci a été en partie infirmée au cours de l'examen clinique et de son évaluation médicale. On s'interroge enfin sur le diagnostic de schizophrénie, sans précision (ch. 20.9 CIM-10), posé, alors que l'expert confirme à plusieurs endroits de son appréciation la présence d'une schizophrénie paranoïde (ch. 20.0 CIM-10).

6.3.3 En ce qui concerne ensuite les plaintes relevant des registres anxieux et dépressif, on mentionnera que l'expert de 2023 a d'abord souligné que l'assurée, selon ses propres déclarations, avait appris à gérer les éléments anxieux qui n'étaient désormais plus générateurs d'attaques de panique et ce, grâce au suivi spécialisé instauré. Il a néanmoins fait état de symptômes de la lignée anxieuse en tant que l'intéressée lui a confié être gênée par le mouvement des gens, craignant que ceux-ci ne lui portent atteinte. Les développements y relatifs dans l'expertise sont univoques, à l'inverse par contre de ceux qui les précèdent immédiatement dans le texte ("Elle évoque la foule au mieux, car sinon elle est perturbée par le mouvement des gens, de peur que ces personnes lui fassent du mal"; dos. AI 230/59). En dépit de ce constat et sans en exposer les raisons, l'expert a néanmoins exclu toute limitation fonctionnelle émergeant au registre anxieux. Sous l'angle dépressif ensuite, son appréciation qui admet un degré de gravité moyen en regard du trouble admis sur ce plan apparaît convaincante vu l'humeur dépressive quotidienne et constante décrite ("tous les jours et toute la journée"), ainsi que le ralentissement psychomoteur et les idées suicidaires rapportés. La fatigue invoquée en tant que limitation fonctionnelle est également jugée plausible par l'expert et expliquée par ce même contexte dépressif (dos. AI 230/75 ch. 6.2). Aucune divergence importante entre le dossier, les plaintes et l'attitude de l'assurée n'est d'ailleurs retenue par ce spécialiste, qui exclut en outre toute démonstrativité, toute exagération et toute simulation chez l'intéressée (dos. AI 230/76). Celui-ci n'explique en revanche pas pourquoi le trouble dépressif retenu impacterait la capacité de travail, alors même que des symptômes similaires décrits en 2011 par ses consœurs n'avaient pas été jugés invalidants, ni mêmes constitutifs d'un diagnostic psychiatrique séparé. Lorsqu'il évoque les possibilités de réadaptation et les chances de guérison chez l'assurée, il ne se réfère d'ailleurs qu'à la schizophrénie et à sa chronicité pour exclure tout pronostic favorable (dos. AI 230/79 ch. 7.1; 230/82 ch. 8.3). En réalité, le nouvel expert ne semble appréhender le trouble dépressif qu'en tant que comorbidité psychiatrique associée à la schizophrénie retenue primairement. Sous l'angle de l'interaction entre les diagnostics, il évoque la combinaison possible de symptômes négatifs et dépressifs, tout en excluant la prépondérance des premiers par rapport aux seconds (dos. AI 230/76 ch. 6.3.3). Il n'explique

toutefois pas en quoi consisteraient ces symptômes négatifs ni, de façon plus générale, comment ces symptômes et ceux dépressifs interagissent avec la schizophrénie. L'expert ne motive pas non plus les raisons pour lesquelles il ne parle dans ce contexte que d'un épisode dépressif isolé. Certes, il indique à ce propos exclure une récurrence de la dépression en raison du fait que, selon l'anamnèse, l'assurée n'a pas connu de période de répit depuis son accouchement (dos. AI 230/78). Cette précision prête toutefois à confusion puisqu'on pourrait aussi en inférer qu'il n'existe pas de trouble dépressif chronique, alors que c'est précisément le contraire qui est affirmé ici.

6.3.4 Dans ce prolongement, on précisera encore que les développements de l'expertise relatifs à l'état de stress post-traumatique ne sont pas non plus exempts de toute ambiguïté. Un diagnostic formel à raison d'un tel état pathologique a certes été écarté sans ambages par l'expert qui en a en outre exposé les raisons, à savoir que l'assurée n'éprouvait alors plus de difficultés à se remémorer l'élément traumatogène lié à son dernier accouchement (dos. AI 230/60). Ces conclusions univoques ressortent également de l'évaluation médicale et de l'évolution clinique abordée dans ce contexte, à l'appui de laquelle l'expert s'est clairement distancié de l'état de stress post-traumatique diagnostiqué lors de l'hospitalisation de 2004 et par l'ancien psychiatre traitant en 2014 (dos. AI 230/70; 230/73). Or, entre ces suivis médicaux et alors qu'il se penchait sur un autre rapport de 2005 du même psychiatre, l'expert s'est rallié cette fois-ci au diagnostic d'état de stress post-traumatique jadis posé par ce confrère ("Il s'agit également du diagnostic retenu dans les conclusions de la présente expertise"; dos. AI 230/71). Or, tel n'est en définitive pas le cas, ainsi qu'en atteste aussi le tableau diagnostique final ne faisant aucune mention de cette affection (dos. AI 230/76 ch. 6.3.1). En ce qui concerne ensuite le trouble somatoforme et la personnalité dépendante également mis en exergue par l'expert (avec répercussion sur la capacité de travail pour le premier et sans influence sur celle-ci quant à la seconde), ces diagnostics apparaissent crédibles et bien étayés (dos. AI 230/77 s.). On relèvera néanmoins que les limitations fonctionnelles qui découlent du trouble somatoforme ne sont pas spécifiées, en regard notamment des indicateurs standards applicables en cas de troubles psychiques (voir ATF

141 V 281 c. 3.7.2). En outre et alors que le mandat d'expertise insistait sur la nécessité de revoir plus en détail la personnalité de la recourante (dos. AI 230/11), décrite dans le passé comme dépendante et histrionique, l'expert n'a au final retenu que le premier de ces traits. La symptomatologie établie dans son expertise énumérait pourtant également certains traits de personnalité histrionique (expression émotionnelle superficielle et changeante, manière de parler pauvre en détails et non subjective, suggestibilité et influençabilité; dos. AI 230/61 s.). En dépit de ces éléments, ces traits n'ont pourtant plus été abordés lors de la discussion finale. Par souci de complétude, on relèvera encore que l'intimé ne pouvait inférer du contenu de l'expertise psychiatrique de 2023 ayant nié toute modification de l'état de santé depuis la crise consécutive à l'accouchement de 2003 que cet état médical n'avait pas évolué depuis 2011 de manière à influencer le droit à la rente (dos. AI 230/83). En effet, le nouvel expert psychiatre a décrit sans ambiguïté aucune une situation psychique en constante dégradation depuis cet événement traumatologique (dos. AI 230/82) – en accord du reste avec les dernières observations au dossier émanant de l'actuel psychiatre traitant (voir c. 5.3.6 ss). A des fins de clarté et pour autant qu'il confirme son appréciation, il s'avèrera toutefois utile que l'expert reformule ses conclusions sur ce point.

6.4 En revanche, l'expertise rhumatologique du 13 juillet 2023 ne prête pas flanc à la critique et ce, tant dans ses aspects liés au diagnostic que dans son évaluation de la capacité de travail. Cette exploration s'appuie en effet sur des observations médicales circonstanciées et retrace l'évolution clinique depuis l'accouchement de 2003 ayant constitué le point de départ des problèmes médicaux de l'assurée, entre autres de ses douleurs physiques qui s'étendent désormais aux jambes, au pied, au genou et à la hanche gauches, ainsi qu'à l'entier de la colonne vertébrale (les cervicalgies ayant empiré au cours des deux dernières années). Sur la base de son examen clinique et des données radio-morphologiques, l'expert n'a certes pu déceler de corrélation entre l'intensité des douleurs alléguées et les substrats organiques objectivés (dos. AI 230/45). Il a néanmoins exclu toute incohérence (dos. AI 230/35) dans les plaintes invoquées, ainsi qu'expliqué celles-ci dans le cadre d'un tableau douloureux à caractère chronique et somatoforme. D'après lui, l'expertisée

présente un trouble de la perception et de l'élaboration de la douleur qui ne constitue pas une entité isolée telle qu'une fibromyalgie, mais s'inscrit plutôt dans le contexte de la comorbidité psychiatrique décrite à l'anamnèse depuis 2003 (dos. AI 230/46). L'expert ne manque en outre pas d'aborder les interactions entre cette comorbidité et les contractures musculaires sévères objectivées sur les plans para-vertébraux cervical, dorsal et lombaire. Ainsi, ces contractures sont considérées comme l'expression somatique d'un mal-être psychique, l'explication résidant dans l'augmentation du tonus musculaire que peuvent induire, en présence d'une perturbation d'ordre affectif, les connexions entre le système limbique et les motoneurons de la moelle épinière responsables de ce tonus (dos. AI 230/47 s.). Aucune restriction n'est retenue dans le ménage et les exigences professionnelles intactes reconnues tiennent compte des limitations fonctionnelles provoquées par la problématique à la cheville gauche (instabilité et dégénérescences débutantes), des contractures musculaires diffuses au niveau axial et du déconditionnement physique (dos. AI 230/50 s.). Rien ne justifie dès lors de s'écarter de cette évaluation spécialisée qui n'est d'ailleurs pas contestée dans le recours.

6.5 Quant aux autres appréciations médicales au dossier, elles ne permettent pas au Tribunal de se forger une opinion suffisante relativement aux atteintes potentiellement invalidantes à la santé de l'assurée, ni en regard de la capacité de travail qui en découle dans une activité adaptée. S'agissant du médecin généraliste, il n'apparaît guère compréhensible qu'en dépit de la stabilisation de l'état dépressif attestée trois mois plus tôt par le psychiatre traitant et l'unité psychiatrique ayant accueilli la recourante, ce généraliste ait exclu à mi-décembre 2022 toute aptitude résiduelle de travail à raison de ce même état, dont le degré de gravité est de surcroît qualifié de moyen par l'ensemble des médecins consultés vers la même époque (c. 5.3.1 ss). En ce qui concerne les autres sources disponibles, elles appréhendent uniquement les aspects émergeant à leur spécialisation et ne permettent ainsi pas une évaluation coordonnée de l'état de santé global, ni de la capacité de travail. De plus, s'agissant de l'avis du psychiatre traitant, on ne saurait perdre de vue qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, un médecin de famille, qu'il soit praticien généraliste ou spécialiste traitant, aura plutôt tendance, dans

le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; TFA [ancienne dénomination des cours de droit social du TF] I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3).

7.

Au vu de tout ce qui précède, il appert que l'état de fait médical a été insuffisamment éclairci sous l'angle psychiatrique pour permettre à l'intimé de statuer de manière sûre sur les droits litigieux. En se prononçant en l'état du dossier, cette autorité a dès lors violé le devoir d'instruction qui lui incombait au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA (voir c. 2.7). Etant donné les contradictions et imprécisions qui l'émaillent, l'expertise psychiatrique du 21 juillet 2023 nécessite des éclaircissements ou explications supplémentaires de la part de l'expert. A cet effet, l'intimé fera compléter l'expertise en question en invitant l'expert à lever les incohérences détaillées aux c. 6.3.1 à 6.3.4. En particulier, il s'enquerra auprès de cet expert du point de savoir si le diagnostic de schizophrénie peut être confirmé ou non et, si tel est le cas, des limitations fonctionnelles encourues et de leur compatibilité avec une activité exercée sur le marché libre de l'économie. Dans ce contexte, il devra être tenu compte des deux nouvelles hospitalisations intervenues courant 2023 en milieu psychiatrique, postérieures à l'évaluation bidisciplinaire objet de la présente discussion (voir c. 5.3.6 ss). L'expert veillera en outre à se prononcer sur les douleurs induites par le trouble somatoforme et à permettre une évaluation des exigences offertes à l'aune des indicateurs standards usuels. La même réflexion devra être livrée en lien avec l'état dépressif et, à l'issue, la question abordée de l'interaction entre l'ensemble des affections psychiatriques diagnostiquées. Une fois ces clarifications effectuées, l'expert psychiatre déterminera s'il confirme sa précédente évaluation de la capacité résiduelle de travail et ses conclusions y relatives devront faire l'objet d'une discussion consensuelle avec l'expert rhumatologue. De son côté, l'intimé évaluera ensuite l'éventuelle – et seule – invalidité de la recourante en tenant compte de l'exigibilité professionnelle et rendra une nouvelle décision. Au vu de l'objet de la contestation tel que circonscrit par la décision contestée, on ne voit en effet pas quelles autres prestations pourraient entrer en ligne de

compte, contrairement à ce que fait valoir l'assurée dans ses conclusions. On se trouve ici en présence d'une instruction lacunaire (expertise dont les résultats sont insuffisamment motivés ou contradictoires) qu'il convient de faire compléter par une prise de position tranchée sur des aspects déjà abordés par l'expert. Une expertise judiciaire ne se justifie ainsi pas et il convient bien plus, ainsi que requis dans les conclusions subsidiaires, de renvoyer la cause à l'intimé pour instruire les points litigieux qui touchent à des questions qui n'ont pas du tout été éclaircies par l'assureur social ou qui doivent être précisées ou complétées (ATF 139 V 99 c. 1.1). Au cas particulier, une instruction au niveau du TA violerait qui plus est le droit d'être entendue de l'intéressée et la priverait d'une instance de décision (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4). Elle aurait pour conséquence en outre de restreindre les investigations à mener à la date de la décision en cause.

8.

8.1 Partant, le recours doit être admis et la décision du 6 mars 2024 annulée. La cause doit être renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

8.2 Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et art. 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

8.3 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGa (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Assistée d'une mandataire agissant à titre professionnel, la recourante a ainsi droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA (art. 61 let. g LPGa; art. 104 al. 1 et 108 al. 3 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 18 juillet 2024 qui ne prête pas à discussion, compte tenu de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas comparables, sont fixés à Fr. 3'720.05 (honoraires: Fr. 3'411.-, débours: Fr. 30.30, TVA [8.1%]: Fr. 278.75) et mis à la charge de l'intimé (art. 108 al. 3 LPJA; voir aussi

l'art. 41 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11], ainsi que l'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811]).

8.4 Vu l'issue de la procédure, la requête d'assistance judiciaire est sans objet et doit être rayée du rôle du Tribunal.

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 de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé.
3. L'intimé versera à la recourante la somme de Fr. 3'720.05 (débours et TVA compris) à titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. La requête d'assistance judiciaire est sans objet et rayée du rôle du Tribunal administratif.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la recourante, par sa mandataire,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

La greffière:

e.r.: Q. Kurth, 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).