

200.2016.495.AI

BOA/BEJ

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

Jugement du 24 août 2017

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 20 avril 2016

En fait:

A.

A. _____, née en 1957, mariée et mère de deux enfants adultes, sans formation certifiée, a occupé divers emplois depuis 1975 et, en dernier lieu, depuis septembre 2006 et jusqu'à fin juin 2009, a travaillé comme auxiliaire de nettoyage auprès d'un restaurant, à un taux variant entre 40 et 50%. Son contrat de travail ayant été résilié au 30 juin 2009, l'assurée a bénéficié de prestations de l'assurance-chômage depuis le 1^{er} juillet 2009.

Le 30 mars 2010, l'assurée a été victime d'un accident (en ayant voulu s'asseoir, elle a été bousculée et son genou gauche a heurté un banc) qui a généré une entorse du genou gauche, entraînant des lésions méniscales et ligamentaires. Diverses interventions au niveau du ménisque et des ligaments ont été pratiquées entre avril 2010 et octobre 2011. Les suites de l'événement accidentel du 30 mars 2010 ont été prises en charge par la Suva (soins médicaux et indemnités journalières) jusqu'au 31 janvier 2012.

Indiquant souffrir, depuis la survenance de cet accident, de douleurs au genou gauche, l'assurée a sollicité, en septembre 2010, des prestations de l'assurance-invalidité (AI).

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI a recueilli des renseignements médicaux auprès du médecin traitant de l'assurée. Il a aussi requis la production du dossier de l'assurance-accidents relatif à l'événement du 30 mars 2010. Par communication du 15 novembre 2011, l'Office AI a informé l'assurée qu'elle n'avait actuellement pas droit à des mesures professionnelles, en précisant que son droit à la rente allait être examiné. De nouveaux rapports médicaux ont été collectés entre décembre 2011 et avril 2013. Le 20 juin 2013, sur requête de l'Office AI, son service des enquêtes a procédé à une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée (rapport d'enquête du 11 juillet 2013). Après avoir recueilli des

renseignements médicaux auprès des médecins traitant l'assurée et requis l'avis du service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI a sollicité une nouvelle fois son service des enquêtes (rapport du 13 janvier 2014). Dans un préavis daté du 21 janvier 2014, l'Office AI a informé l'assurée qu'il envisageait, sur la base d'un degré d'invalidité de 4%, de lui refuser une rente AI. Suite aux objections formulées (dans le délai prolongé) par l'assurée (qui a transmis de nouveaux documents médicaux), l'Office AI a requis une nouvelle fois l'avis de son SMR (qui s'est exprimé le 9 avril 2014) et de son service des enquêtes (rapport du 15 décembre 2014) sur la base desquels il a, le 3 mars 2015, remplacé sa première préorientation par une deuxième, envisageant d'octroyer rétroactivement à la recourante, à partir du 1^{er} juin 2011, et sur la base d'un degré d'invalidité de 64%, trois quarts de rente AI, limitée dans le temps (du 1^{er} juin 2011 au 31 janvier 2012). En dépit des objections formulées par l'assurée, et après avoir consulté à nouveau les médecins de son SMR, l'Office AI, par décision formelle du 20 avril 2016, a confirmé le contenu de son (deuxième) préavis.

C.

Par acte daté du 23 mai 2016, l'assurée, désormais représentée en justice par un avocat, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Elle a requis l'assistance judiciaire et conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 20 avril 2016 de l'Office AI et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité (éventuellement inférieure) non limitée dans le temps et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'Office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans son mémoire de réponse du 20 juillet 2016, l'Office AI a conclu au rejet du recours.

Par décision incidente du 4 avril 2017, la Juge instructrice a accordé l'assistance judiciaire à la recourante, pour ses deux mandataires successifs. Par ordonnance de la même date, elle lui a offert la possibilité de retirer son recours en raison d'un risque d'une possible admission (cassatoire), susceptible de mener, au final, à une situation analogue à une réforme à son détriment. La recourante a confirmé en intégralité les

conclusions retenues dans son recours, dans un courrier rédigé le 21 avril 2017, et sur lequel l'Office AI a renoncé à s'exprimer. Le (nouveau) mandataire de la recourante a envoyé sa note d'honoraires le 11 mai 2017, l'ancien ayant présenté la sienne le 9 octobre 2016.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI du 20 avril 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et alloue à la recourante trois quarts de rente d'invalidité du 1^{er} juin 2011 au 31 janvier 2012. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et l'octroi d'une rente entière AI (éventuellement inférieure), mais non limitée dans le temps, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire (en vue de la mise sur pied d'une expertise médicale, cf. recours p. 24) et nouvelle décision. Sont particulièrement critiqués par la recourante, les bases médicales peu fiables sur lesquelles l'Office AI a fondé sa décision (en particulier le caractère non probant des rapports du SMR en contradiction avec l'avis de ses médecins traitants) et le fait que l'enquêtrice, dans l'enquête ménagère, a sous-estimé ses limitations dans le domaine ménager (en raison de la prise en compte d'une aide disproportionnée de ses proches).

A ce stade, au vu du libellé des conclusions de la recourante, il apparaît que l'octroi de trois quarts de rente par l'Office AI (du 1^{er} juin au 31 janvier 2012) est également contesté par l'assurée, dès lors que cette dernière requiert l'octroi d'une rente entière d'invalidité. En tout état de cause, même si l'on devait admettre, au vu du ch. 1 du libellé des conclusions (reconnaître son droit à obtenir une rente d'invalidité entière, éventuellement d'un taux inférieur) que la recourante s'est accommodée de l'octroi de trois quarts de rente AI (dès lors qu'elle n'en contesterait que le caractère limité dans le temps), le pouvoir d'examen du juge n'est (de toute

façon) pas restreint au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause. En effet, l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité 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 et dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par deux mandataires (successivement) dûment constitués, 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. 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 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).

2.2 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, ont droit à une rente les personnes assurées dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir leurs travaux habituels ne peut pas être établie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), et qui ont 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 sont invalides (art. 8 LPGA) 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 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e 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).

Aux termes de 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.

2.3 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).

2.4 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. 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).

2.5 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 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). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4). 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, 2016 IV n° 2 c. 4.2).

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

2.7 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 sa décision contestée du 20 avril 2016, sur la base des ultimes avis médicaux du SMR des 14 et 30 avril 2015 et du dernier rapport du service des enquêtes du 15 décembre 2014, lui-même fondé sur les

rapports antérieurs des médecins du SMR, l'Office AI a reconnu le droit de l'assurée à trois quarts de rente temporaire d'invalidité (du 1^{er} juin 2011 au 31 janvier 2012) sur la base d'un statut mixte de 60%/40% (activité lucrative/ménage). Pour arriver à cette conclusion, l'intimé a procédé à une évaluation des handicaps ménagers pour trois périodes d'invalidité concernées (qu'il a lui-même arrêtées), à savoir tout d'abord jusqu'en mai 2011 (depuis le début potentiel de la naissance du droit, soit mars 2011), puis de juin 2011 à janvier 2012, et enfin, à compter de février 2012 et jusqu'à la date de la décision contestée. Il a estimé cet empêchement spécifique ménager à un taux constant (pour les trois périodes concernées) de 3,80% (40% x 9,5%). Sur la base des mêmes périodes d'invalidité et concernant la part lucrative, l'Office AI a évalué qu'une activité lucrative adaptée était exigible à plein temps depuis décembre 2010 jusqu'en mai 2011 et que, partant, la capacité de gain de l'assurée, avant pondération, n'était nullement altérée depuis mars 2011 (début potentiel du droit à la rente; cf. c. A et 2.2 ci-avant) jusqu'au 31 mai 2011 (manque à gagner de 0%), d'où il en est résulté, en tenant compte de l'empêchement ménager, un taux global pondéré de 3,8% arrondis à 4%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente AI. Après avoir par conséquent nié un droit à une rente AI au moment le plus reculé auquel la rente aurait pu prendre naissance (en vertu du délai d'attente et de celui de carence de 6 mois), soit au 1^{er} mars 2011, l'intimé a octroyé trois quarts de rente à l'assurée pour la deuxième période d'invalidité concernée, qu'il a arrêtée du 1^{er} juin 2011 au 31 janvier 2012, sur la base d'un degré d'invalidité de 64%, calculé au moment déterminant de la péjoration médicale survenue en juin 2011 (moment où a été pratiquée une incision du tendon rotulien [6 juin 2011] et excluant toute exigibilité professionnelle). Pour arriver aux 64% retenus, l'Office AI a admis un taux d'incapacité de travail de 100% (attesté par les médecins traitants de l'assurée) pendant le délai d'attente (décalé du 1^{er} juin 2010 au 31 mai 2011). Puis, dans l'évaluation de la capacité de gain, à l'issue du délai d'attente, il a retenu une incapacité de travail totale de (chaque fois) deux mois après les opérations des 6 juin et 24 octobre 2011 (suivant les recommandations de son SMR), en prenant en compte trois mois "supplémentaires" accordés par l'art. 88a al. 1 phr. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) après l'intervention du 6 juin 2011 (mais non après

l'arthroscopie du 24 octobre 2011). Sur la base d'une capacité de travail (et de gain) que l'intimé estime pleine et entière depuis le 1^{er} février 2012, l'Office AI a supprimé toute prestation à cette date (retour au taux de 4% d'invalidité).

3.2 La recourante, quant à elle, conclut principalement à l'annulation de la décision du 20 avril 2010 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité (éventuellement plus basse) non limitée dans le temps. Elle conteste les bases médicales peu fiables sur lesquelles l'intimé a fondé sa décision, en particulier les avis médicaux des médecins du SMR, contredisant ceux de ses médecins traitants (qui attestent unanimement une incapacité totale de travailler depuis la survenance de l'accident en mars 2010), voire même, laissant apparaître des divergences intrinsèques (les avis des médecins du SMR n'étant, selon la recourante, pas unanimes). Elle avance également que l'intimé, en relation avec sa santé psychique, a instruit la cause de manière insuffisante et que de plus, l'analyse du caractère invalidant d'un (éventuel) syndrome douloureux persistant a eu lieu sur la base d'une jurisprudence obsolète du Tribunal fédéral (TF). Sans critiquer le statut mixte reconnu par l'intimé (et les parts chiffrées pour l'activité lucrative et le ménage), dans l'appréciation de ses empêchements ménagers, l'assurée met en doute les conclusions de l'enquêtrice, qui a, selon elle et dans l'analyse de la situation, sous-estimé ses empêchements ménagers dès lors qu'elle a pris en considération une aide extérieure (de proches) allant bien au-delà, selon l'assurée, de l'aide usuelle qu'un proche est censé apporter.

4.

4.1

Hormis les rapports médicaux du SMR, rédigés entre janvier 2014 et avril 2015 (cf. c. 4.2), dont la force probante est mise en doute par la recourante et sur lesquels l'Office AI s'est fondé pour accorder à la recourante trois quarts de rente AI limitée dans le temps (du 1^{er} juin 2011 au 31 janvier 2012), au dossier figurent les avis médicaux suivants.

4.1.1 L'IRM pratiquée le 16 avril 2010 suite à l'événement accidentel du 30 mars 2010 a mis en évidence une rupture dans les deux ménisques du genou gauche, qui a été soignée par arthroscopie (débridement de la lésion méniscale interne, lavage et infiltration) pratiquée le 27 avril 2010 (dossier [dos.] AI 3.14/7). En raison, au niveau ligamentaire, d'une rupture (au moins) partielle du ligament croisé antérieur et celle partielle du ligament collatéral interne, générant une instabilité rotatoire, une ligamentoplastie (reconstruction du ligament croisé antérieur) sous contrôle arthroscopique a été pratiquée le 26 mai 2010 (dos. AI 3.8/2). En octobre 2010, tout en relevant aussi une gonarthrose droite (post-traumatique depuis environ 2004), le chirurgien opérateur a fait état d'une bonne récupération fonctionnelle du genou gauche de l'assurée (dos. AI 14/2 et 18.11). Des douleurs persistantes en relation notamment avec une nouvelle chute (28 novembre 2010) ont été mentionnées en décembre 2010 (dos. AI 18.6).

4.1.2 Le médecin d'arrondissement de la Suva, spécialiste en chirurgie orthopédique, dans un bilan médical intermédiaire du 21 décembre 2010, a observé, lors de l'examen clinique de l'assurée, une boiterie marquée de la jambe gauche. Il a mentionné également que la marche sur les talons et la pointe des pieds était difficile. Relevant les douleurs péri- et sous-rotuliennes éprouvées, qu'il relie à une éventuelle intolérance à une vis d'interférence distale, il a fait état d'une bonne stabilité du genou gauche et de l'existence de signes d'amélioration (avec la possibilité récente de descendre les escaliers). Sur le plan de la capacité de travail, il considère que l'assurée est en mesure d'exercer à plein temps une activité lucrative adaptée (en position assise éventuellement avec des déplacements occasionnels limités) ne nécessitant pas le port de charges.

4.1.3 Le rapport médical du 16 mars 2011 du chirurgien traitant de l'assurée, sans se prononcer sur la capacité de travail de sa patiente (il renvoie à l'appréciation du médecin de la Suva) a diagnostiqué un status après reconstruction du ligament croisé antérieur du genou gauche et des gonalgies persistantes à l'effort, de bonne évolution sur le plan fonctionnel.

4.1.4 Un peignage du tendon rotulien avec injection de thrombocytes a été pratiqué le 6 juin 2011 en raison de douleurs d'insertion distale du

tendon patellaire récurrentes et de la suspicion d'une enthésopathie rotulienne distale gauche persistante après plastie du ligament croisé antérieur (dos. AI 30.24).

4.1.5 Dans son examen (final) du 23 août 2011, le médecin de la Suva a réitéré la description de douleurs éprouvées par l'assurée (virulentes le soir selon celle-ci). Au niveau des déplacements, il a mentionné que cette dernière pouvait parcourir à pied un périmètre de deux kilomètres. Lors de l'examen clinique, il a relevé une boiterie discrète et une palpation douloureuse s'étendant du compartiment interne au compartiment externe de la rotule. Le genou gauche a été décrit comme étant bien stable à l'examen, sans laxité pathologique. Dès lors que les douleurs éprouvées paraissent analogues à celles décrites lors du précédent examen (cf. ch. 4.1.2), le médecin de la Suva en a déduit que le peignage du tendon rotulien pratiqué en juin 2011 (cf. c. 4.1.3) n'avait pas apporté le bénéfice escompté. Il a confirmé le fait que l'assurée était à même de travailler à plein temps dans une activité adaptée.

4.1.6 En présence de lésions cartilagineuses (chondropathie) du compartiment médial (de stade III-IV), une ménissectomie partielle au niveau du compartiment interne (nettoyage du bord méniscal avec débridement d'une petite lésion d'une partie du ménisque, résection d'un repli synovial) a été pratiquée le 24 octobre 2011 par arthroscopie. Le médecin opérateur a préconisé la pose d'une prothèse uni-compartimentale en cas de persistance d'une symptomatologie douloureuse (dos. AI 30.10).

4.1.7 Les rapports des 4 novembre et 8 décembre 2011 du chirurgien traitant, après avoir retenu les diagnostics, au niveau du genou gauche, d'un statut après plastie du ligament croisé antérieur et celui de status après deux arthroscopies pour lésions méniscales, ont fait part d'une évolution favorable du genou gauche de l'assurée, ce dernier ayant même été qualifié de nettement moins douloureux.

4.1.8 Dans ses constatations et conclusions du 10 janvier 2012, et en dépit de la dernière arthroscopie pratiquée le 24 octobre 2011, le spécialiste en chirurgie orthopédique de la Suva a continué de constater un status douloureux sans amélioration chez la recourante (apparu, selon les

diagnostics de l'assurée, suite à la ligamentoplastie du 26 mai 2010). Sur la base du dossier radiologique et du dernier rapport opératoire, il a relevé des lésions cartilagineuses importantes au genou gauche qui ne sont pas, selon lui, en raison de leur localisation, en relation avec les douleurs récurrentes éprouvées par l'assurée.

4.1.9 En sus des différents status somatiques après les différentes interventions chirurgicales pratiquées depuis l'événement du 30 mars 2010 (cf. c. 4.1.1, 4.1.4 et 4.1.6), les médecins spécialistes dans le traitement de la douleur ont retenu une comorbidité psychique chez l'assurée, laquelle souffre, selon eux, d'une dépression (qualifiée de sévère en février 2013 et de légère en avril 2013). Ils ont décrit la recourante comme étant envahie d'un sentiment de tristesse, d'une perte d'élan vital et se trouvant dans une situation psychosociale difficile (chômage perdurant, fin des prestations versées par la Suva). Les médecins ont estimé que les douleurs éprouvées péjoraient de manière importante le quotidien de l'assurée (notamment durant la marche, en position assise ou debout, dans le port de charges, dos. AI 44/7 à 11).

4.1.10 Dans son rapport médical du 4 septembre 2013, le généraliste qui suit l'assurée depuis juillet 2012 a diagnostiqué (en sus de différents status postopératoires) une dépression réactionnelle chez sa patiente, présente, selon lui, depuis juillet 2012 et d'évolution négative en raison d'un état douloureux persistant (au niveau du genou). Ce praticien a estimé que la recourante était dans l'incapacité totale de travailler depuis mars 2010 et il a exclu toute reprise d'(une quelconque) activité professionnelle. En sus d'être entravée dans la (quasi) totalité des mouvements corporels, il estime que l'assurée ne dispose plus que d'une capacité de concentration limitée à 30 minutes.

4.1.11 Le psychiatre qui suit l'assurée depuis le 13 septembre 2013 a retenu, dans son avis médical du 22 octobre 2013, le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, existant depuis 2010, et la présence de douleurs chroniques. Il a décrit la recourante comme étant dans un état de tristesse (généralisant de fréquents pleurs), n'ayant aucune motivation et en proie à de nombreuses ruminations et angoisses. Ces symptômes psychiques mêlés à une douleur éprouvée au quotidien

influencent, selon lui, négativement, sa capacité de travail au point que l'assurée ne serait plus à même d'exercer, depuis le 30 mars 2010, son ancienne (ou toute autre) activité professionnelle. Il n'y aurait également pas lieu d'attendre la reprise d'une quelconque activité professionnelle (dos. AI 51).

4.2

4.2.1 Dans son rapport du 7 janvier 2014, la généraliste du SMR a mentionné, comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, la présence d'arthrose et des signes dégénératifs des ménisques des genoux aggravés en raison de l'accident du 30 mars 2010, et un status après reconstruction du ligament croisé antérieur du genou gauche. Sans répercussion sur la capacité de travail, ont été mentionnés des douleurs chroniques au genou gauche, une thymie basse et des signes de dépression en liaison avec le trouble douloureux éprouvé. Dans son évaluation de la capacité de travail, en faisant abstraction des incapacités totales de travailler dans les deux mois ayant suivi les interventions des 6 juin et 24 octobre 2011, la généraliste du SMR a estimé que, depuis le 1^{er} décembre 2010, la recourante pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée (variant les positions mais générant peu de déplacements et sans escaliers), tout en mentionnant que la dernière activité (en tant que femme de ménage) était certes peu adaptée, mais restait possible. Dans son rapport subséquent du 9 avril 2014, la généraliste du SMR a réitéré ses précédentes conclusions, en précisant que les perturbations psychiques (réactionnelles) qui affectent l'assurée étaient en liaison avec le dépôt de sa demande AI (et des mesures d'instruction ayant suivi pour mener jusqu'à la décision contestée). Dans son ultime avis du 14 avril 2015, cette même médecin a considéré que les douleurs éprouvées, si elles sont dues à l'arthrose, peuvent être soulagées par la pose d'une prothèse et si on devait les qualifier de "sans substrat somatique", seraient surmontables au sens des critères de Foerster (dont seulement deux seraient remplis en l'espèce).

4.2.2 Le rapport médical du 30 avril 2015 d'un (deuxième) médecin du SMR, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a nié la présence d'un trouble somatoforme douloureux chez la recourante ou de toute autre

pathologie psychique, raison pour laquelle il n'y a, selon lui, pas lieu de recourir aux critères de Foerster (quand bien même il en fait l'énumération). Seul a été retenu par ce spécialiste un trouble de l'élaboration de la douleur (ou une exagération des douleurs de nature psychogène) où interviennent des facteurs psychosociaux. A l'instar de la généraliste du SMR, il estime que la dépression dont souffre la recourante est réactionnelle et de légère intensité (humeur légèrement dépressive), d'où il en résulte, selon lui, qu'en l'espèce, l'on ne se trouve pas en présence d'une comorbidité psychiatrique (au sens de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]).

5.

5.1

5.1.1 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 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 médecins du 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 la 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 LPG (ATF 135 V 465 c. 4.4-4.6). Dans l'examen de la force probante, est avant tout déterminant le fait que le rapport du SMR soit complet au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (cf. c. 5.2 et 5.3 ci-après; TF 8C_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

5.1.2 A première vue, dans l'examen de la force probante des rapports des médecins du SMR, et d'un point de vue formel tout d'abord, il appert que les appréciations rendues par la généraliste (7 janvier et 9 avril 2014, 14 avril 2015) et par le spécialiste en psychiatrie (30 avril 2015), telles qu'elles ressortent de leurs prises de position, remplissent la fonction que lui assigne la pratique judiciaire puisqu'elles restituent les principales sources au dossier de médecine somatique et psychique, en font la synthèse, les soumettent à discussion avant de livrer une estimation concrète des aptitudes fonctionnelles résiduelles. L'approche des médecins du SMR doit ainsi être qualifiée de sérieuse et rigoureuse.

5.1.3 Matériellement et sous l'angle somatique, sur le plan des observations médicales, les diagnostics/symptômes décrits et retenus invariablement par le médecin de la Suva et le chirurgien traitant de l'assurée (notamment status après une plastie du ligament croisé antérieur gauche, status après deux arthroscopies pour lésions méniscales, gonalgies persistantes) ont été appréhendés et discutés par la généraliste du SMR, et leur caractère invalidant, réfuté. Pour arrêter ses conclusions,

la médecin du SMR a pris en considération l'ensemble des documents médicaux versés au dossier AI, les plaintes exprimées par l'assurée à ses confrères lors des différents examens cliniques pratiqués (et retranscrites par ces derniers), les rapports opératoires et les IRM (datant de 2010 et 2011). En dépit d'un soin indéniable voué à l'étude du dossier médical, il n'en demeure pas moins que les conclusions médicales de la généraliste du SMR présentent des incohérences au niveau médical. Tout d'abord, il convient de mentionner, qu'en janvier 2014 (dos. AI 53/4), cette dernière a avancé que les douleurs chroniques éprouvées par la recourante (au genou gauche) pouvaient être mises (au moins partiellement) en relation avec les lésions dégénératives existantes, alors que dans un avis médical subséquent (avril 2015), et sans qu'il ait été procédé à des investigations/interventions médicales complémentaires au niveau des genoux (qui auraient pu indiquer une amélioration de la situation douloureuse par l'implantation d'une prothèse par exemple), cette même médecin est arrivée à un tout autre raisonnement médical, à savoir que, depuis juin 2013, le trouble douloureux éprouvé par l'assurée n'est définitivement plus explicable somatiquement. A noter que, s'agissant de la question de l'existence (ou non) d'une cause organique aux douleurs éprouvées par l'assurée, le médecin psychiatre du SMR, dans son rapport du 30 avril 2015, a, contrairement à sa consœur, relié (au moins dans une certaine mesure) les douleurs éprouvées au genou gauche à l'existence d'un substrat somatique (dos. AI 80/2). En sus de divergences médicales au sein même du SMR, le TA relève que la généraliste du SMR s'est fondamentalement distanciée des dernières conclusions médicales du médecin d'arrondissement de la Suva, alors même que la spécialisation de ce dernier relève de la chirurgie orthopédique. En effet, en janvier 2012, sur la base de clichés radiologiques et du dernier rapport opératoire d'octobre 2011, ce spécialiste avait fait état de l'existence de lésions cartilagineuses importantes, alors qu'il n'est question, pour la généraliste du SMR, dans son rapport d'avril 2014, que d'une arthrose débutante (dos. AI 65/2). De plus, il apparaît que la fragilité cartilagineuse du genou de l'assurée s'est péjorée sur un laps de temps rapproché, entre mars 2010 et septembre 2011, comme l'a décrit la généraliste du SMR en avril 2015 et en référence à la période temporelle précitée ("*l'arthrose est plus marquée maintenant*", dos. AI 76/2). Dans ces conditions, l'absence, au dossier AI, de données

médicales (notamment IRM, clichés radiologiques ou scintigraphie en relation avec la gonarthrose, du reste bilatérale, dos. AI 14/2 et 3) actualisées depuis septembre 2011 (date de la dernière IRM) et jusqu'à la date de la décision contestée (avril 2016) ne permet pas d'apprécier la situation cartilagineuse. Sous l'angle ligamentaire, l'affirmation catégorique et sans réserve de la généraliste du SMR, selon laquelle le ligament (par le passé) opéré serait en bon état et le genou stable (dos. AI 53/4) n'est pas convaincante en l'état. En effet, en sus du fait qu'elle n'a pas procédé à un examen clinique de la recourante, la médecin du SMR ne dispose pas, en tant que spécialiste en médecine générale, de toutes les qualifications spécialisées nécessaires à l'appréciation de la situation sous l'angle rhumato-/orthopédique pour aller à l'encontre des conclusions, notamment du médecin d'arrondissement de la Suva. Au vu de toutes ces incertitudes et lacunes constatées par le TA, l'appréciation de la capacité de travail sur le plan somatique et le profil d'exigibilité retenus par la généraliste du SMR (par ailleurs divergeant également de celui arrêté par le spécialiste de la Suva, ce dernier ayant retenu l'exercice d'une activité lucrative en position assise quasi exclusivement) ne saurait emporter la conviction du TA. Cela vaut d'autant plus que le profil décrit par le médecin de la Suva ne concerne que les séquelles accidentelles et qu'on ne peut exclure qu'une évaluation prenant en compte également les atteintes malades (gonarthrose, chondropathie aux deux genoux notamment; dos. AI 14/2 et 3) arrive à une capacité de travail médico-théorique encore plus restrictive.

5.1.4 Ces lacunes et contradictions constatées sur le plan somatique sont d'autant plus importantes sur le plan psychique, dès lors que la généraliste du SMR a exclu toute symptomatologie psychique déterminante du point de vue de l'AI, ne retenant que des *signes* de dépression ou des perturbations psychiques réactionnelles (dos. AI 65/2), qu'elle met en relation avec l'introduction et le déroulement de la procédure AI (notamment les mesures d'instruction, les conclusions du rapport d'enquête du 11 juillet 2013 ayant mené au préavis négatif de l'intimé). S'il n'est pas exclu que des facteurs psychosociaux (éloignement du monde professionnel depuis 2010, manque de formation professionnelle, situation financière difficile suite à des dettes accumulées) étrangers à l'invalidité influent négativement sur le moral de l'assurée, les conclusions (divergeant de celles de ses confrères) de la

généraliste traitante du SMR, qui ne retient qu'une thymie basse et des signes de dépression sans répercussions sur la capacité de travail (dos. AI 53/4) ne sauraient convaincre. En effet, il est patent que tous les médecins consultés depuis février 2013 ont fait état, de manière unanime, de l'existence d'une pathologie psychique chez la recourante, qualifiée de dépression sévère par les médecins spécialistes du traitement de la douleur en février 2013 (légère en avril 2013), de dépression réactionnelle à pronostic défavorable par le généraliste traitant en septembre 2013 et d'épisode dépressif sans symptômes psychotiques en présence de douleurs chroniques par le psychiatre traitant en septembre 2013 également. Au demeurant, la fiabilité des rapports de la médecin du SMR sur le plan d'une éventuelle atteinte psychique doit également d'emblée être relativisée du fait que sa spécialisation médicale (médecine générale) n'est pas du ressort de la psychiatrie (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 vu de la jurisprudence citée au c. 5.1.1, il en découle que son estimation de la capacité de travail (pleine et entière) de l'assurée sur le plan psychique n'est dès lors pas en mesure d'emporter la conviction du TA en présence d'avis divergents émanant de spécialistes. Même s'il apparaît qu'en ultime recours, l'intimé s'est néanmoins adressé à un autre médecin au sein même de son SMR (dos. AI 79, notice du 30 avril 2015), lui-même spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (disposant, partant, des qualifications médicales nécessaires), le TA relève que l'appréciation de l'éventualité d'une atteinte psychique aurait en tout cas nécessité un examen personnel de l'assurée. Le SMR ne pouvait par conséquent pas se contenter de restreindre son analyse à une synthèse sur dossier uniquement. En l'espèce, en effet, il n'y avait pas lieu d'apprécier un état de fait médicalement établi, au sens où les documents recueillis au dossier auprès des médecins traitants revêtaient une force probante suffisante (des divergences subsistent non seulement quant à la pathologie psychique retenue, mais aussi quant à son intensité) pour compenser, cas échéant, l'absence d'examen personnel de l'assurée (TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1; c. 5.4 ci-après).

5.2 Les appréciations émanant des médecins de la recourante ne sauraient non plus revêtir une force probante suffisante au regard des

exigences en matière de preuves médicales posées par le TF. Notre plus haute instance n'admet 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 certes de nature à remettre en doute une évaluation du SMR (voir ci-dessus c. 5.1.1), mais elle n'en revêt pas pour autant, en règle générale, une force probante suffisante. En l'occurrence, à la lecture des avis médicaux versés au dossier, il apparaît que le chirurgien traitant ne procède en effet à aucune évaluation propre de la capacité de travail dans une activité profilée pour les handicaps de sa patiente (quant à une éventuelle reprise du travail, il utilise les locutions de "non prévue pour le moment") jusqu'en novembre 2011 (dos. AI 23.8, 30.3/2, 30.5/1). Au-delà de cette date, il renvoie systématiquement (dès le 8 décembre 2011), pour répondre à cette question, à l'estimation du médecin d'arrondissement de la Suva (dos. AI 30.3/1, 31.3/14). La dernière évaluation de ce dernier remonte au 23 août 2011. Il y était question, s'agissant des suites de l'accident et d'un point de vue somatique uniquement, d'une capacité de travail dans un emploi adapté à hauteur de 100%. Or, depuis lors, l'assurée a subi une arthroscopie le 24 octobre 2011, qui a mis en évidence des lésions cartilagineuses (désormais) importantes au genou gauche et dont, au vu du dossier médical lacunaire (cf. c. 5.1.3 ci-avant), on ne connaît pas l'évolution jusqu'à la date de la décision querellée. Quant au généraliste traitant, dans son rapport du 4 septembre 2013 et alors même qu'il ne soigne la recourante que depuis juillet 2012, il a estimé de manière rétroactive que sa patiente présentait une incapacité de travail totale depuis mars 2010, sans qu'il ne soit possible d'inférer si une telle inexigibilité professionnelle résulte de facteurs physiques, psychiques, ou de la combinaison des deux éléments. Il a exclu, avant même que l'assurée ne débute son suivi psychiatrique (qui a commencé le 13 septembre 2013), toute reprise d'une quelconque activité professionnelle, sans mentionner quels motifs pouvaient justifier un pronostic aussi défavorable. Dans l'appréciation des mouvements/positions

exigibles, c'est de manière succincte (se contentant de sélectionner des rubriques, et sans autre explication) qu'il a mentionné que sa patiente était entravée dans (quasi) toutes les positions/activités générant un quelconque mouvement corporel ou induisant le port de charges (dos. AI 44/6). Quant à la faculté de concentration de l'assurée, limitée à 30 minutes selon lui, elle n'est pas étayée et il n'est pas possible de savoir si ce médecin se fonde sur les indications subjectives de sa patiente ou s'il a réellement pu constater une telle altération (au ch. 1.5 de son rapport du 4 septembre 2013, il n'est fait mention d'aucun constat objectif, dos. AI 44/3). Enfin, la lecture du rapport médical du psychiatre traitant de l'assurée, daté du 22 octobre 2013 (traitement commencé le 13 septembre 2013), met en évidence un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et des douleurs chroniques. Ce spécialiste fait certes mention d'une baisse du plaisir et de la motivation, et des ruminations chez l'assurée sans qu'il ne soit néanmoins possible de savoir pourquoi il retient une intensité sévère au trouble encouru. Son estimation de la capacité de travail ne peut donc être qualifiée de donnée fiable sur laquelle le TA peut se fonder. Enfin, l'attestation médicale du 10 mars 2014 de ce même spécialiste, de par son caractère succinct (absence d'anamnèse et d'informations sur les traitements administrés, conclusions médicales insuffisamment motivées, capacité de travail non chiffrée) ne saurait, quant à elle, combler les lacunes précédemment observées.

5.3 Il résulte de ce qui précède que ni les données médicales fournies par les médecins et spécialistes traitants, ni l'appréciation de ces dernières à laquelle ont procédé les médecins du SMR ne peuvent servir de base médico-théorique fiable pour l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de la recourante pendant toute la durée couverte par la demande de prestations. En tranchant quand même en cet état lacunaire du dossier, l'Office AI a violé le principe inquisitoire (art. 43 al. 1 LPGA; ATF 117 V 282 c. 4a).

L'instruction médicale menée jusqu'à ce stade ne permet pas non plus de fixer précisément une partie des fluctuations de la capacité de travail, ni durant la période, de juin 2011 à fin janvier 2012, pendant laquelle les trois quarts de rente ont été octroyés (incertitudes notamment sur la question de

l'application par l'intimé de l'art. 88a al. 1 phr. 2 RAI suite à l'opération du 6 juin 2011, mais non retenue après l'opération du 24 octobre 2011), ni 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). Il n'est donc pas non plus possible de confirmer, par un jugement partiel, tout ou partie des trois quarts de rente AI octroyés par la décision attaquée, de juin 2011 à janvier 2012.

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, il se justifie d'admettre le recours, d'annuler la décision querellée du 20 avril 2016 et de renvoyer le dossier à l'Office AI pour qu'il rende, après instruction complémentaire, une nouvelle décision fixant et motivant l'éventuel droit à des prestations de la recourante et ses possibles fluctuations. Au cas particulier, le renvoi de la cause à l'intimé, du reste requis dans les conclusions subsidiaires du recours, se justifie pleinement dès lors que la décision litigieuse n'est fondée sur aucune expertise au sens de l'art. 44 LPGA et qu'au surplus, des points litigieux, notamment sur le plan médical, n'ont pas été investigués en procédure administrative (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4). Un tel renvoi se justifie aussi du fait que l'objet de la contestation après renvoi n'est plus limité à la date de la décision attaquée annulée; l'Office AI devra aussi tenir compte de l'évolution récente. Comme la recourante a maintenu son recours du 23 mai 2016 en dépit des risques inhérents à un jugement cassatoire, dont elle avait été avertie par ordonnance du 4 avril 2017, l'intimé pourra librement revoir toute la période faisant l'objet de la contestation.

A cette fin, il appartient à l'intimé d'organiser une instruction médicale globale (volets somatique, y compris d'éventuels troubles non pris en compte par l'assurance-accidents, et psychique), bi- ou pluridisciplinaire, après actualisation des rapports des médecins traitants. Ce faisant, l'Office AI veillera à clarifier les incertitudes et les contradictions affectant les avis médicaux actuels et à prendre en considération toute la période couverte par l'objet de la contestation (avec les fluctuations qui ont pu y intervenir). Il

conviendra aussi de réunir les renseignements nécessaires à la détermination de l'exigibilité de la capacité de travail résiduelle. Muni d'une telle appréciation médico-théorique fiable, l'Office AI procédera à son évaluation de l'exigibilité (le cas échéant, dans l'hypothèse de troubles psychosomatiques, selon les critères de l'ATF 141 V 281). Sur cette base, il pourra alors procéder au calcul de l'invalidité. Il lui incombera de vérifier (et justifier) la compatibilité du statut mixte choisi (même s'il n'est pas contesté) avec la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme (arrêt Di Trizio c. Suisse du 2 février 2016; requête n° 7186/09), voire d'examiner si la situation de la recourante ne s'apparente pas à celle d'une personne assurée à considérer comme exerçant une activité à temps partiel sans travaux habituels (ATF 142 V 290 c. 6 à 8; TF 9C_615/2016 du 21 mars 2017 c. 5). Il procédera alors au calcul de l'invalidité (pondérée, voire plafonnée) selon les résultats de son administration de preuve complémentaire. Si le statut mixte est confirmé, l'absence de variation du taux des empêchements dans les tâches ménagères en dépit de fortes variations de celui de la capacité de travail, ainsi qu'admise par les résultats des enquêtes actuelles, mériterait d'être étayée.

6.2 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).

6.3 La recourante obtenant gain de cause dans la présente procédure (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2) et étant représentée en justice, elle a droit au remboursement de ses dépens dans la mesure fixée par le tribunal (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Par rapport aux deux notes des 9 août 2016 et 11 mai 2017, les honoraires des deux mandataires successifs de la recourante, requis à hauteur de Fr. 4'770.90 et Fr. 899.10, pour 21 heures de travail, doivent être réduits et taxés à Fr. 3'578.20 et Fr. 674.30, compte tenu de la nature du litige et de la pratique du Tribunal dans des cas semblables, les démarches supplémentaires inhérentes au changement de mandataire ne pouvant notamment pas être prises en compte. A ces honoraires s'ajoutent des débours par Fr. 109.30 et Fr. 27.60 et la TVA sur les honoraires et débours du deuxième avocat, seul affilié (voir aussi les art. 41 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]). Au total, l'intimé s'acquittera donc de dépens de Fr. 4'445.55 (honoraires de Fr. 4'252.50, débours de Fr. 136.90 et TVA de Fr. 56.15), à savoir Fr. 3'687.50 pour le premier mandataire (honoraires de Fr. 3'578.20 et débours de Fr. 109.30) et Fr. 758.05 pour le deuxième mandataire (honoraires de Fr. 674.30, débours de Fr. 27.60 et TVA de Fr. 56.15).

6.4 Vu l'issue de la procédure, l'octroi (formel) de l'assistance judiciaire, statué le 4 avril 2017, reste sans effet.

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. 4'445.55 (débours et TVA compris), à savoir Fr. 3'687.50 (débours compris) pour le premier mandataire et Fr. 758.05 (débours et TVA compris) pour le deuxième mandataire, à titre de dépens pour la procédure judiciaire.

4. 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).