

200.2015.1034.AI

ANP/BEJ

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

Jugement du 31 mai 2017

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
P. Annen-Etique, greffière



A. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 23 octobre 2015

En fait:

A.

A. _____, née en 1970, divorcée et maman de deux fils (nés en 1987 et 1999), dispose d'une formation en secrétariat acquise dans son pays d'origine. En Suisse depuis 1990 en tout cas, elle a exercé plusieurs emplois entrecoupés de périodes de chômage et a obtenu en 2007 une attestation d'auxiliaire de santé. Engagée dès le 1^{er} décembre 2007 à 70% comme aide-soignante dans un home, l'assurée a par la suite entamé une formation en soins et santé communautaires plusieurs fois interrompue par des problèmes de santé. En incapacité de travail entière dès le 15 juillet 2012, elle a retravaillé à 50% au début 2013, puis à 30% à compter de février 2014, avant d'être licenciée à fin juillet 2016 par son employeur. Dans l'intervalle, elle s'est annoncée à l'assurance-invalidité (AI) en invoquant un status après une opération aux deux genoux en 1994, des migraines depuis mars 2011 et un status consécutif à une opération au ventre en 2003 (voir sa demande AI datée du 23 décembre 2012; pour tout ce qui précède: dossier [dos.] AI 12/3 ch. 1.6; 15/5 ch. 2.14; 34/3-4 ch. 3.1-3.3; pièces justificatives du recours [pj rec.] 27; pj de l'assistance judiciaire [pj. AJ] 6).

B.

A réception de cette demande de prestations, l'Office AI s'est enquis de la situation médicale auprès du généraliste traitant (appréciation régulièrement actualisée par la suite). A l'appui de cette dernière figuraient des rapports médicaux de cliniques spécialisées faisant état de diverses affections sur les plans notamment gynécologique, urologique et intestinal. Le 20 juin 2013, l'Office AI a communiqué à l'assurée que des mesures professionnelles ne s'avéraient actuellement pas possibles. Courant novembre 2013, elle a subi de nouvelles interventions chirurgicales d'ordre gynécologique, puis a été victime d'une chute le 18 août 2014 lui ayant occasionné une contusion au genou gauche et une distorsion de l'articulation de la cheville gauche. Une enquête ménagère a été mandatée

auprès du service des enquêtes de l'Office AI (SE; rapport du 5 février 2015) et le service médical régional (SMR) de l'AI a également été invité à se prononcer sur le dossier. Après préorientation et objection à l'encontre de celle-ci, l'Office AI a rendu le 23 octobre 2015 une décision accordant à l'assurée trois quarts de rente du 1^{er} octobre au 31 décembre 2013, puis une rente entière dès le 1^{er} janvier 2014 limitée au 31 mars 2014.

C.

Par courrier du 23 novembre 2015, l'assurée a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) en concluant, sous suite des frais et dépens, à l'annulation de la décision précitée, à la réévaluation de sa «situation exacte», au prononcé d'une nouvelle décision de rente entière jusqu'au 31 mars 2014, et aussi postérieurement à cette date, ainsi qu'à l'octroi d'une assistance juridique et d'une procédure gratuite. Dans le délai supplémentaire accordé par la Juge, elle a complété sa requête d'assistance judiciaire par envoi du 7 décembre 2015. Selon sa prise de position du 5 février 2016 accompagnée d'un «Protokoll per 05.02.2016», l'Office AI a renoncé à déposer un mémoire de réponse en bonne et due forme, se limitant à conclure au rejet du recours et à renvoyer intégralement à sa décision contestée. Les deux écrits de ce courrier, complétés par le sommaire du dossier AI également produit à cette occasion, ont été communiqués à la recourante. Elle n'a pas réagi à l'ordonnance du 4 avril 2017 lui offrant la possibilité de retirer son recours en raison d'un risque d'une admission (cassatoire) menant, au final, à une situation analogue à une réforme à son détriment.

En droit:

1.

1.1 La décision du 23 octobre 2015 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et accorde à la recourante une rente échelonnée du 1^{er} octobre 2013 au 31 mars 2014 (trois quarts de rente jusqu'au 31 décembre 2013, puis une rente entière). L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision, une réévaluation de la situation médicale de l'assurée et l'octroi à cette dernière d'une rente d'invalidité entière sans discontinuer dès le 1^{er} octobre 2013. A ce stade, il faut préciser que l'octroi de la rente entière du 1^{er} janvier au 31 mars 2014, même s'il n'est pas contesté, n'est pas formellement entré en force. En effet, l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige et le pouvoir d'examen du juge s'étend, sous réserve du respect du droit d'être entendu, aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 131 V 164 c. 2.2, 125 V 413 c. 2; VSI 2001 p. 274 c. 1a).

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss 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 TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). L'incapacité de gain consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 (art. 7 al. 1 LPGGA). 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).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. b et c). Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré (al. 1). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (al. 2).

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 (art. 28 al. 2 LAI).

2.2 Selon l'art. 28a al. 3 LAI, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise

de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGa (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 c. 3.4.2, 128 V 29 c. 1). S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là (méthode spécifique; ATF 125 V 146 c. 2a). Dans ce cas, les parts de l'activité lucrative ou du travail non rémunéré dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; ensuite, le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (méthode dite "mixte" d'évaluation de l'invalidité; ATF 142 V 290 c. 4).

2.3 Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGa). 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. C'est notamment le cas d'une amélioration de la capacité de travail en raison de l'accoutumance ou de l'adaptation au handicap. Un motif de révision est, selon les circonstances, également donné lorsqu'une autre manière d'évaluer l'invalidité trouve application ou en cas d'évolution dans les travaux habituels (ATF 141 V 9 c. 2.3, 130 V 343 c. 3.5). Lors de l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité échelonnée ou limitée dans le temps, les dispositions applicables à la révision s'appliquent par analogie (ATF 109 V 125 c. 4a; VSI 1998 p. 121 c. 1b).

2.4 Pour déterminer le degré d'invalidité, l'avis de médecins et d'experts médicaux revêt une grande importance. La tâche du médecin consiste à décrire 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 raisonnablement exiger de la part de l'assuré (ATF 132 V 93 c. 4). Toutefois, le médecin ne doit donner son avis que sur

des questions médicales et doit ainsi apprécier la capacité de travail en fonction de l'état de santé de la personne assurée. Le médecin n'a pas à se prononcer sur des questions (de droit, critères sociaux ou économiques) touchant à la capacité de gain ou au taux d'invalidité (ATF 130 V 352 c. 3.2 in fine).

2.5 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 125 V 351 c. 3a; SVR 2015 IV n° 28 c. 4.1). 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 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 213 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Dans sa décision du 23 octobre 2015 et le rapport du SE du 5 février 2015 faisant partie intégrante de celle-ci et lui-même fondé sur les conclusions finales du SMR, l'Office AI a reconnu le droit à une rente échelonnée temporaire d'invalidité du 1^{er} octobre 2013 au 31 mars 2014 sur la base d'un statut mixte de 70%/30% (activité lucrative/ménage). A cette fin, l'office précité a tout d'abord procédé à une évaluation des handicaps ménagers pour chacune des trois périodes d'invalidité ici concernées, à savoir tout d'abord jusqu'en septembre 2013 (depuis le début potentiel du droit), d'octobre 2013 à mars 2014, puis à compter

d'avril 2014 (jusqu'à la date de la décision contestée), et a estimé cet empêchement spécifique à un taux constant de 10,3% pour l'ensemble de ces durées, respectivement à 3,09% après pondération (à 30%). Excepté du 1^{er} octobre 2013 au 31 mars 2014 où il a nié toute exigibilité professionnelle, l'intimé a considéré qu'une activité lucrative non contraignante était offerte à plein temps moyennant un abattement de 10% et que le manque à gagner imputable au handicap s'élevait à 15,04% (10,53% pondérés à 70%), respectivement à un taux global de 14% en tenant compte des empêchements ménagers. Après avoir par conséquent nié un droit à la rente au moment le plus reculé auquel la rente aurait pu prendre naissance, arrêté par lui au 1^{er} juillet 2013, il a octroyé un trois quarts de rente, sur la base d'une invalidité de 61% calculée au moment déterminant de la détérioration médicale invoquée en octobre 2013. Pour arriver à ces 61%, il s'est fondé sur le taux d'incapacité de travail moyen pendant le délai d'attente d'un an, décalé, correspondant à une naissance du droit à une rente au 1^{er} octobre 2013. Pour la suite, l'intimé a fixé au 1^{er} janvier 2014, soit trois mois plus tard, la pleine prise d'effet de la péjoration survenue en octobre 2013, générant une rente entière d'invalidité. L'Office AI a enfin considéré que l'amélioration médicale attestée dès avril 2014 par son SMR était à ce moment-là déjà suffisamment stabilisée pour justifier la suppression de la rente à compter de cette même date.

3.2 Sans critiquer le statut mixte reconnu par l'intimé (ni les parts respectivement chiffrées pour l'activité lucrative et le ménage), la recourante conteste l'invalidité qui lui a été reconnue pour la période du 1^{er} octobre au 31 décembre 2013, respectivement au-delà du 31 mars 2014. A l'appui, elle se prévaut en premier lieu d'une incapacité de travail entière qu'attesteraient son médecin traitant et les spécialistes l'ayant prise en charge, et conteste au surplus que son état de santé se soit amélioré à partir du 1^{er} avril 2014, invoquant même, dès cette date, une détérioration étayée prétendument par son généraliste. En second lieu, elle allègue qu'elle n'est plus du tout en mesure de travailler actuellement et qu'elle ne peut accomplir que le strict minimum dans ses tâches ménagères, spécifiant à ce propos devoir recourir à l'aide de son fils cadet pour certains travaux lourds et, même parfois, à une aide extérieure.

4.

Les principales sources médicales suivantes au dossier administratif de l'intimé se prononcent sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante.

4.1 Selon son premier rapport médical du 19 janvier 2013 à l'attention de l'AI, le généraliste traitant a fait état, avec influence sur la capacité de travail, d'une endométriose (dès 2003) de stade III selon l'ASRM (american society of reproductive medicine), d'une diathèse atopique ancienne, d'une situation uro-gynécologique complexe après diverses interventions urologiques avec des douleurs chroniques dans le bas du ventre (2009) et d'une adiposité (2000) ainsi que, sans répercussions sur la capacité de travail, d'une hypertension artérielle (2005). Au plan clinique, le même médecin a évoqué des infections urinaires à répétition traitées aux antibiotiques et a posé un pronostic favorable, conditionné toutefois par la résolution des problématiques liées à l'endométriose et à l'uretère lésé (et désormais opéré). Sur ces bases, il excluait une activité à temps complet en raison des douleurs abdominales nécessitant pour sa patiente de pouvoir occasionnellement s'asseoir ou s'allonger (seule restriction alors posée, hormis une limite de charges fixée à 15 kg au maximum). En l'état, le même médecin estimait idéal le taux de l'activité usuelle alors exercée à 50%, mais jugeait réaliste d'augmenter celui-ci à terme jusqu'au taux de départ de 70%. Dans son appréciation intermédiaire du 11 mai 2013, il constatait une situation médicale stationnaire et, avec influence sur la capacité de travail, des douleurs au dos chroniques avec modifications dégénératives de la colonne vertébrale lombaire, des migraines récidivantes et des douleurs abdominales persistantes liées à une maladie uro-génitale connue (présence en l'état alors d'une fistule). Pour autant que l'activité usuelle n'implique pas de soulever, ni de porter des charges au-delà de 10 kg, offre de se lever de temps à autre et n'impose pas de se tenir debout plus d'une heure, la capacité de rendement était, selon ce médecin, intacte dans les limites du taux de présence de 50% de sa patiente. Moyennant un emploi exempt de toute charge physique, le généraliste traitant estimait même que la capacité de travail pouvait

atteindre 100%. Par la suite, une incapacité de travail entière a été attestée par ses soins du 26 octobre au 4 novembre 2013 (pj rec. 26).

En date du 11 janvier 2014, le généraliste de l'intéressée a constaté une péjoration médicale suite à diverses interventions chirurgicales, en particulier au niveau de la fistule urétérovaginale. Hormis des douleurs persistant dans le bas ventre et au flanc gauche dans les postures prolongées, il a mentionné que l'assurée peinait à assimiler psychiquement sa maladie ainsi que les nombreuses opérations consécutives à celle-ci et la prise en charge en milieu stationnaire (un mois et demi d'hospitalisation à raison des trois opérations subies en novembre 2013). Excluant en l'état toute aptitude du point de vue économique, le même médecin a jugé possible un retour au travail lorsque les blessures internes seraient guéries et la fistule maintenue fermée. Faute de recul, il a néanmoins refusé de livrer un pronostic. Des périodes d'incapacité de travail ont ensuite été attestées par lui à 70% du 24 février au 30 avril 2014, à hauteur de 100% du 18 août au 13 octobre 2014 et à 70% du 27 octobre 2014 au 15 janvier 2015. Dans un certificat médical du 14 avril 2015 à l'appui des objections formulées dans le cadre de la préorientation, il a encore précisé que sa patiente ne pouvait pas travailler à davantage que 30% en raison de multiples et importantes maladies, prioritairement au plan abdominal, ainsi que de la distorsion relativement conséquente, selon ses termes, subie à l'articulation de la cheville gauche le 18 août 2014 et ayant entraîné une incapacité de travail de plus de deux mois. Le même médecin a par la suite attesté une incapacité à 70% du 1^{er} avril au 30 juin 2015, de 100% du 11 au 17 juillet 2015, à hauteur de 70% du 5 août au 30 septembre 2015 et à 100% du 13 au 31 octobre 2015 (voir pour tout ce qui précède: pj rec. 3, 5, 6, 8, 10, 11, 13-16, 19-22).

4.2 Dans un rapport de sortie du 12 novembre (recte: décembre) 2013 consécutif à une hospitalisation de l'assurée du 5 novembre au 11 décembre 2013, une clinique gynécologique universitaire a fait état de soins opératoires ayant consisté en une adhésiolyse étendue, une néostomie urétéro-cystique et une résection de fimbriae le 6 novembre 2013, une laparotomie de révision avec résection segmentaire de l'intestin grêle le 8 novembre 2013, puis une cystographie et la pose d'un cathéter

en date du 27 novembre 2013. A titre principal était diagnostiquée une fistule urétérovaginale gauche apparue lors de l'adhésiolyse de juillet 2012 et ayant nécessité, le même jour, la pose d'un cathéter pigtail gauche puis, après confirmation de la fistule courant mars 2013, la mise en place d'un stent tumoral en mai 2013 (enlevé trois mois plus tard) et l'opération précitée du 6 novembre 2013. Les médecins ont au surplus évoqué une sepsis consécutive à une perforation de l'intestin survenue lors de cette dernière opération traitée chirurgicalement le 8 novembre 2013, une sténose relative de l'uretère distale gauche consécutive à l'opération de juillet 2012 ayant nécessité l'installation précitée du pigtail et son changement en septembre 2012, puis l'enlèvement de celui-ci courant novembre 2012, une endométriose de stade trois après fenestration laparoscopique de kystes et adhésiolyse en 2003 et 2005, un status post hystérectomie en juin 2009, une lésion de la rate, une adiposité, une diathèse atopique, une hypertension artérielle et des entérobactéries productrices de bêtalactamases à spectre élargi (BLES). En date du 23 avril 2014, les médecins ont encore évoqué la présence au niveau rétro-vésiculaire d'une masse liquide d'environ 5 cm de grosseur. Postérieurement aux périodes d'incapacité de travail initiales attestées du 11 juin au 26 juillet 2009 (à 100%), du 23 mai au 2 juin 2012 (de 100%) et du 3 au 11 juin 2012 (à 50%), les spécialistes ont fait état d'une incapacité de travail à 50% du 1^{er} février au 31 mars 2013, de 100% du 5 novembre 2013 au 21 février 2014, à hauteur de 50% du 22 février au 31 mars 2014, de 70% du 1^{er} mai au 1^{er} août 2014, puis à 100% en date du 6 octobre 2015 (voir aussi pj rec. 4, 18, 23 et 24).

Parmi les autres médecins consultés par la recourante, une clinique urologique universitaire auprès du même établissement hospitalier précité a entériné les diagnostics gynécologiques et elle-même pratiqué l'imagerie rétrograde gauche le 13 mars 2013 ayant permis de confirmer la fistule urétérovaginale consécutive à l'intervention de juillet 2012.

Un autre hôpital a pour sa part fait état d'une laparoscopie avec adhésiolyse le 8 octobre 2009, de traitements antibiotiques courant juin et septembre 2013 en raison d'infections récidivantes des voies urinaires, puis de la prise en charge de l'assurée le 18 août 2014 suite à une chute

avec contusion au genou gauche et à l'articulation de la cheville gauche. Des suites de cette chute, l'hôpital précité a attesté une incapacité de travail à 100% du 18 au 20 août 2014.

Dans le cadre de son suivi médical commencé le 16 mars 2015, un psychiatre traitant a par ailleurs certifié une incapacité de travail à 100% du 29 juin au 10 juillet 2015 (pj rec. 9). Une incapacité de travail entière a ensuite été attestée du 17 juillet au 3 août 2015 par un médecin neurologue (pj rec. 7).

4.3 Le SMR, par le biais d'un premier médecin praticien (médecine interne et générale d'après le registre des professions médicales de l'Office fédéral de la santé publique [OFSP]), s'est prononcé, selon un procès-verbal du 12 juin 2013, en faveur d'une capacité de travail exigible, toutefois alors encore instable, de 50%. Une doctoresse généraliste auprès du SMR a corroboré les diagnostics évoqués par les spécialistes ainsi que l'incapacité de travail entière reconnue dès octobre 2013 à l'assurée. Préalablement, entre début juin et fin septembre 2013, la doctoresse précitée a attesté une capacité de travail à 100% grevée d'une perte de rendement de 12,5% dans la dernière activité d'auxiliaire de santé. S'écartant des conclusions du généraliste traitant évoquant une péjoration après la correction de la fistule, la doctoresse du SMR considère pour sa part que l'état final est meilleur après cette intervention et ce, nonobstant l'opération intestinale que cette dernière a encore nécessitée et prolongeant au final la réadaptation jusqu'à fin mars 2014. Selon le même service médical, la capacité de travail est à nouveau entière depuis le 1^{er} avril 2014, mais il faut tenir compte du fait que les douleurs sporadiques intenses causées par les cicatrices péritonéales entraînent une baisse de rendement de 12,5% en raison de la pause d'une heure requise par journée de travail. Sans remettre en cause l'exigibilité de l'emploi usuel suite à la réadaptation post-opératoire, la doctoresse précitée précise néanmoins qu'un travail plus léger correspondrait encore mieux aux handicaps de la recourante et permettrait cas échéant de réduire la fréquence des épisodes douloureux (pour tout ce qui précède: voir son rapport médical du 20 mai 2014). Dans le cadre des objections à l'encontre de la préorientation, la doctoresse du SMR a confirmé en date du 16 avril

2015 sa précédente appréciation, après qu'elle se fut encore prononcée au sujet du récent kyste ovarien, sans portée selon elle, vu sa nature fonctionnelle probable et concernant les suites de l'accident à la cheville gauche qu'elle n'a pas jugées symptomatiques.

5.

5.1 Il est évident que les rapports du SMR (art. 49 RAI) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa. Ces rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent des expertises médicales ou des examens médicaux auxquels il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces divers documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (c. 2.5 supra), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales requises (TF 9C_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2 [passage de texte non publié du c. 3.3.2 de l'ATF 135 V 254 = TF 9C_204/2009]). Les SMR sont donc parfaitement fondés à s'appuyer sur le dossier médical pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Tel est notamment le cas lorsqu'il s'agit principalement d'apprécier un état de fait médicalement établi et que la confrontation directe du médecin avec la personne assurée passe au second plan (TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références). Sous l'angle de l'appréciation des preuves, il y aura néanmoins lieu de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance doit être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée par l'AI. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée devront alors également être pris en considération. Si les constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de position

contractuelle de ce dernier (ATF 125 V 351 c. 3b/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 c. 4.4 - 4.6).

5.2 A première vue, l'appréciation du SMR remplit la fonction que lui assigne l'art. 49 RAI puisqu'elle restitue les principales sources médicales au dossier AI, en fait la synthèse, les soumet à discussion avant de livrer une estimation théorique des aptitudes professionnelles résiduelles. En particulier, la doctoresse du SMR expose-t-elle avec contenu les raisons pour lesquelles il se justifie, selon elle, de se distancier des conclusions du généraliste traitant et de la clinique gynécologique universitaire relatives à la capacité de travail exigible. Elle n'omet au surplus pas non plus d'intégrer les tout derniers éléments médicaux au dossier AI attestant la présence d'un kyste ovarien ainsi que les suites de l'événement accidentel du 18 août 2014. Son approche médicale doit dès lors en tout cas être qualifiée de sérieuse et rigoureuse. Nonobstant le soin voué à son travail, il demeure néanmoins que la doctoresse consultée au sein du SMR, en sa qualité de médecin généraliste, ne dispose d'emblée pas des qualifications spécialisées cas échéant nécessaires à l'appréciation des plaintes gynécologiques et urologiques ici principalement concernées (voir SVR 2009 IV n° 56 [= TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009] c. 4.3.1 avec références). Or, précisément, son positionnement quant aux exigibilités médicales s'achoppe en l'occurrence très tôt à certains paramètres médicaux incontournables attestés dans la prise en charge spécialisée de l'assurée. Ainsi d'une part, si la doctoresse du SMR admet sans réserve l'incapacité de travail entière reconnue du 1^{er} octobre 2013 au 31 mars 2014, ses conclusions évoquant une situation sans entrave, hormis de rendement, pour la période antérieure (qui pourrait être couverte par la demande de prestations pour le droit à une rente) du 1^{er} juin au 30 septembre 2013 ne correspondent pas aux faits cliniques attestés par les médecins traitants. A cet égard, le dossier renseigne en effet que l'assurée présente des problèmes gynécologiques et urinaires à répétition depuis plusieurs années, à raison desquels elle a en particulier dû subir une hystérectomie abdominale en 2009, plusieurs adhésiolyèses,

notamment en juillet 2012, et, à cette même dernière date, le traitement opératoire d'une fistule urétérovaginale gauche et d'une sténose distale de l'uretère avec pose d'un cathéter pigtail, lui-même changé et définitivement enlevé par la suite (respectivement en septembre et novembre 2012; dos. AI 30/11 ad ch. 3 et c. 4.2 supra). La présence de la fistule a en outre persisté (une imagerie l'ayant confirmée le 13 mars 2013), de sorte qu'un stent tumoral a été placé le 29 mai 2013. L'assurée a ensuite été hospitalisée du 3 au 7 juin 2013 (début de la période sur laquelle porte l'évaluation du SMR) en raison d'une infection urinaire, puis à nouveau du 3 au 4 septembre 2013. Durant la période précitée, elle a de plus présenté une allergie à la médication antibiotique prescrite contre l'affection urinaire et, suite à l'ablation du stent tumoral le 21 août 2013, a développé une fièvre avec un *Escherichia coli* (*E. coli*) résistant à la culture et ayant nécessité un traitement médicamenteux urologique prodigué du 29 août au 4 septembre 2013 (dos. AI 30/17-18). Lors d'une interpellation orale par une collaboratrice chargée du dossier de l'intimé, le premier médecin consulté au sein du SMR avait du reste confirmé les exigences alors définies par le généraliste traitant et, consécutivement, fait état le 12 juin 2013 d'une capacité de travail de 50%, respectivement d'une situation médicale encore instable après la pose d'un cathéter (stent; dos. AI 20).

5.3 Pour ce qui concerne, d'autre part, la période courant du 1^{er} avril 2014 jusqu'à la date ici déterminante de la décision contestée du 23 octobre 2015 (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1), la docteure du SMR a-il est vrai exposé de façon circonstanciée les motifs justifiant à son sens la restauration d'une capacité de travail entière à partir du 1^{er} avril 2014, sous la seule réserve de rendement (réduit de 12,5%) déjà évoquée ci-dessus (c. 4.3 supra). A cet égard, elle a tenu compte du fait que la lésion intra-opérative intestinale (imputable à son avis à une erreur médicale), survenue le 6 novembre 2014 et opérée deux jours plus tard, a ralenti le processus de guérison et de fait prolongé jusqu'à fin mars 2014 le délai de réadaptation usuel pour ce type d'intervention chirurgicale. Elle a en outre étayé pour quelles raisons elle excluait, hormis les douleurs liées aux cicatrices péritonéales, de potentielles autres sources d'incapacité de travail en déniait ainsi toute portée au seul nombre des opérations subies et aux atteintes dégénératives légères au niveau lombaire, en considérant

l'endométriase comme traitée, que l'obésité et la diathèse atopique ne sont pas invalidantes en elles-mêmes, que le kyste ovarien découvert en avril 2014 est d'origine fonctionnelle et que l'accident à la cheville droite d'août 2014 n'a pas entraîné de séquelles significatives (dos. AI 32/4 et 41/2). Ces constatations émises d'un point de vue médico-théorique ou doctrinal strict souffrent cependant de l'absence d'un étayage clinique, puisqu'aucun examen médical personnel n'est susceptible de les vérifier, ni dès lors de justifier leur présence par rapport aux conclusions des autres médecins impliqués. Si l'appréciation du 11 janvier 2014 du généraliste de l'assurée rendue quelque deux mois seulement après les interventions chirurgicales de novembre 2013 ne peut d'emblée lier le Tribunal, il ressort que ce médecin a attesté une capacité de travail à (seulement) 30% en tout cas du 24 février au 30 avril 2014 (mais de prime abord persistant au-delà de cette date, même si le dossier ne restitue pas l'entier de celle-ci), et également plusieurs périodes d'incapacité de travail entière entre le 18 août 2014 et le 23 octobre 2015 (date de la décision contestée, voir c. 4.1 supra). Pour sa part, la clinique gynécologique n'a certes reconnu une incapacité de travail (d'abord entière, puis à 50%) en lien avec les opérations précitées que jusqu'au 31 mars 2014, mais a par la suite à nouveau attesté une incapacité à 70% du 1^{er} mai au 1^{er} août 2014, puis à 100% en date du 6 octobre 2015 (c. 4.2 supra). D'autres médecins ont de plus attesté des périodes d'incapacité de travail, à savoir le psychiatre traitant du 29 juin au 10 juillet 2014 et un neurologue courant 2015. Or, les rapports médicaux à l'appui du recours qui certifient des périodes d'incapacité de travail au-delà du 1^{er} avril 2014 n'ont nullement été discutés par l'Office AI et son SMR, si ce n'est que ce dernier a dénié toute portée invalidante au nouveau kyste ovarien et à la blessure à la cheville droite survenue en août 2014. Du reste, au vu du caractère très dense et guère coordonné des rapports médicaux à disposition, l'on ne saurait admettre que la doctoresse du SMR avait à se pencher sur un état de fait médicalement établi ne justifiant pas même un examen médical personnel, voire une expertise au sens de l'art. 44 LPGa.

5.4 Il faut donc constater que les rapports médicaux au dossier divergent quant à l'appréciation de la capacité résiduelle de travail par les médecins et spécialistes traitants de l'assurée, d'une part, et une

généraliste du SMR, d'autre part, laquelle n'a elle-même procédé à aucun examen. Sur la base d'un état de fait médical aussi peu éclairci, la seule évaluation en tant soit peu globale du SMR fondée sur l'étude du dossier ne peut par conséquent emporter la conviction du Tribunal. Aussi, l'intimé, en s'appuyant dans sa décision sur cette seule appréciation médicale et en ne veillant pas à clarifier les incertitudes et les contradictions qui s'en dégagent par rapport aux conclusions du généraliste traitant et des autres spécialistes impliqués dans le suivi de l'assurée, a violé le principe inquisitoire (art. 43 al. 1 LPGA; ATF 117 V 282 c. 4a). Les avis de ces derniers praticiens, suffisants pour faire douter de la force probante de l'avis du SMR, ne constituent cependant pas non plus en l'espèce une base assez synthétisée et indépendante pour fixer l'incapacité de travail médico-théorique susceptible de fonder un calcul d'invalidité (étant donné la mission d'abord thérapeutique des médecins traitants, ainsi que le fait que ceux-ci auront plutôt tendance, dans le doute, à favoriser leur patient vu la relation de confiance établie avec celui-ci; ATF 135 V 465 c. 4.5 avec la référence citée).

6.

6.1 Les évaluations au dossier permettent tout au plus d'établir deux faits qui sont admis par les parties et que rien ne remet en doute. Premièrement, d'après le dossier de la cause, une incapacité de travail continue à 100% d'abord, puis à 50% au moins, est attestée à la requérante depuis le 15 juillet 2012 dans son activité d'auxiliaire en soins (voir notamment: dos. AI 12/3 ch. 1.6). Deuxièmement, on peut également constater qu'une incapacité totale de travail est reconnue de toutes parts en tout cas de mi-octobre 2013 à fin mars 2014.

6.2 S'agissant de la date à compter de laquelle un droit à une rente pourrait être reconnu, en l'occurrence, la fixation précise de l'échéance du délai de carence de six mois de l'art. 29 al. 1 LAI (c. 2.1 supra), à savoir au plus tôt en juin 2013 ou alors en juillet 2013, ne peut pas être établie. Quoi qu'il en soit, même si la demande devait être considérée comme déposée courant décembre 2012 encore (voir à ce sujet les art. 29 al. 3 et 46 LPGA;

UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 2015, art. 29 n. 36 et 37: il aurait appartenu à l'Office AI, en plus de la date de réception du 4 janvier 2013, d'attester ou d'exclure une date de remise de la demande à La Poste ou en main propre en décembre 2012), le délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b LAI ne serait de toute façon pas arrivé à échéance au moment où le droit à la rente pouvait prendre naissance au plus tôt selon l'art. 29 al. 1 LAI, à savoir dans cette hypothèse le 1^{er} juin 2013. Puisqu'une incapacité de travail continue moyenne de plus de 40% est attestée à la recourante depuis le 15 juillet 2012 dans son activité d'auxiliaire en soins, pour autant que l'intéressée présente également une incapacité de gain de 40% au moins à la fin du délai d'attente, elle pourrait ainsi prétendre une rente d'invalidité au plus tôt dès juillet 2013 (art. 28 al. 1 let. b et c LAI; c. 2.1 supra).

6.3 Il est vrai que l'incapacité de travail totale subie à partir d'octobre 2013 est quant à elle constitutive d'une inexigibilité professionnelle également complète dans un emploi adapté (autre que celui d'auxiliaire en soins), impliquant, même sans remettre en cause les empêchements de (seulement) 10,3% dans le ménage estimés par l'intimé, une invalidité de 73% susceptible de donner droit à une rente entière. Toutefois, au vu des considérations ci-dessus (en particulier c. 5.2 supra), le dossier ne permet pas de définir l'exigibilité médico-théorique dans un emploi adapté - et par conséquent pas non plus le taux d'invalidité, au sens de l'AI - de juin à fin septembre 2013. Il en découle que même si l'on peut confirmer qu'à tout le moins le délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b LAI a pu échoir dès juillet 2013, donc aussi à fin septembre 2013, cette certitude ne permet pas encore de déterminer le degré de la rente susceptible d'être servie depuis octobre 2013. En effet, en cas de dégradation de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI). S'il se confirme, conformément à la décision attaquée, qu'aucun droit à une rente n'est né avant octobre 2013, il est juste de calculer le taux d'invalidité des trois premiers mois selon le taux moyen d'incapacité de travail (et non de gain) pendant le délai d'attente d'un an ayant précédé la naissance du droit à la rente, puisque ce taux d'incapacité de travail (61%; dos. AI 34/12 ch. 10 in fine) est inférieur au taux d'invalidité de 73% prévalant depuis octobre 2013

(ATF 121 V 264 c. 6). Si un droit à une rente a pu naître avant octobre 2013, le taux de cette rente continuera à valoir pendant trois mois après la détérioration d'octobre 2013 (art. 88a al. 2 RAI); le trois quarts de rente qu'octroie la décision attaquée d'octobre à fin décembre 2013 ne peut donc être confirmé. Il ne le peut d'autant moins qu'il dépend aussi de la question du statut qui devra être à nouveau examinée (voir aussi ordonnance du 4 avril 2017; c. 6.4 infra). La seule certitude qui peut donc être confirmée représente le fait que la détérioration d'octobre 2013 prend en tout cas pleinement effet dès janvier 2014 et qu'elle entraîne une incapacité de travail, et de gain, totale pour toute activité lucrative (contrairement au libellé de la décision contestée [p. 5], la rente entière accordée dès janvier 2014 n'est ainsi pas motivée par une nouvelle détérioration médicale).

En l'état, le dossier ne permet pas non plus de déterminer le taux d'invalidité au-delà des six mois d'incapacité de travail totale unanimement reconnue et jusqu'à la date de la décision du 23 octobre 2015. D'une part, à tout le moins pour certaines périodes, le SMR et les médecins traitants ont posé des évaluations de capacité de travail inconciliables (c. 5.3 supra). D'autre part, même en admettant une rémission à fin mars 2014 (ou d'autres rémissions), une suppression ou une baisse des prestations juste au moment de l'élévation du taux de capacité de travail mérite une motivation étayant le caractère d'emblée stabilisé du nouvel état (art. 88a al. 1 phr. 1 ou phr. 2 RAI), ce que l'Office AI n'a pas fait.

6.4 Le statut mixte d'assurée exerçant une activité lucrative à 70% et se vouant pour 30% à ses activités ménagères, attribué par l'intimé à la recourante, est aussi de nature à remettre entièrement en cause l'évaluation de l'invalidité. En effet, le 2 février 2016, postérieurement à la décision contestée mais pendant la procédure de recours, la Cour européenne des droits de l'homme a rendu un arrêt (B._____ c. C._____; requête n° [...]) concernant précisément le statut mixte en AI. Par rapport à cette jurisprudence, le dossier ne permet pas de définir avec une vraisemblance prépondérante (degré de preuve usité en droit des assurances sociales: ATF 138 V 218 c. 6) si le statut adopté dans le cas de la recourante, mère de deux enfants nés en 1997 et 1999, est inhérent à des causes tombant ou non dans le champ de protection de la Convention

européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH, RS 0.101). Si le statut mixte reste applicable, il faut aussi relever que l'absence de variation du taux d'empêchements dans les tâches ménagères (taux de 10,3%), alors même que l'assurée s'est vu reconnaître une incapacité de travail entière de début octobre 2013 à fin mars 2014 (nouvelles interventions chirurgicales de novembre 2013), mériterait d'être étayée. En outre, le calcul du taux global d'invalidité pour toute la période couverte par l'objet de la contestation, s'il est nécessaire, devrait également tenir compte des déclarations de la recourante au SE selon lesquelles, en bonne santé, elle aurait envisagé d'augmenter de 70 à 80% son taux d'emploi au terme de la scolarité obligatoire de son fils cadet (pour tout ce qui précède: dos. AI 34/3 ch. 2.1 et 34/4 ch. 3.5).

6.5 En résumé donc, bien qu'une incapacité de travail de plus de 40% continue dans le dernier emploi soit établie depuis le 15 juillet 2012 et une autre de 100% pour tout emploi, d'octobre 2013 à fin mars 2014, le dossier, en l'état, ne permet même pas de confirmer, par un jugement partiel, tout ou partie de la rente (trois quarts puis entière) octroyée par la décision attaquée d'octobre 2013 à fin mars 2014, eu égard tant aux lacunes dans la constatation des faits relatifs aux fluctuations de la capacité de travail pendant les périodes antérieures et postérieures aussi couvertes par l'objet de la contestation (TF 8C_400/2011 du 8 juillet 2011 c. 4.2) qu'aux incertitudes juridiques et de fait liées au statut mixte adopté dans la décision contestée. Par ordonnance du 4 avril 2017, la recourante a été avertie des risques inhérents à cette situation, mais s'est abstenue de réagir.

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, il se justifie dès lors d'admettre le recours, d'annuler la décision querellée du 23 octobre 2015 et de renvoyer la cause à l'Office AI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

Sur le plan médical, l'intimé organisera une expertise permettant d'établir la capacité de travail résiduelle, et ses fluctuations, durant toute la période litigieuse. A cet effet, les experts procéderont à tous les examens médicaux personnels de l'assurée susceptibles de restituer une image aussi fidèle que possible des nombreuses atteintes aux plans gynécologique, urologique, interne (hypertonie) et rhumatologique (problème de dos, voire aux genoux et à l'articulation de la cheville gauche), cas échéant également sur les plans psychiatrique et neurologique vu les dernières consultations attestées dans ces spécialités au dossier. En possession de ces données médicales, l'intimé ordonnera une nouvelle enquête sur le ménage pour répondre aux questions soulevées par le statut mixte et pour réunir tous les éléments de fait (hormis les constatations médicales) nécessaires à l'évaluation de l'invalidité et ses éventuelles fluctuations au cours de la période litigieuse. Muni des ces informations, l'Office AI rendra (après dû préavis) sa nouvelle décision sur le droit à la rente (qui sera aussi sujette à recours devant le TA). En l'espèce, le renvoi à l'Office AI pour instruction des points litigieux se justifie pleinement, dès lors qu'il touche à des questions qui n'ont pas du tout été éclaircies par l'assureur social. Une instruction au niveau du TA violerait le droit d'être entendue de l'assurée 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 ici contestée.

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

7.3 Bien qu'elle obtienne gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, pas même en la forme d'une indemnité de partie, à la recourante qui n'est pas représentée en justice et dont les efforts déployés dans le cadre de la présente procédure ne dépassent pas la mesure de ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires personnelles (art. 61 let. g LPG; ATF 127 V 205 c. 4b et références).

7.4 La requête d'assistance judiciaire (limitée aux frais de procédure), devenue sans objet, 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 procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. La requête d'assistance judiciaire (dispense des frais judiciaires) déposée pour la procédure de recours est rayée du rôle du Tribunal.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:
e.r.: Bernard Rolli, Juge

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite 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).