

200.2015.1050.AI

BOA/BEJ

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

**Jugement du 11 novembre 2016**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
A.-F. Boillat, greffière



**A.** \_\_\_\_\_  
représentée par Me B. \_\_\_\_\_  
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 7 juillet 2014

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1965, fleuriste de formation, séparée, mère de trois enfants adultes, occupait un poste de magasinnière dans une station service avant de travailler, depuis le 1<sup>er</sup> mars 2008, à plein temps depuis 2009, comme indépendante en tant que conseillère en assurances (dossier [dos.] AI 1, 4, 52, 61.2/2).

L'assurée a subi un accident de circulation (choc frontal avec un camion) le 16 août 2009 alors qu'elle était passagère d'un véhicule automobile. Elle a souffert d'une perforation de l'intestin grêle avec péritonite et de multiples fractures, au niveau du dos (fracture-écrasement de la 2<sup>ème</sup> vertèbre lombaire), du pied gauche (plusieurs fractures au niveau des métatarses et une fracture-luxation du Lisfranc) et du pied droit (fracture multifragmentaire du calcanéum). L'assurée a été déclarée en incapacité de travail depuis le 16 août 2009 (taux d'incapacité de travail variant entre 50% et 100%) par sa généraliste traitante (dos. AI 8, 14, 43/31-79).

Invoquant des problèmes de santé (douleurs et un trouble de la marche) en relation avec l'accident survenu en août 2009, l'assurée, alors domiciliée dans le canton de Berne, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) qui a été réceptionnée le 24 janvier 2013 auprès de l'Office AI Berne.

**B.**

Saisi de la demande, l'Office AI a procédé à diverses mesures d'instruction, notamment auprès de la généraliste traitante de l'assurée. Il a aussi chargé le Service médical des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) de l'établissement de rapports médicaux.

Par communication du 20 juin 2013, l'Office AI a informé l'assurée qu'il lui octroyait un cours de formation (cours informatique) au titre de mesures d'intervention précoce. Le 29 octobre 2013, ce même Office lui a signifié

son droit au placement et la mise sur pied d'un conseil et soutien pour le maintien de son poste de travail, auxquels il a mis fin le 9 janvier 2014, l'assurée n'ayant pas pu augmenter son aptitude au travail.

Sur la base des documents médicaux collectés, l'Office AI a informé l'assurée, par préavis du 13 mai 2014, qu'il entendait lui refuser un droit à des prestations de l'AI.

### **C.**

En dépit des objections formulées par la recourante, représentée en justice, l'Office AI a maintenu la teneur de sa précédente préorientation par décision formelle du 7 juillet 2014.

### **D.**

Par acte daté du 8 septembre 2014, l'assurée, par son mandataire, a porté le litige devant le Tribunal des assurances de son (nouveau) canton de domicile. Elle a requis l'assistance judiciaire gratuite et conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision rendue par l'Office AI le 7 juillet 2014 et à l'octroi de prestations AI, subsidiairement, à ce que le Tribunal concerné ordonne la mise sur pied d'une expertise médicale ou renvoie la cause à l'intimé à cette fin. Par arrêt du 12 septembre 2014, le Tribunal sollicité a décliné sa compétence en faveur du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), sur la base de l'art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20). Faute de réaction du TA jusqu'en novembre 2015, l'arrêt du 12 septembre 2014 et ses annexes ne lui ayant, par erreur, pas été notifiés et suite à la réaction du mandataire de la recourante, le TA a reçu, le 30 novembre 2015, l'arrêt en question, avec le recours de l'assurée, sa requête d'assistance judiciaire gratuite et deux dossiers de pièces justificatives. Par courrier du 15 décembre 2015, en réaction à une ordonnance du 1<sup>er</sup> décembre 2015, la recourante a confirmé les conclusions, faits et moyens de preuve à son recours du 8 septembre 2014 (qu'elle a complétés

par un bordereau complémentaire de pièces justificatives), de même que sa requête d'assistance judiciaire, qu'elle a actualisée.

Dans son mémoire de réponse du 3 février 2016, l'Office AI, tout en renvoyant aux dernières prises de position de son SMR, a conclu au rejet du recours. Maintenant en substance leurs précédents allégués, la recourante a envoyé sa réplique le 2 mars 2016 (en complétant son recours par l'envoi d'un rapport d'expertise médicale daté du 27 octobre 2015) à laquelle l'intimé a dupliqué le 24 mars 2016. Le mandataire de la recourante a envoyé sa note d'honoraires le 3 mai 2016.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI du 7 juillet 2014 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de l'assurée à des prestations de l'AI. L'objet du litige porte sur l'annulation de ladite décision et l'octroi de telles prestations, subsidiairement, sur l'organisation de mesures d'instruction complémentaire (mise sur pied d'une expertise médicale). Est particulièrement critiquée par la recourante, la force probante des avis médicaux du SMR sur lesquels l'intimé s'est fondé pour nier le droit de la recourante à des prestations AI, ceux-ci étant, selon la recourante, en contradiction avec les autres sources médicales versées au dossier (en particulier avec le rapport d'expertise du 27 octobre 2015).

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, 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 LAI et art. 15 et 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 ordinaires 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** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré 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 LPGA).

**2.2** 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). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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).

**2.3** 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 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>ème</sup> 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).

**2.4** 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). L'expert évalue les capacités fonctionnelles de la personne concernée en fonction des indicateurs pertinents. Les organes d'application du droit vérifient ensuite librement les indications fournies, en particulier le point de savoir si les médecins ont respecté le cadre normatif déterminant, c'est-à-dire s'ils ont exclusivement tenu compte de déficits fonctionnels qui découlent d'une atteinte à la santé (art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA) et si leur appréciation de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA; ATF 141 V 281 c. 5.2.2).

**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 (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a). 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).

**2.6** Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions sur opposition attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1).

### **3.**

**3.1** Dans sa décision de refus de rente AI du 7 juillet 2014, l'intimé, en se fondant sur les rapports médicaux du SMR des 14 avril/9 mai et 18/20 juin 2014, a considéré que l'assurée disposait à nouveau d'une pleine capacité de travail dès juillet 2011 (*recte*: juillet 2010, correctif opéré par l'Office AI en p. 2 de la décision querellée), soit moins d'une année après son accident de voiture, dans son activité actuelle (ou toute autre activité lucrative adaptée). Sur cette base, l'Office AI a estimé que la recourante ne remplissait pas les conditions légales du droit à une rente AI, dès lors que le délai d'attente (de l'art. 28 al. 1 let. b LAI) n'était pas échu. Sous l'angle psychique, l'intimé a mis en doute le fait que l'assurée souffre de dépression, en ajoutant que même si une telle pathologie existait, elle ne bénéficierait nullement d'un suivi thérapeutique et médicamenteux adaptés, ce qui faisait obstacle à sa reconnaissance en tant qu'atteinte invalidante.

**3.2** La recourante, dans son recours (p. 6) et sa réplique du 2 mars 2016, conteste le caractère probant de l'évaluation du SMR sur laquelle l'intimé s'est fondé pour nier son droit à une rente AI. Elle prétend que cette appréciation médicale émanant d'un médecin qui est généraliste, qui méconnaît de manière flagrante les pièces du dossier, est en totale contradiction avec les avis médicaux des médecins l'ayant soignée et (en

particulier) avec le résultat du rapport d'expertise en orthopédie rédigé le 27 octobre 2015. Elle avance aussi que le fait que l'intimé lui a octroyé (notamment) des mesures d'intervention précoce pour finalement lui refuser des prestations de l'AI relève d'une attitude contradictoire de ce dernier.

#### **4.**

**4.1** Le dossier fournit de nombreux rapports médicaux en relation avec l'accident survenu le 16 août 2009 (cf. let. A).

Il en découle que l'accident a provoqué une perforation de l'intestin grêle avec péritonite, pour laquelle l'assurée a eu une laparotomie et une résection segmentaire le 18 août 2009. Au niveau du dos, une fracture-écrasement de la vertèbre L2 sans trouble neurologique a été constatée, ayant nécessité, le 16 août 2009, une greffe au niveau de la vertèbre L2 et une spondylodèse L1/L3 (fixation de quatre vis reliées par deux tiges). Le pied gauche a présenté plusieurs fractures des métatarses et une fracture-luxation du Lisfranc a été constatée (soignées par ostéosynthèse et arthrodèse le 24 août 2009). Quant au pied droit, une fracture multifragmentaire du calcanéum (également ostéosynthétisée, le 24 août 2009) a été diagnostiquée. Le rapport de sortie du 25 août 2009 de l'hôpital ayant pratiqué ces différentes opérations chirurgicales a fait état d'interventions sans particularités. Concernant les pieds, en novembre 2009, une guérison de la fracture du calcanéum de même qu'une bonne position et cicatrisation de la fracture du Lisfranc sont mentionnées (dos. AI 8/12). S'agissant du dos, les contrôles spécialisés opérés en février et juillet 2010 (dos. AI 8/7 et 9) ont révélé une situation dans la norme au niveau de l'ostéosynthèse, avec une consolidation de la fracture, de légères douleurs dorsales localisées dans les vertèbres lombaires le matin au lever et en cas de sollicitations importantes, ainsi qu'une marche fluide sans boiterie. L'ablation préconisée du matériel d'ostéosynthèse (dos) a été effectuée le 16 décembre 2010 (dos. AI 8/8).

**4.2** Le rapport postopératoire suite à l'intervention (ostéotomie correctrice) pratiquée le 17 janvier 2012 pour corriger une mauvaise

position des 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> orteils à gauche, a décrit une situation postopératoire sans particularités et une bonne mobilisation, dans les jours ayant suivi l'opération (dos. AI 43/24). Le rapport médical du chirurgien traitant résultant de l'examen clinique du 20 mars 2012 a mis en évidence les plaintes formulées (douleurs métatarsiennes) par l'assurée au niveau de son pied gauche lors de déplacements prolongés (elle peut marcher au maximum une heure). Il révèle aussi une colonne vertébrale indolore, excepté lorsque l'assurée reste en position assise de manière prolongée. Tout en préconisant l'adaptation des semelles orthopédiques, le spécialiste concerné a nié la nécessité de pratiquer une thérapie opérative. Sans en préciser la mesure, il a considéré qu'une activité lucrative adaptée (de préférence en position assise avec peu de changements de position) devrait être exigible (dos. AI 43/14). L'ultime contrôle rapporté le 16 août 2012 a mis en évidence une diminution notable des douleurs.

**4.3** Dans son avis médical reçu le 27 février 2013 par l'intimé, la généraliste traitant l'assurée a réitéré les status après les diagnostics retenus en liaison avec l'accident survenu en août 2009 (cf. 4.1), en les considérant comme ayant des répercussions sur la capacité de travail. Elle a précisé qu'une instabilité du pied gauche subsistait. Elle a aussi fait état de douleurs récidivantes éprouvées par la recourante, de troubles de la marche et de l'impossibilité pour cette dernière de rester debout. Considérant que l'activité de l'assurée n'était plus exigible, cette généraliste a estimé que la recourante disposait d'une capacité de travail à hauteur de 50% dans un emploi adapté.

**4.4** Le rapport du chirurgien traitant consulté par l'assurée en raison de lombalgies persistantes a mis en évidence, le 9 avril 2013, sur la base des clichés réalisés, une situation lombaire bien stabilisée. Ce dernier a relié les douleurs éprouvées à un début de lésions dégénératives et estimé que l'assurée était à même de travailler à hauteur de 50% dans une activité variant les positions sans port de poids, tout en spécifiant qu'une évaluation précise de la capacité de travail devrait être opérée sous l'angle de la médecine du travail.

**4.5** Dans son avis médical du 27 janvier 2014, la généraliste traitante de la recourante a attesté de douleurs éprouvées par sa patiente à chaque

pas, en présence d'un status post-fracture à gauche avec mauvais positionnement des métatarses 3 et 4. Ce trouble douloureux génère, selon cette praticienne, une grande fatigue, tant de la stature qu'au niveau émotionnel. Elle a estimé qu'il n'était pas possible pour la recourante, en raison de restrictions physiques, de travailler au-delà d'un pensum de 50%.

**4.6** Le rapport opératoire relatif à l'ablation au pied droit de la vis (cassée) du calcaneum, le 31 janvier 2014, a fait état d'une intervention pratiquée de manière ambulatoire et sans particularité.

**4.7** Sur la base des documents médicaux versés au dossier, dans son avis médical du 14 avril 2014 (complété le 9 mai 2014), la généraliste du SMR n'a arrêté aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de la recourante. Sans effet sur celle-ci, elle a mentionné les status subséquents à l'accident (cf. c. 4.1). Retenant que la spondylodèse L1/L3 était consolidée depuis le 9 février 2010 (six mois après l'intervention du 16 août 2009) et que la recourante réussissait sans difficulté l'épreuve de marche (même sur la pointe des pieds et les talons), elle a estimé que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle ou dans toute autre activité légère à moyenne (n'imposant pas le port de charges au-delà de 15 kilos) depuis février 2010 (au plus tard juillet 2010). Quant à l'opération pratiquée le 17 janvier 2012 en raison d'un mauvais positionnement de deux orteils à gauche, la médecin du SMR a retenu qu'elle avait généré une incapacité totale (temporaire) de travailler durant dix semaines au plus. En raison des douleurs éprouvées par la recourante, elle a préconisé l'utilisation d'un pupitre pouvant être utilisé debout pour son travail au quotidien.

**4.8** Dans sa prise de position médicale des 18/20 juin 2014 (approuvée par un avis interne au SMR émanant d'un médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique), la médecin du SMR a réitéré ses précédentes conclusions (cf. ch. 4.7), tout en précisant que les lésions dégénératives à la colonne constatées (qualifiées selon elle d'usuelles pour une personne de presque 50 ans) et un déséquilibre musculaire, corrigible, diagnostiqué par l'ostéopathe, ne justifiaient nullement une incapacité de travail de 50%, d'autant plus que l'assurée exerce une activité légère, qui sollicite peu la colonne vertébrale. Sur la base du dossier médical, elle a estimé que les

douleurs (dans leur globalité) éprouvées par la recourante n'étaient pas objectivables médicalement, en particulier en raison du fait qu'elles n'étaient pas constantes, ni dans le temps, ni quant à leur localisation.

**4.9** Bien que rédigé postérieurement à la décision contestée, il convient néanmoins de tenir compte du rapport de l'expertise orthopédique du 27 octobre 2015 sollicitée par l'assureur intéressé à la résolution du litige sous l'angle de l'assurance-accidents, dans la mesure où il permet, sous certains aspects, de tirer des conclusions concernant la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la procédure administrative (SVR 2008 IV n°8 c. 3.4).

Suite à l'examen clinique du 30 juin 2015, l'interniste en orthopédie sollicité (dont les résultats ont été supervisés par le médecin-chef de service) a rédigé ses conclusions le 27 octobre 2015. Il a retenu un status post-spondylodèse L1-L3 pour fracture Brust de L2, avec douleurs chroniques du rachis résiduelles, un status post-fracture luxation du Lisfranc ostéosynthétisé avec douleurs chronique du pied gauche, avec développement d'un début d'arthrose du tarse et un status post-fracture multifragmentaire du calcaneum à droite opéré, de bonne évolution pour l'instant, avec un début d'arthrose au niveau de l'articulation sous-talienne. D'un point de vue orthopédique, les experts ont évalué la capacité de travail de l'assurée à hauteur de 50% (répartis sur la semaine à raison de quatre heures par jour) dans son activité actuelle.

**4.10** Consultée par l'intimé à une ultime reprise, en janvier 2016, suite au rapport d'expertise précité, la généraliste du SMR en a mis en doute la force probante. Sur le plan médical, elle a remis en question le diagnostic de dépression qui aurait été retenu depuis 2013 par la généraliste de la recourante, précisant à toutes fins utiles que même si une telle pathologie devait être retenue, la médication de l'assurée ne correspond pas à celle que l'on prescrit à une personne dépressive. Considérant que le profil d'exigibilité décrit dans son rapport d'avril/mai 2014 était bien plus exigeant (travaux légers à moyens pouvant imposer le port de charges jusqu'à 15 kilos) que celui imposé par l'activité habituelle de l'assurée (la recourante est à même de marcher durant 60 à 90 minutes alors que son activité habituelle lui impose principalement une position assise), elle a

réitéré que l'activité habituelle de la recourante (courtière en assurances) était exigible à plein temps.

**4.11** Rédigé aussi postérieurement à la décision contestée, l'avis médical succinct de la généraliste traitante de la recourante a fait état, le 25 novembre 2015, d'une baisse de moral de l'assurée après la survenance de l'accident du 16 août 2009, son humeur s'étant (particulièrement) dégradée, selon cette praticienne, suite au rapport du 10 novembre 2015 émanant de la compagnie d'assurance impliquée dans le sort du règlement du cas d'accident (survenu en août 2009) et rédigé en réaction aux conclusions retenues par l'expert en orthopédie.

## **5.**

**5.1** Sur le plan strictement formel, il faut d'emblée rappeler que les médecins (aussi bien les médecins traitants que ceux du SMR) n'ont pas la compétence de statuer en dernier ressort sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Leur rôle se limite à prendre position sur l'incapacité de travail, en procédant à une évaluation qu'ils motivent de leur point de vue le plus substantiellement possible (ATF 140 V 193 c. 3.2). Par ses rapports d'avril/mai, juin 2014 et janvier 2016, la généraliste du SMR, à laquelle le dossier a été confié, a fourni un avis au sens de l'art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Un tel rapport a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue, et comme le relève très justement la recourante, d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI); en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles (arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 c. 4.1). On ne saurait toutefois dénier en soi toute valeur probante à un tel rapport, de surcroît lorsque comme en l'espèce, la médecin généraliste du SMR consultée s'est

adjoind le concours d'un confrère spécialiste en chirurgie orthopédique (dos. AI 52/66) et dès lors qu'il peut contenir des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF I 143/07 du 14 septembre 2007 c. 3.3; voir c. 2.3 supra).

## **5.2**

**5.2.1** Matériellement, sur le plan des observations médicales somatiques, contrairement à ce qu'allègue la recourante, la généraliste du SMR a bien arrêté ses conclusions sur l'ensemble des diagnostics retenus de manière concordante par le corps médical, à savoir un status après un accident de circulation survenu le 9 août 2009 (ayant induit une fracture/écrasement de la vertèbre L2 avec spondylodèse L1/L3, de multiples fractures au pied gauche [métatarses, Lisfranc] et une fracture multifragmentaire du calcanéum du pied droit, ayant nécessité une arthrodèse), un status après une ostéotomie correctrice de deux orteils à gauche pratiquée le 12 janvier 2012 et un status après extraction à droite d'une vis (cassée) au niveau du calcanéum pratiquée le 31 janvier 2014. Dans ces conditions et contrairement à l'avis de la recourante (recours ad art. 9 p. 6), il importe peu que la doctoresse du SMR ait eu en sa possession les données relatives à l'accident (rapports de police, déclaration d'accident ou dossier des assureurs), d'autant plus lorsque, comme en l'espèce, près de trois ans et demi se sont écoulés entre sa survenance (août 2009) et le dépôt de la demande de rente AI par l'assurée. En effet, en partant de la date du dépôt de la demande AI (janvier 2013), un droit à une rente AI pourrait naître au plus tôt le 1<sup>er</sup> juillet 2013 (art. 29 al. 1 LAI), pour autant qu'on admette, au vu des certificats médicaux versés au dossier, que le délai d'attente d'un an est échu à cette date. La période couverte par l'objet de la contestation s'étend donc (au plus) du 1<sup>er</sup> juillet 2013 au 7 juillet 2014 (date de la décision querellée).

**5.2.2** Pour arriver à la conclusion qu'un an après l'accident (dès juillet 2010) et jusqu'à la décision contestée, la recourante disposait d'une pleine

capacité de travail dans un emploi bien profilé (excepté une incapacité de travail momentanée de 10 semaines au plus en raison de l'ablation de la vis du calcaneum en janvier 2014 [durée d'incapacité de travail temporaire, inférieure aux trois mois consécutifs prescrits par l'art. 88a RAI]), la médecin du SMR s'est tout d'abord, à juste titre, ralliée aux constatations médicales du chirurgien traitant le dos de la recourante, qu'elle a minutieusement commentées depuis la survenance de l'accident et jusqu'à la date de la décision contestée. Ainsi, il convient de retenir, au niveau lombaire, que dès février (au plus tard juillet) 2010, la situation de l'assurée était stabilisée, comme le confirment les rapports médicaux de février et août 2010 du chirurgien traitant, qui a relevé une évolution de l'ostéosynthèse dans la norme et une fracture de la vertèbre consolidée. A l'instar du SMR, le TA retient que cette bonne évolution a perduré (jusqu') en mars 2012 et avril 2013 également (soit peu avant la période temporelle couverte par l'objet de la contestation), dès lors que les rapports du chirurgien traitant ont fait part d'une colonne vertébrale indolore, excepté en position assise prolongée, et d'une situation lombaire bien stabilisée (dos. AI 43/14), de même que l'expert en orthopédie qui, en interprétant les clichés réalisés en avril 2013, a fait état non seulement de signes de consolidation de la fracture, mais aussi de guérison (dos. AI 61.2/5). Le rapport médical de janvier 2014 de la généraliste traitante qui ne fait par ailleurs mention que de troubles de la mobilisation en raison de limitations aux pieds (aucun trouble au niveau du dos n'est avancé) permet, au vu du critère de la vraisemblance prépondérante, de confirmer, jusqu'à la date de la décision contestée, la bonne évolution des lésions lombaires survenues en août 2009. Quant aux indices attestant un début de lésions dégénératives (documentées dès avril 2013) au niveau de la colonne, par ailleurs usuelles chez une personne de presque 50 ans, ils n'ont pas été négligés par la médecin du SMR, qui a retenu une scoliose lombaire, sans toutefois la considérer comme ayant des répercussions sur la capacité de travail dans une activité adaptée. De même, elle a exclu que la dysbalance musculaire observée par l'ostéopathe, en soi corrigible par des exercices, puisse être invalidante.

Au niveau des membres inférieurs, il convient là aussi de se rallier aux conclusions médicales du SMR, selon lesquelles dès février 2010, la

recourante était à même de marcher de manière fluide, sans boiterie, voire même sur les talons et la pointe des pieds, ainsi que l'atteste également le rapport du chirurgien traitant en février/mars 2010. Si, certes, une opération correctrice en raison d'une mauvaise position des orteils à gauche a dû être pratiquée le 17 janvier 2012, le TA relève que, déjà dans les jours ayant suivi l'opération, l'assurée avait recouvré une bonne mobilité. Il convient aussi de tempérer la gravité des douleurs métatarsiennes éprouvées au niveau du pied gauche par la recourante lors de déplacements se prolongeant au-delà d'une heure et dont l'assurée a fait part à son médecin opérateur deux mois (en mars 2012, cf. c. 4.2) après l'intervention. En effet, le chirurgien a nié la nécessité de pratiquer une thérapie opérative, ne préconisant "que" l'adaptation des semelles orthopédiques, mesure ayant, selon les dires de la recourante, diminué de manière substantielle son trouble douloureux (dos. AI 43/17). Dans ces conditions, les constatations médicales (fortement) divergentes de la généraliste traitante (instabilité du pied gauche induisant un trouble de la marche et une impossibilité de rester debout) six mois seulement (cf. son rapport du 27 février 2013, c. 4.3) après les derniers (bons) résultats médicaux précités et en l'absence d'une nouvelle pathologie documentée, doivent être relativisées, d'autant plus que les clichés du pied gauche réalisés les 7 mars et 18 avril 2012, 20 mars 2013 et 30 juin 2015 (commentés par l'expert en orthopédie, dos. AI 61.2/5) permettent d'exclure l'apparition d'une instabilité au pied gauche, en présence de fractures des métatarses et du Lisfranc, à gauche, consolidées (dos. AI 61.2/6).

**5.2.3** Sur la base des constatations médicales qui précèdent, les évaluations constantes et bien étayées de la doctoresse du SMR (avril/mai 2014, juin 2014 et janvier 2016) en matière de capacité de travail emportent la conviction du TA. Le profil d'exigibilité selon lequel l'assurée peut exercer une activité sollicitant le corps légèrement (voire moyennement), sans port de charges au-delà de 15 kilos, n'imposant pas de déplacements importants, tout en préconisant des mesures d'ergonomie (utilisation d'un pupitre pouvant être surélevé) est décrit de manière détaillée. Il est de plus bien plus exigeant que les sollicitations imposées par l'activité habituelle de l'assurée (travail en position principalement assise n'imposant pas le port de charges ou de se déplacer à pied sur de

courtes distances), qu'elle est encore à même, selon le corps médical unanime - à l'exception de la généraliste traitante - d'exercer. Si des divergences subsistent quant au pensum retenu, le TA relève tout d'abord que les estimations de la généraliste traitante de la recourante, nullement documentées et fondées sur le ressenti douloureux subjectif de sa patiente, ne sauraient l'emporter sur celles du SMR. Précisément en relation avec l'intensité des douleurs ressenties, le TA précise que celles-ci doivent être relativisées dans la mesure où l'assurée, selon ses propres déclarations, n'a pas besoin de se soumettre à une médication antalgique régulière (dos. AI 61.2/3), les médicaments anti-inflammatoires n'étant utilisés "qu'en réserve". De plus, comme la recourante l'a mentionné à l'expert en orthopédie, elle estime que sa santé va mieux depuis 18 mois (soit depuis le début de l'année 2014 [période couverte par l'objet de la contestation]). Or, cette amélioration ne transparaît nullement dans l'estimation faite par la généraliste de la capacité de travail, comme l'attestent les différents certificats médicaux versés au dossier (voir notamment, dos. AI 43/31 à 33). De surcroît, cette dernière estime invariablement et de manière incohérente que l'assurée peut travailler à hauteur de 50%, tant en avril 2013 qu'en janvier 2014, alors que le descriptif (douleurs à chaque pas) de cette praticienne semblerait plutôt faire état d'une situation péjorée (d'autant plus quelques jours avant l'ablation de la vis du calcaneum fin janvier 2014) qui ne transparaît nullement dans son estimation. Quant aux évaluations par le médecin opérateur de l'assurée, elles n'ont été mentionnées que brièvement et intégrées dans des rapports de soins succincts. Elles se fondent exclusivement sur les dires de la recourante et ne sont, elles non plus, pas étayées. Le médecin chirurgien a lui-même réservé sa prise de position du 9 avril 2013, estimant qu'une évaluation précise devrait avoir lieu sous l'angle de la médecine du travail. L'estimation de 50% opérée par l'expert en orthopédie en octobre 2015 n'emporte pas non plus la conviction du TA. Elle ne se prononce pas sur l'existence d'une incapacité de travail persistante, se référant uniquement au dernier arrêt de travail (de 50%) préconisé par la généraliste traitante (dos. AI 61.2/7). Elle repose de plus sur une incohérence manifeste entre un examen clinique qui, de toute évidence, peut être qualifié de sans particularité (rachis cervical/dorsolombaire, membres supérieurs/inférieurs dans la norme), sans douleurs éprouvées (rachis indolore, ni à la

mobilisation, ni à la palpation; pied droit indolore avec cicatrice calme), exception faite d'une zone douloureuse au niveau du pied gauche au niveau de la tête du 2<sup>ème</sup> métatarse en raison d'un hyper appui plantaire, et une capacité de travail de (seulement) 50% retenue. Cette dernière estimation, par ailleurs arrêtée sans autre précision temporelle et en prévision d'éventuelles douleurs à l'avenir, ne saurait avoir un caractère probant (dos. AI 61.2/).

Dans ces conditions, sur le plan somatique, il convient de se rallier aux conclusions probantes du SMR selon lesquelles la recourante dispose depuis juillet 2010 et jusqu'à la décision contestée d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle.

**5.3** Il est vrai que, contrairement à la situation ayant prévalu sur le plan orthopédique, la spécialiste du SMR n'avait pas à apprécier, sur le plan psychique, un état de fait médicalement établi. L'on ne saurait donc admettre le caractère probant de l'avis médical du SMR sous cet angle-là.

Il n'en demeure pas moins que la symptomatique dépressive a été (nouvellement) invoquée, et postérieurement à la décision querellée, par la recourante, dans son courrier du 15 décembre 2015 (aucune allusion à une baisse de l'humeur n'est mentionnée dans le recours du 8 septembre 2014). A la lecture des rapports médicaux, il apparaît qu'aucun des médecins consultés, en particulier la généraliste traitante ayant régulièrement suivi la recourante (comme l'attestent ses avis et certificats médicaux versés au dossier) jusqu'à la date de la décision querellée (juillet 2014), n'a suspecté une éventuelle symptomatique dépressive chez l'assurée. En particulier, les prises de position médicales de la généraliste traitante, de février 2013 et janvier 2014 (cf. ch. 4.3 et 4.5), n'ont fait état "que" de troubles au niveau de la marche (douleurs, impossibilité de rester debout) et d'une capacité de travail restreinte, évaluée à 50% en janvier 2014, également en raison de restrictions d'ordre physique uniquement. Il ne faut pas perdre de vue, et comme cela a été précisé au c. 5.2.1, que la période temporelle concernée par l'objet de la contestation concerne la période du 1<sup>er</sup> juillet 2013 au 7 juillet 2014. Ainsi, même si l'on prend en considération le rapport (bien que) subséquent de la généraliste traitante

de la recourante, daté du 25 novembre 2015, il ne saurait convaincre le TA. En effet, il n'est nullement étayé et est rédigé de manière très succincte, cette praticienne se contentant de décrire une patiente présentant une baisse de moral suite à l'accident survenu en août 2009. Quant à la dégradation ostensible de l'humeur aussi relatée et prétendument survenue suite au rapport du 10 novembre 2015 de l'assureur intéressé à la résolution du litige sous l'angle de l'assurance-accidents, elle ne saurait non plus être prise en considération. D'une part, elle ne se rapporte pas à la période temporelle concernée par l'objet du litige. D'autre part, comme l'a précisé le TF, un moral dégradé ou un état dépressif (selon les locutions utilisées par la généraliste traitante et l'expert orthopédique) faisant suite à un refus de prestations (préavis du 13 mai 2014) ou (par analogie) à un rapport d'assurance rédigé au détriment d'une assurée, ne sont pas invalidants en soi (TF 9C\_668/2015 du 17 février 2016 c. 3, 9C\_125/2015 du 18 novembre 2015 c. 7.2.1 et les références citées). Le TA relève enfin que la fragilité psychique qui serait apparue chez la recourante dès octobre 2013 (selon les affirmations de l'assurée à l'expert en orthopédie), et mentionnée pour la première fois et de manière rétroactive en juin 2015 (soit près d'une année après la décision litigieuse), ne permet nullement de conclure que la recourante était atteinte d'une pathologie psychique potentiellement incapacitante, d'autant plus encore que ces constats n'émanent pas de médecins dont le domaine de spécialisation relève de la psychiatrie et qu'aucun indice de traitement psychiatrique suivi ne ressort du dossier.

**5.4** En l'absence de restrictions invalidantes, tant somatiques que psychiques, dès lors que la recourante dispose, au plus tard dès juillet 2010 et jusqu'à tout le moins la date de la décision contestée, d'une pleine capacité de travail dans son activité professionnelle habituelle, c'est à bon droit que l'intimé, dans sa décision du 7 juillet 2014, a nié son droit à une rente AI, la condition de l'année d'attente au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI ne s'étant pas réalisée durant la période faisant l'objet de la contestation.

## **6.**

La recourante se méprend lorsqu'elle considère que l'Office AI a fait part d'une attitude contradictoire en lui accordant dans un premier temps des mesures d'intervention précoce pour (ensuite) lui refuser un droit à une rente AI.

**6.1** Le rôle principal de l'AI consiste à éliminer ou atténuer les effets préjudiciables d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée. Depuis la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI, l'objectif de la priorité de la réinsertion dans la vie professionnelle active sur le versement de prestations en espèces est expressément ancré dans la loi (cf. art. 1a LAI; Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5<sup>ème</sup> révision de l'AI] du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4215, ch. 1.1.1.2 p. 4223, ci-après: Message). En instituant dans la LAI des mesures d'intervention précoce, le législateur est parti du principe que plus tôt une personne atteinte d'une maladie risquant de se prolonger entre en contact avec des spécialistes de la réadaptation, plus les mesures concrètes et la réinsertion ont des chances de réussir. C'est fort de ce constat et pour donner plus de poids au principe selon lequel "la réadaptation prime la rente" que les mesures d'intervention précoce ont été introduites pour tous les assurés qui communiquent leur cas auprès de l'Office AI. Comme l'a précisé le Conseil fédéral, ces mesures doivent être facilement et rapidement mises en œuvre afin de contribuer à ce que les personnes en incapacité de travail totale ou partielle puissent conserver leur emploi ou être réadaptées.

**6.2** C'est à dessein de maintenir l'assurée à son poste de travail (art. 7d LAI) que l'intimé lui a octroyé, cinq mois après le dépôt de sa demande AI et au titre de mesures d'intervention précoce, un cours de formation (dos. AI 23/1). Cette mesure ne lui a été accordée, à juste titre, qu'après un examen sommaire de son incapacité de travail (Message p. 4274). Elle ne préjuge donc nullement du résultat de l'administration des preuves pour l'examen d'un éventuel droit à une rente AI. Elle ne dénote par conséquent d'aucune attitude contradictoire de l'Office AI, dès lors que ces mesures doivent clairement être séparées des autres prestations de l'AI (Message p. 4276).

## **7.**

**7.1** Le recours de l'assurée, dirigé contre la décision de l'Office AI du 7 juillet 2014, doit par conséquent être rejeté.

En dérogation à l'art. 61 let. 1 LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. En l'espèce, les frais de procédure sont fixés à Fr. 800.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

La recourante, qui succombe, doit supporter les frais de la procédure et ne peut prétendre au remboursement de ses dépens (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 2 et 108 al. 1 et 3 LPJA).

**7.2** L'assurée a toutefois déposé une demande d'assistance judiciaire pour son recours du 8 septembre 2014 (mise à jour le 15 décembre 2015), demandant la dispense des frais de procédure ainsi que la désignation de son mandataire en tant qu'avocat d'office.

Sur requête, l'autorité de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès. Aux mêmes conditions, une avocate ou un avocat peut en outre être désigné à une partie si les circonstances de fait et de droit le justifient (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

En l'espèce, concernant la situation personnelle de la recourante, le TA relève d'emblée qu'un calcul précis s'avère difficile au vu de l'imbrication des charges privées et professionnelles de la recourante (telles que notamment les loyers, frais de téléphone, frais relatifs à la voiture, cotisations à l'AVS, etc.) et comme l'atteste le document intitulé "Frais 2014" (dos. recourante 11/2). Toutefois, selon le bilan 2014, même si l'on considère qu'une grande partie des frais privés de la recourante ont été imputés à son revenu net de courtière en assurances, il subsiste un gain annuel de seulement Fr. 1'847.05, ce montant étant largement en-deçà du montant mensuel minimum d'existence fixé à Fr. 1'200.- pour une personne seule, et ce, même si la recourante a reçu des subsides

cantonaux/communaux pour le paiement de ses primes d'assurance maladie de base (les pièces versées au dossier ne permettant pas d'éclaircir ce point mais, à tout le moins, les primes Amal à payer ne figurent pas dans la comptabilité; cf. Circulaire n° 1 du 25 janvier 2011 de la section civile de la Cour suprême et du Tribunal administratif du canton de Berne et Circulaire n° B1 du 1<sup>er</sup> avril 2010 de l'autorité de surveillance en matière de poursuite et faillite, accessibles à partir de [www.justice.be.ch](http://www.justice.be.ch)). Les dernières taxations fiscales de la recourante versées au dossier font d'ailleurs état, de manière constante, de finances très serrées à un bas niveau. La condition financière doit donc être considérée comme remplie.

En outre, les chances de succès du recours ne pouvaient être d'emblée niées (ATF 129 I 129 c. 2.3.1, 122 I 267 c. 2b et les références citées). Vu la complexité de la matière juridique et médicale, on ne peut douter par ailleurs du caractère justifié de l'assistance d'un mandataire professionnel devant le Tribunal (ATF 103 V 46 c. 1b). En l'espèce, la requête peut dès lors être admise. La recourante doit être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite.

Ainsi, les frais de la présente procédure sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire et l'avocat représentant la recourante est désigné en tant que mandataire d'office.

**7.3** Vu la note d'honoraires du 3 mai 2016 du mandataire de la recourante, qui ne prête pas à discussion quant à son montant, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, les dépens sont fixés à Fr. 4'444.75 (honoraires de Fr. 3'942.-, débours de Fr. 173.50 et TVA de Fr. 329.25). Eu égard à la jurisprudence du TF (ATF 132 I 201 c. 8.7), la caisse du Tribunal versera la somme de Fr. 3'341.- au titre du mandat d'office (honoraires: Fr. 2'920.- [soit 14,6 heures à Fr. 200.-], débours: Fr. 173.50 et TVA: Fr. 247.50; voir aussi les art. 41 et 42 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11], l'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811] et l'ordonnance cantonale du 20 octobre 2010 sur la rémunération des avocates et avocats commis d'office [ORA, RSB 168.711]).

**7.4** La recourante doit en outre être rendue attentive à son obligation de remboursement (envers le canton et son avocat) si elle devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272]).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire est admise et Me B. \_\_\_\_\_ est désigné comme mandataire d'office.
3. Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Les honoraires de Me B. \_\_\_\_\_ sont taxés à Fr. 3'942.-, auxquels s'ajoutent des débours par Fr. 173.50 et la TVA; la caisse du Tribunal lui versera la somme de Fr. 3'341.- (Fr. 2'920.- d'honoraires, Fr. 173.50 de débours et Fr. 247.50 de TVA), au titre de son activité de mandataire d'office. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.

6. Le présent jugement est notifié (R):

- au mandataire de la recourante,
- à l'intimé,
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

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).