

200.2016.204.AI

BEP/BEJ

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

Jugement du 22 février 2017

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et Ch. Tissot, juges
Ph. Berberat, greffier



A. _____
agissant par sa curatrice B. _____
représentée par C. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 8 janvier 2016

En fait:

A.

A. _____, née en 1953, divorcée et liée à son compagnon par un partenariat enregistré de droit cantonal, mère de deux enfants, était engagée en dernier lieu depuis février 1998 jusqu'au 31 mars 2014 en tant qu'auxiliaire de santé auprès d'un établissement médico-social (EMS). En raison d'un état anxio-dépressif, elle a bénéficié d'une rente entière de l'assurance-invalidité (AI) du 1^{er} décembre 1997 au 28 février 1998, puis d'un quart de rente depuis le 1^{er} mars 1998; cette rente a été ensuite supprimée par décision du 25 septembre 2008.

B.

Le 4 juillet 2013, une nouvelle demande de prestations de l'AI signée le 17 juin 2013 par l'assurée est parvenue à l'Office AI Berne, transmise par son assurance d'indemnités journalières en cas de maladie. Elle indique que l'assurée souffre d'une rupture complète et d'une déchirure importante transfixiante du tendon de l'épaule droite. Saisi de la demande, l'Office AI Berne a, notamment, recueilli des rapports médicaux auprès des médecins traitants et des informations de la part de l'employeur quant à l'activité professionnelle exercée. Le 14 janvier 2014, l'assurée a aussi été examinée par un spécialiste en chirurgie orthopédique de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR). Dans un rapport du 31 janvier 2014, le SMR a préconisé l'organisation de mesures professionnelles de réadaptation. Après réception d'une décision d'inaptitude au placement dès le 1^{er} avril 2014, rendue le 11 août 2014 dans le cadre de l'examen du droit de l'assurée aux prestations de l'assurance-chômage, l'Office AI Berne a prononcé, en date du 1^{er} septembre 2014, une décision de refus de mesures professionnelles, considérant que l'état de santé de l'assurée ne permettait pas actuellement d'envisager de telles mesures et précisant que le droit à la rente allait être examiné. Dans ce contexte, l'Office AI Berne a mandaté son service des enquêtes, qui a procédé le 11 février 2015 à une enquête économique sur

le ménage de l'assurée, et a encore recueilli de nouveaux rapports de la part des médecins traitants, puis du SMR, en date du 12 juin 2015. Après avoir encore demandé à son service des enquêtes un rapport complémentaire, produit le 19 août 2015, l'Office AI Berne, dans une préorientation du 25 septembre 2015, confirmée par décision du 8 janvier 2016, a alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité, rétroactivement à partir du 1^{er} janvier 2014.

C.

Par acte du 8 février 2016, la curatrice de l'assurée a, au nom de cette dernière, recouru contre la décision précitée du 8 janvier 2016. Sous suite des frais et dépens, elle conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité plus élevée et requiert le bénéfice de l'assistance judiciaire. Le 30 mars 2016, une avocate mandatée par la curatrice a complété le recours, concluant au surplus, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Dans sa réponse du 20 mai 2016, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours. Rendue attentive aux risques d'un renvoi de la cause à l'Office AI aboutissant à un résultat plus défavorable que la décision contestée, dans une prise de position du 16 juin 2016, la recourante a déclaré maintenir son recours et conclure au renvoi du dossier à l'intimé. Le 28 juin 2016, la mandataire de la recourante a produit sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 8 janvier 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et alloue à la recourante un quart de rente d'invalidité rétroactivement à partir du

1^{er} janvier 2014. Au vu des motifs du recours, l'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et l'octroi d'une rente d'invalidité d'un degré plus élevé ou le renvoi pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sont particulièrement critiquées l'insuffisance des investigations médicales à la base de la décision contestée, qui ne prennent en compte que les atteintes à l'épaule droite de la recourante et ignorent l'aspect psychique et les autres problèmes somatiques, l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, ainsi que l'absence de prise en compte de l'âge avancé de la recourante, qui rend une réintégration de celle-ci dans le marché du travail peu probable.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, par une partie disposant de la qualité pour recourir, agissant par une curatrice autorisée et représentée par une mandataire dûment légitimée, 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 du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] 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 Tribunal administratif du canton de Berne (TA) dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

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

2.

2.1 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). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de l'existence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante pour l'incapacité de gain, 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 du travail équilibré. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1).

2.2 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2014 IV n° 2 c. 3.1). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, pourrait encore exercer une activité sur le marché du travail qui lui est offert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 141 V 281 c. 2.1).

2.3

2.3.1 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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). 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).

2.3.2 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 lucrative est évaluée selon l'art. 16 LPGA, soit en procédant à une comparaison du revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Dans le cadre de ses travaux habituels (non lucratifs), l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là, soit en fonction de son incapacité d'accomplir ses travaux habituels. Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants, ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Dans le cas d'une activité lucrative à temps partiel, 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; art. 28a al. 3 LAI; ATF 141 V 15 c. 3.2, 125 V 146 c. 2a).

2.4

2.4.1 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 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 132 V 93 c. 4, 125 V 256 c. 4).

En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (voir l'art. 16 LPGA).

L'expert médical 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).

2.4.2 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).

3.

3.1 Dans la décision contestée du 8 janvier 2016, l'Office AI Berne se réfère au rapport de son service des enquêtes du 19 août 2015 qui, pour l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de la recourante, a fait siennes les conclusions des deux rapports du SMR des 30 janvier 2014 et 12 juin 2015, et a retenu une répartition des activités de l'assurée, en tant que personne valide, de 80% dans l'activité lucrative et de 20% dans le ménage.

Dans le rapport du 30 janvier 2014, un premier spécialiste en chirurgie orthopédique du SMR, après avoir personnellement examiné l'assurée le 14 janvier 2014, a diagnostiqué un status après reconstruction opératoire le 26 avril 2013 d'une rupture étendue de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Il déclare que le résultat de l'opération est bon et que la fonctionnalité de l'épaule est presque normale et sans douleurs, hormis un défaut de force pour les travaux au-dessus de la tête et une insuffisance persistante des ligaments supra- et infraspinaux. Il estime que l'exercice de l'activité lucrative antérieure d'aide-soignante n'est plus exigible de l'assurée, dans la mesure où il lui est impossible de soulever des patients et d'effectuer des travaux au-dessus de la tête. Par contre, il est d'avis qu'elle est en mesure de soulever des poids jusqu'à 5 kg ainsi que de faire des travaux légers à hauteur de table, de même que des travaux de soins légers, tels que la toilette des patients sans qu'ils doivent être soutenus ou soulevés.

Dans le rapport du 12 juin 2015, un second spécialiste du SMR en chirurgie orthopédique s'est prononcé sur le cas de la recourante et l'évolution de son état de santé, sur la base du dossier. Comme diagnostics avec

répercussions sur la capacité de travail, il relève, outre le status après rupture de la coiffe des rotateurs et l'opération qui s'en est suivie, déjà mentionnés dans le rapport du 30 janvier 2014, un status après luxation de l'épaule droite en avril 2014 et traitement conservatoire, ainsi que des épisodes dépressifs, actuellement de degré moyen. Il considère néanmoins que l'état de santé de l'assurée s'est amélioré depuis le premier rapport du 30 janvier 2014, et indique que l'assurée subit des limitations fonctionnelles, dans le sens d'une capacité de charge réduite de l'épaule et du genou droits et des deux pieds, et des limitations d'ordre psychique, qu'il ne décrit toutefois pas plus en détail. Quant à la capacité de travail, il estime que l'activité habituelle d'aide-soignante dans un EMS est exigible à certaines conditions et à un taux d'occupation d'environ 50%; selon lui, l'assurée est en revanche capable d'exercer à plein temps une activité physique légère, voire occasionnellement mi-lourde, et ce depuis le 22 avril 2015.

3.2 La recourante, quant à elle, conteste l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. Elle fait valoir qu'elle avait été considérée comme active à 100% lors de la première décision de rente en novembre 1998 et qu'elle n'a jamais pu reprendre une activité à plein temps en raison de la fragilité inhérente à son état de santé. Elle allègue que cette question n'a pas été investiguée lors de l'évaluation de l'invalidité dans le cadre de sa nouvelle demande du 4 juillet 2013, l'Office AI Berne s'étant simplement basé sur le fait qu'elle avait travaillé à 80% ces dernières années, alors que ce taux d'occupation réduit était dû à ses problèmes de santé et non à un choix personnel.

En ce qui concerne l'estimation de sa capacité de travail, la recourante invoque que l'intimé n'a tenu compte que des problèmes d'épaule et a éludé le fait qu'elle souffre également d'un état dépressif récurrent et de troubles mnésiques et cognitifs générés par la décompensation dépressive, ainsi que d'une insuffisance rénale chronique, des suites d'une embolie pulmonaire bilatérale survenue en mai 2015 et de problèmes de genou et de pieds.

Par ailleurs, la recourante fait aussi valoir son âge, qui aurait pour conséquence qu'il est peu probable qu'il soit possible pour elle de

réintégrer le marché du travail, étant donné que ses nombreux problèmes physiques et psychiques l'empêchent de travailler dans son activité habituelle d'aide-soignante et probablement aussi dans n'importe quelle autre activité, et qu'une reconversion professionnelle présupposerait des facultés d'adaptation inexistantes et des concessions de la part d'un employeur qui ne sont pas réalistes.

4.

4.1 En ce qui concerne l'état de santé de la requérante et ses répercussions sur la capacité de travail, les éléments principaux qui suivent ressortent des rapports médicaux les plus récents figurant au dossier.

4.1.1 Dans un rapport détaillé parvenu à l'intimé le 9 avril 2015, le généraliste traitant, résumant la situation, indique que l'opération de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite en 2013 avait été suivie en avril 2014 d'une chute avec luxation antéro-inférieure de la même épaule et que, malgré une nouvelle réparation chirurgicale, la patiente est depuis lors totalement incapable, de par l'impotence de son épaule, de continuer sa profession d'aide-soignante dans un home. Il ajoute qu'elle subit aussi un état dépressif récurrent avec un épisode actuel de degré moyen, et qu'elle avait déjà bénéficié antérieurement de prestations de l'AI en raison de ces épisodes dépressifs récurrents. Il précise qu'après amélioration de la situation, elle avait pu recommencer à travailler dans un home à 60%, mais que les opérations de l'épaule, puis son licenciement, ont complètement décompensé la situation. Il poursuit en déclarant que du point de vue de l'épaule, la récupération est relativement bonne, satisfaisante pour le chirurgien l'ayant opérée, mais qu'elle n'est pas compatible avec la reprise du travail comme aide-soignante dans un home. Le praticien indique encore que la décompensation dépressive a généré des troubles mnésiques, au point que la patiente n'est plus apte à faire face à la moindre de ses obligations administratives et a dû être placée en curatelle volontaire. Son pronostic est que l'état dépressif pourrait s'améliorer dans une certaine mesure, mais probablement pas la capacité au travail ou la capacité de réinsertion. Concernant la capacité de travail, il déclare que la

patiente est incapable de travailler à 100% depuis sa première opération de l'épaule, qu'il lui avait attesté à un moment donné 50% de capacité de travail pour des travaux qui n'utilisent en rien son épaule droite, et par la suite à nouveau 100% d'incapacité, avec cette fois-ci la composante de l'état dépressif en première ligne.

4.1.2 Dans un rapport du 18 mai 2015, le chirurgien orthopédique ayant opéré la recourante à deux reprises au niveau de l'épaule droite diagnostique pour sa part, comme atteintes avec influence sur la capacité de travail, un status après réparation arthroscopique le 26 avril 2013 d'une déchirure massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et un status après réduction orthopédique et rééducation fonctionnelle d'une luxation traumatique de l'épaule droite en avril 2014. Pour ce qui concerne l'épaule droite, selon lui, le pronostic devrait être favorable. Quant à la capacité de travail, il renvoie à l'avis du médecin généraliste traitant et indique néanmoins qu'à son avis, il ne sera plus possible à la patiente d'exercer son travail d'aide-soignante, ou à un degré d'occupation faible n'impliquant pas d'effort au niveau des épaules et à un rendement réduit entre 30 à 60%.

4.1.3 Un rapport du 22 avril 2015 d'un autre chirurgien orthopédiste consulté par la recourante indique que celle-ci souffre depuis quelques temps de douleurs aux pieds, surtout pendant la journée, les douleurs au pied droit étant récentes. Il diagnostique un hallux valgus des deux côtés, n'atteste pas d'incapacité de travail pour ce motif mais un rendement toutefois réduit, en raison des douleurs en position debout.

4.1.4 Du 11 au 19 mai 2015, la recourante a été hospitalisée en urgence. Le rapport hospitalier du 2 juin 2015 relève comme diagnostics principaux une embolie pulmonaire bilatérale, des épisodes dépressifs récurrents, une insuffisance rénale chronique et une hypertension artérielle. Dans leur évaluation, les médecins hospitaliers indiquent en substance que la patiente avait pu être renvoyée à domicile le 19 mai 2015 en bon état général, tout en précisant qu'elle suit un traitement médicamenteux dans le cadre d'un trouble dépressif et que sa fonction rénale doit être contrôlée. Ils ne se prononcent pas quant à la capacité de travail résiduelle.

4.2 Pour le surplus, les informations au dossier relatives à la période antérieure à la nouvelle demande de prestations adressée le 4 juillet 2013 à l'intimé révèlent que la rente d'invalidité (entière du 1^{er} décembre 1997 au 28 février 1998, puis un quart de rente dès le 1^{er} mars 1998) allouée à la recourante par décision du 17 novembre 1998 trouvait son origine dans l'incapacité de travail due au trouble dépressif durable dont elle est atteinte. La diminution à un quart de rente à partir du 1^{er} mars 1998 résultait de l'emploi d'aide-soignante à 60% au sein d'un EMS, qu'elle était parvenue à obtenir dès le 2 février 1998. A cet égard, le généraliste traitant déclarait dans un rapport du 31 mars 2001 que l'obtention d'une rente avait progressivement sécurisé la patiente, ce qui lui avait permis, avec en plus l'aide du traitement médical et d'une psychothérapie de soutien, de trouver l'emploi à temps partiel en question. Le praticien remarquait qu'elle s'était bien impliquée dans ce travail et qu'elle avait su le garder; il soulignait que cette meilleure stabilité, avec la continuation d'un traitement antidépresseur et anxiolytique ainsi que d'une psychothérapie de soutien, lui avait permis de faire face à sa situation et de continuer l'éducation de ses deux enfants. La suppression ultérieure du quart de rente, prononcée par décision du 25 septembre 2008, résulte de la poursuite de cette évolution favorable ayant donné lieu à une diminution de son degré d'invalidité à 20% liée à une augmentation à 80% du degré d'occupation (voir ci-dessus c. 2.1). Cette situation stable s'est maintenue jusqu'à la dégradation de son épaule droite documentée depuis l'automne 2012 (rapport du généraliste traitant du 6 août 2013), qui a culminé dans la déchirure de la coiffe des rotateurs opérée en avril 2013 et a donné lieu à la nouvelle demande de prestations du 4 juillet 2013 et à la résiliation par l'employeur du contrat de travail au 31 mars 2014.

5.

5.1 Les rapports du SMR (art. 49 RAI) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références), 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 raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR 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 la matière, y compris en ce qui concerne les qualifications médicales requises (TF C_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]). 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 sa position contractuelle (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 LPG (ATF 135 V 465 c. 4.4-4.6).

5.2 Au vu de ce qui précède, en prenant en considération l'évolution de l'état de santé de la recourante sur une longue durée depuis la situation ayant prévalu lors de l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} décembre 1997, force est de retenir que les conclusions des deux rapports du SMR des 30 janvier 2014 et 12 juin 2015 quant à la capacité de travail résiduelle de la recourante n'emportent pas conviction, selon un degré de vraisemblance prépondérante. En effet, à la lecture des différents rapports du généraliste traitant, il est flagrant que le trouble dépressif récurrent dont la recourante est atteinte depuis longtemps a constamment marqué l'état de santé de celle-ci à des degrés divers, même si la stabilité atteinte en 1998 lui avait permis de trouver l'emploi d'aide-soignante auprès d'un EMS, qu'elle a pu exercer tout d'abord à raison d'un taux d'occupation de 60%, puis de 80%. La péjoration de l'état de santé somatique qu'elle a connue depuis l'automne 2012 (voir ci-dessus c. 4.1 et 4.2) a eu comme corollaire une

aggravation parallèle du trouble dépressif existant de longue date. En effet, si, dans son rapport du 6 août 2013, le généraliste traitant, tout en mentionnant aussi le diagnostic d'état dépressif présent depuis des années, indiquait que ce qui motivait l'incapacité de travail attestée (de 50% à partir du 18 janvier 2013, puis 100% depuis le 26 février 2013) était l'opération de l'épaule droite subie le 26 avril 2013, ce même praticien, dans son rapport le plus récent d'avril 2015, déclarait expressément une incapacité de travail "de nouveau de 100% avec cette fois-ci la composante de l'état dépressif en première ligne" (voir ci-dessus c. 4.1.1).

Or, les deux rapports du SMR sur lesquels la décision contestée est basée (voir ci-dessus c. 3.1) occultent presque complètement l'atteinte psychique de la recourante. Le premier, datant du 30 janvier 2014 et le seul des deux qui faisait suite à un examen personnel (effectué le 14 janvier 2014), ne dit mot de cet aspect de l'état de santé et se focalise entièrement sur les conséquences de la rupture de la coiffe des rotateurs et de l'opération qui s'en est suivie. Quant au second rapport du 12 juin 2015, laconique et rendu sur la base de l'examen du dossier, il mentionne certes un épisode dépressif moyen comme diagnostic influençant la capacité de travail, mais n'aborde pas plus en détail les conséquences de cette atteinte sur la capacité de travail, en particulier quant à l'évolution dans le temps de celle-ci. Compte tenu de la pérennité du trouble dépressif qui émane du dossier médical de la recourante, il est permis de s'en étonner. Au demeurant, la fiabilité des avis du SMR sur le plan de l'atteinte psychique de la recourante est en l'occurrence d'emblée mise en doute par le fait que les deux médecins consultés au sein de ce service, en leur qualité de chirurgiens orthopédistes, ne disposent pas de toutes les qualifications spécialisées nécessaires à l'appréciation du trouble psychique ici présent (voir TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références; JTA AI/2012/174 du 7 décembre 2012 c. 4.1.2). Au surplus, le second rapport du SMR du 12 juin 2015 ne dit mot de l'hospitalisation de la recourante du 11 au 19 mai 2015 à la suite d'une embolie pulmonaire et a vraisemblablement été rédigé en méconnaissance de cet événement. Les conséquences à plus long terme de ce dernier sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante méritent à l'évidence d'être investiguées plus avant, dans la mesure où le rapport hospitalier du 2 juin 2015 (voir ci-dessus c. 4.1.4) ne

se prononce pas sur ces points, tout en diagnostiquant par ailleurs aussi un trouble dépressif, et où l'état de fait déterminant dans le cadre de la présente procédure consiste dans la situation existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit le 8 janvier 2016 (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1).

Au vu de la jurisprudence précitée (voir ci-dessus c. 5.1), l'estimation de la capacité de travail résiduelle des deux rapports du SMR n'est dès lors pas en mesure de l'emporter face à l'avis du médecin généraliste traitant, selon lequel l'incapacité de travail totale qu'il atteste à sa patiente est désormais due en majeure partie à la composante psychique de son état de santé. A cet égard, il faut rappeler que l'incapacité de travail fait médicalement état des restrictions encourues par une personne dans sa profession ou son domaine d'activité usuel en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale et/ou psychique. Cette notion peut ainsi couvrir plusieurs réalités médicales, sans qu'il soit besoin de déterminer l'ampleur des restrictions propres à chacune d'entre elles. En d'autres termes, ce n'est pas une approche fragmentaire des affections concernées dont les empêchements s'additionneraient entre eux qui définit le taux d'incapacité de travail, mais une prise en compte globale des limitations induites par l'état de santé de la personne assurée. Sans autres investigations spécialisées alors même que la question de la présence d'une atteinte psychique propre à influencer la capacité de travail à un degré de vraisemblance prépondérante (degré de preuve exigé en droit des assurances sociales; ATF 138 V 218 c. 6) aurait déjà nécessité un examen personnel de l'assurée sur ce plan, le SMR ne pouvait par conséquent d'emblée restreindre son examen des exigences professionnelles au seul volet somatique du tableau clinique. On ne saurait par ailleurs admettre que le spécialiste du SMR ayant rédigé le second rapport du 12 juin 2015 avait uniquement à apprécier en l'occurrence un état de fait médicalement établi, dans le sens que les documents recueillis au dossier auprès des médecins traitants revêtaient une force probante suffisante pour compenser, cas échéant, l'absence d'examen personnel (TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1). Cela vaut d'autant moins que le seul examen personnel de la recourante par un autre spécialiste en chirurgie orthopédique remontait à près de 18 mois auparavant et avait complètement ignoré l'atteinte psychique, alors même

que celle-ci était déjà attestée au dossier. Enfin, comme déjà relevé, l'embolie pulmonaire survenue en mai 2015 et ses éventuelles conséquences n'ont, elles non plus, pas été prises en considération par le SMR.

5.3 Cela étant, la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF) n'admet par ailleurs qu'avec circonspection, en cas de litige, la force probante des constatations des médecins traitants, étant donné la mission d'abord thérapeutique de ces derniers (dont les évaluations ne servent donc pas prioritairement à un jugement définitif des prestations d'assurance) et le fait par ailleurs qu'ils 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 et référence citée). L'avis d'un médecin traitant, en dépit de sa position contractuelle, est de nature à remettre en doute une évaluation du SMR (voir ci-dessus c. 5.1), mais elle n'en revêt pas pour autant, en règle générale, une force probante suffisante. En l'occurrence, l'appréciation du généraliste traitant, dans son dernier rapport d'avril 2015, fait au demeurant apparaître certaines interrogations et incertitudes, dans la mesure où il indique une incapacité de travail de 100% de sa patiente dans la dernière activité exercée, mais où il répond aussi à la question relative à la possibilité d'une activité adaptée au handicap en indiquant une activité à un temps très partiel, sans utiliser le bras droit, sans stress et sans besoin de réflexion, sans plus de précision et, en particulier, sans indiquer de taux d'activité exigible.

5.4 Il découle de ces considérations que l'intimé, en s'appuyant dans sa décision sur la seule appréciation médicale du SMR et en ne veillant pas à clarifier les incertitudes et les contradictions qui s'en dégagent par rapport aux conclusions du généraliste traitant, a violé le principe inquisitoire (art. 43 al. 1 LPGA). Pour ces raisons, il se justifie dès lors d'annuler la décision querellée et de renvoyer le dossier à l'Office AI Berne en vue d'une instruction médicale globale par le biais d'une expertise qui appréhendera, à tout le moins, les plans orthopédique, organique et psychiatrique concernés.

Une fois en possession de ces nouvelles données médicales, l'intimé déterminera le degré d'invalidité et ses éventuelles fluctuations depuis le

moment du début du droit à la rente pour toute la période couverte par la demande de juin/juillet 2013. Il rendra une nouvelle décision, susceptible de recours, quant au droit à la rente de la recourante.

5.5 Vu l'issue du recours, à ce stade, la question du statut (personne exerçant une activité lucrative à plein temps ou à temps partiel, accomplissement ou non de travaux habituels en plus d'une activité lucrative à temps partiel; ATF 142 V 230 c. 4 - 7) et celle de l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative en raison de l'âge (ATF 138 V 457 c. 3 notamment) peuvent rester ouvertes. Il incombera le cas échéant à l'intimé de trancher à nouveau ces points en fonction non seulement des arguments déjà présentés jusqu'au présent jugement, mais encore de l'évolution globale de la situation jusqu'à la nouvelle décision à prendre.

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision rendue le 8 janvier 2016 par l'Office AI Berne est annulée. Le dossier de la cause est renvoyé à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

6.2 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Il correspond par ailleurs à la conclusion posée par la recourante, initialement subsidiaire et devenue principale d'après son courrier du 16 juin 2016. La recourante étant représentée en procédure par une mandataire professionnelle, elle a droit au remboursement de ses dépens (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 28 juin 2016, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA en cas de représentation par un organisme de conseils juridiques reconnu d'utilité publique (tarif horaire de Fr. 130.- selon la circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales en cas de telle

représentation, disponible sur le site internet du Tribunal, rubrique Téléchargements et publications), sont fixés à un montant de Fr. 1'033.35 (honoraires: Fr. 942.50; débours: Fr. 14.30; TVA: Fr. 76.55) et mis à la charge de l'intimé.

6.3 Les frais de la procédure de recours, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). La requête d'assistance judiciaire, limitée aux frais de procédure, devient dès lors sans objet et doit être rayée du rôle du TA.

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. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 1'033.35 (débours et TVA compris) à titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. La requête d'assistance judiciaire (dispense des frais de justice) déposée pour la procédure de recours est rayée du rôle du TA.

5. Le présent jugement est notifié (R):

- à la mandataire de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,
- et communiqué:
- à la [...] (pour information).

La présidente:

Le greffier:

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).