

200.2017.631.AI
N° AVS
ANP/REN

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

Jugement du 22 mars 2019

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
P. Annen-Etique, 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 9 juin 2017



En fait:

A.

A. _____, née en 1960, remariée et maman de deux enfants issus d'une précédente union (nés en 1981 et 1985), a émigré au début 1990 en Suisse où elle réside depuis lors, excepté un séjour d'août 2003 à février 2005 dans son pays d'origine. Active dans ce dernier comme couturière, elle a essentiellement travaillé en Suisse auprès de homes avant de se former en tant qu'esthéticienne (1996 à 1997; voir dossier AI [dos. AI] 61.1/6). A compter de 1999, elle a exercé en qualité de thérapeute indépendante (massages, drainages lymphatiques, réflexologie). La présence d'une polypose colique et d'un ampullome constatée chez elle en août 2012 a nécessité la résection endoscopique d'un adénome le 18 décembre 2012, ainsi qu'une colectomie totale en date du 21 janvier 2013 auprès d'un centre hospitalier universitaire (CHU). Une nouvelle polypectomie endoscopique pratiquée le 30 juillet 2013 suite à une récurrence de l'ampullome a provoqué chez l'assurée une hémorragie digestive prise en charge dans un centre hospitalier régional.

Début novembre 2013, l'intéressée a sollicité l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité (AI) motivée par ses problématiques digestives.

B.

A réception de cette demande AI (datée du 1^{er} novembre 2013), l'Office AI Berne s'est enquis de la situation médicale de l'assurée auprès de son gastroentérologue et de son généraliste traitant (données régulièrement actualisées par la suite). Par le biais de l'assurance perte de gain en cas de maladie de l'intéressée, il a en outre pris connaissance de nouvelles polypectomies par endoscopie et chirurgie respectivement pratiquées les 13 janvier et 12 mai 2014 suite à une récurrence d'adénomes, ainsi que d'une consultation en urgence hospitalière le 7 août 2014 pour des douleurs abdominales. Sur recommandation de son service médical régional (SMR), l'Office AI a mandaté un centre d'expertise médicale (CEM; en l'espèce le

CEM C._____ à D._____) en vue d'une expertise bidisciplinaire (rapport y relatif du 22 juin 2015 et son complément du 4 janvier 2016). Entretemps, l'assurée a été soumise à une enquête pour activité professionnelle indépendante (rapport d'enquête du 2 octobre 2014, actualisé le 8 juillet 2015). Du 31 mai au 20 juin 2016, elle a été hospitalisée en raison de problèmes psychiques. Après due (troisième) préorientation (succédant à deux préavis annulés dans l'intervalle), l'Office AI Berne a rendu le 9 juin 2017 une décision accordant à l'intéressée une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mai 2014 au 30 juin 2015.

C.

En date du 4 juillet 2017, l'assurée, représentée par une mandataire qui l'assistait déjà en procédure de (deuxième et troisième) préorientation, a contesté cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite des frais et dépens, elle conclut à l'annulation de cette décision dans la mesure où l'octroi de la demi-rente est limité au 30 juin 2015, à ce qu'il soit dit et jugé qu'elle peut continuer à percevoir une rente d'invalidité ainsi qu'au renvoi du dossier à l'Office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans sa réponse du 18 août 2017 au recours, l'office précité a conclu au rejet du recours, respectivement à ce que les frais de procédure soient mis à la charge de la recourante et à ce que cette dernière ne puisse prétendre à des dépens. La mandataire de l'assurée a transmis le 8 septembre 2017 sa note d'honoraires au Tribunal pour fixation. Un nouvel échange de courriers portant sur la durée prévisible de la procédure a eu lieu entre la recourante et le Tribunal courant novembre 2018.

En droit:

1.

1.1 La décision du 9 juin 2017 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et octroie à l'assurée une demi-rente d'invalidité limitée à la période du 1^{er} mai 2014 au 30 juin 2015. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et l'octroi d'une rente continue d'invalidité, respectivement sur le renvoi de la cause à l'intimé en vue d'une instruction complémentaire et nouvelle décision. A ce stade, il faut préciser que l'octroi de la demi-rente du 1^{er} mai 2014 au 30 juin 2015, même s'il n'est pas contesté, n'est pas formellement entré en force. En effet, l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige et le pouvoir d'examen du juge s'étend, sous réserve du respect du droit d'être entendu, aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 131 V 164 c. 2.2, 125 V 413 c. 2; VSI 2001 p. 274 c. 1a).

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

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

2.

2.1 D'un point de vue formel, l'assurée fait grief à l'intimé d'avoir rendu sa décision "sans répondre aux arguments soulevés dans les objections".

2.2 Le droit d'être entendu est à la fois une institution servant à l'instruction de la cause et une faculté de la partie, en rapport avec sa personnalité, de participer au prononcé de décisions qui lèsent sa situation juridique. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., en particulier le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui d'obtenir qu'il soit donné suite à son offre de preuves pertinentes, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 143 V 71 c. 4.1). Les décisions doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties (art. 49 al. 3 LPGA). L'obligation de motiver représente une part importante du droit d'être entendu au sens de l'art. 29 al. 2 Cst. Elle doit empêcher que l'autorité se laisse guider par des motifs partiels et permettre le cas échéant aux intéressés de contester la décision de façon adéquate. Cela n'est possible que si la personne concernée et l'autorité de recours peuvent se faire une idée de la portée de la décision. En ce sens, les réflexions qui ont guidé l'autorité et sur lesquelles se fonde la décision doivent au moins être brièvement mentionnées. Il n'est toutefois pas nécessaire que tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties soient expressément exposés et discutés. Il suffit plutôt que les points importants en vue du jugement figurent dans la décision (ATF 136 I 229 c. 5.2, 124 V 180 c. 1a; SVR 2017 KV n° 6 c. 5).

2.3 Dans sa décision contestée, l'Office AI a exposé le résultat de ses constatations suite à l'examen des pièces médicales additionnelles produites dans le cadre des objections formulées les 10 février et 4 avril 2017 contre sa préorientation du 9 janvier 2017. Pour l'essentiel, il réfute que les rapports des médecins traitants produits à l'appui des griefs de l'assurée puissent receler des éléments nouveaux de nature à affaiblir la portée des conclusions du CEM. Pour étayer sa prise de position, l'office intimé restitue (et traduit) le contenu du dernier rapport du 18 avril 2017 de

son SMR. Il ressort de cet avis médical que les objections des 10 février et 4 avril 2017 ne contiennent pas de constatations objectives susceptibles de confirmer l'incapacité de travail d'au moins 70% postulée par les généraliste et gastroentérologue traitants, respectivement le fait que l'incapacité de travail résiduelle de 40% attestée par le psychiatre de la recourante n'est pas non plus expliquée. Le même service médical en infère que l'estimation de la capacité de travail par les médecins traitants se base essentiellement sur les indications subjectives de l'assurée. N'en contredise l'intéressée (recours art. 3 p. 9), cette motivation du SMR, certes succincte, s'avérait néanmoins suffisante pour lui permettre de se faire une idée quant à la portée de la décision rendue à son encontre. Comme déjà relevé (c. 2.2 supra), il n'est pas nécessaire en effet que tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties soient expressément exposés et discutés par l'autorité. Or, eu égard aux éléments de motivation rappelés ci-dessus, on saisit ici immédiatement les considérations qui ont amené l'intimé à préférer aux estimations des médecins traitants relatives à la capacité résiduelle de travail celles émanant des experts du CEM. Le contenu relativement détaillé du mémoire de recours confirme du reste que l'assurée a été en mesure de contester de façon adéquate la décision, ce d'autant qu'elle était assistée à cet effet par une avocate.

Le droit d'être entendue de la recourante n'a donc pas été violé et ce grief doit être écarté.

3.

3.1 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).

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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]).

Aux termes de l'art. 29 al. 1 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^{ème} anniversaire de l'assuré.

3.2 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). 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). Aussi, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

3.3 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1). Il incombe tout d'abord au médecin (expert) d'évaluer l'état de santé et, si nécessaire, de décrire son évolution dans le temps, c'est-à-dire de réunir les résultats des investigations en procédant à un examen médical selon les règles de l'art, en tenant compte des plaintes subjectives, puis de poser

un diagnostic en se fondant sur ces résultats. En cela, l'expert accomplit sa tâche spécifique, pour laquelle l'administration et les tribunaux ne sont pas compétents (ATF 140 V 193 c. 3.2; SVR 2017 IV n° 75 c. 4.1.1). 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 (cf. art. 16 LPGA).

3.4 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 preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 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 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

4.

4.1 Pour rendre sa décision contestée, l'Office AI s'est appuyé sur le rapport d'expertise du CEM du 22 juin 2015 et son complément du 4 janvier 2016, respectivement sur les (dernières) prises de position du SMR ainsi que de son service des enquêtes. En substance, il considère que le SMR a exposé "de façon compréhensible et convaincante", dans son rapport du 28 septembre 2016, les raisons pour lesquelles le profil d'exigibilité défini par le CEM peut être pris en considération. Selon le même office, les

estimations divergentes de la capacité de travail par les médecins traitants ne se basent pas sur des constatations objectives et sont de plus incompatibles avec les ressources personnelles décrites dans la vie quotidienne de la recourante. En conséquence, l'intimé se fie à l'appréciation du CEM et retient que cette dernière a été restreinte dès le 1^{er} novembre 2012 à 50% dans sa capacité de travail, mais qu'elle est en mesure de travailler à 70% depuis le 1^{er} avril 2015. En comparant en pourcentage les revenus avec et sans handicap dans l'activité indépendante qu'il estime idéalement adaptée aux restrictions encourues, il fixe un droit à une demi-rente d'invalidité limité à la période du 1^{er} mai 2014 (à savoir six mois après le dépôt de la demande en novembre 2013; c. 3.1 supra) au 30 juin 2015 (soit trois mois après l'amélioration durable de la capacité de travail constatée début avril 2015; voir c. 3.2 supra).

La recourante fait grief à l'Office AI de ne pas avoir procédé à une appréciation complète des preuves à disposition par le fait que ce dernier aurait écarté au profit de l'expertise bidisciplinaire du CEM les avis émanant de ses médecins traitants. Elle considère que ces dernières appréciations médicales dénotent pourtant une connaissance approfondie du dossier et recensent des données faisant défaut à l'expertise, en particulier au plan gastroentérologique où ladite expertise ne mentionnerait pas les dernières interventions endoscopique et chirurgicale subies en janvier et avril 2014, ni les répercussions qui en découlent du point de vue de la capacité de travail. L'assurée improvise également le fait que le SMR, après avoir émis des critiques à leur encontre, se soit finalement rallié aux conclusions du CEM suite à leur complément du 4 janvier 2016. Elle estime que "cette façon de faire est arbitraire" et que les doutes qui subsistent quant à ses plaintes requièrent une instruction complémentaire. Au surplus, elle nie l'exigibilité d'une capacité de travail de 70%, même dans son activité d'indépendante.

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

4.2.1 Le gastroentérologue traitant a initialement fait état d'une polypose recto-colite d'origine génétique diagnostiquée le 8 août 2012 ainsi que

d'adénomes duodénaux et de la papille constatés durant le même mois et ayant nécessité leur résection le 18 décembre 2012, puis une colectomie totale et une anastomose iléo-rectale en date du 21 janvier 2013. Ce diagnostic a été par la suite complété sur le vu de l'évolution de la pathologie et du suivi de l'assurée en milieu spécialisé hospitalier ayant mené à une nouvelle polypectomie endoscopique le 30 juillet 2013 après récurrence de l'ampullome, à un traitement hospitalier du 1^{er} au 5 août 2013 en raison d'un saignement digestif consécutif à cette intervention, à la résection partielle par endoscopie d'un adénome tubuleux le 13 janvier 2014, à une duodénectomie et une résection chirurgicale de polypes du duodénum le 12 mai 2014 ainsi qu'à une consultation en urgence hospitalière le 7 août 2014 pour des douleurs abdominales épigastriques (dos. int. 9/2 à 5; 22/1; 25/1; 40/5-6, 9-22, 32-38; 45/2-5; 47.2/1-2, 4-9; 90/3; 93/1-5; 94/1; 96/1-5; 106/4-5). Le généraliste traitant a repris à son compte ces diagnostics spécialisés (en initiant, au plan somatique encore, d'autres investigations en lien avec un kyste simple hémorragique de la thyroïde) et a régulièrement rendu compte, également à la demande de l'assurée, de l'évolution au plan gastroentérologique (irrégularité du transit intestinal, urgences défécatoires, douleurs abdominales, fatigabilité, variations du poids). Au surplus, il a constaté la présence de symptômes dépressifs et anxieux réactionnels améliorés à fin 2013/début 2014 sous traitement antidépresseur (Saroten), mais qui auraient persisté après l'abandon de la médication mal supportée par la patiente (pour tout ce qui précède: dos. AI 13.2/1-7; 17/1-6, 34/1-4; 40/1-3, 7-8, 23-31; 47.2/3; 83/6-7; 106/2-3). Sur les conseils de son généraliste, l'assurée a effectué du 31 mai au 20 juin 2016 un séjour en clinique de réadaptation psychosomatique. Le médecin psychiatre continuant à suivre la recourante depuis ce séjour hospitalier a diagnostiqué un épisode dépressif moyen en rémission partielle (CIM-10 F32.1) et a ultérieurement émis, le 29 mars 2017, un pronostic défavorable motivé par l'inefficacité du traitement antidépresseur instauré (Cymbalta) ainsi que par la présence d'une importante comorbidité (polypose colique héréditaire familiale; dos. AI 89/2-3; 106/6).

S'agissant des répercussions fonctionnelles des atteintes, le généraliste traitant a, dans son rapport du 27 novembre 2013, attesté à l'attention de

l'AI une incapacité de travail à 100% du 26 octobre 2012 au 30 avril 2013, à 80% du 1^{er} mai au 30 mai 2013, à 50% du 1^{er} au 30 juin 2013, à 100% du 1^{er} juillet au 13 août 2013, à 80% du 13 au 31 août 2013, à 70% du 1^{er} au 30 septembre 2013, à 60% du 1^{er} au 31 octobre 2013 et à 50% à partir du 1^{er} novembre 2013. Dans un rapport AI intermédiaire du 31 mars 2014, il a indiqué que l'état de santé de sa patiente s'était amélioré et a confirmé l'incapacité de travail de 50% en cours depuis novembre 2013, avant d'attester le 24 octobre 2014 une nouvelle péjoration médicale et une incapacité de travail à 100% du 12 mai au 30 septembre 2014 ainsi qu'à 75% à partir du 1^{er} octobre 2014. Le 29 mars 2016, le même médecin a indiqué à la mandataire de l'assurée que le taux d'incapacité de travail s'élevait "encore actuellement" à 60%, puis a mentionné dans un nouveau certificat du 30 mars 2017 que celui-ci était désormais de 70% au moins si l'on tenait compte tant de l'affection organique que de l'atteinte psychiatrique. Pour sa part, le gastroentérologue traitant, renvoyant pour l'essentiel aux arrêts de travail précités (voir également à ce sujet: c. 5.2 infra), a indiqué en date du 8 septembre 2016 à l'intimé qu'il lui apparaissait correct d'exiger de l'assurée une capacité de travail de 50% au plan digestif, sous réserve d'autres comorbidités. S'adressant le 29 mars 2017 au généraliste traitant, il a estimé impossible, ou pour le moins difficile, que sa patiente puisse retravailler à davantage que 30%, respectivement d'envisager une reconversion professionnelle. Le CHU et le centre hospitalier régional qui ont pris en charge l'intéressée courant 2012, 2013 et 2014 ne se sont quant à eux pas prononcés sur la capacité résiduelle de travail offerte. Le psychiatre traitant a pour sa part attesté à l'assurée une incapacité de travail de 40% dès son admission le 31 mai 2016 en clinique et a motivé ce taux par un manque d'énergie, une diminution de la capacité de résistance au stress, une fatigabilité, ainsi que des difficultés de concentration et d'attention.

4.2.2 Le rapport d'expertise global rendu le 22 juin 2015 par le CEM synthétise le résultat d'examens spécialisés bidisciplinaires.

Au plan psychiatrique d'abord, il en ressort que la recourante présente des réactions psychiques minimales sous forme d'un trouble de l'adaptation et que ce diagnostic a été posé sur la base des plaintes rapportées à

l'anamnèse. L'expert psychiatre qualifie ce trouble d'interdépendant de l'affection organique, en ce sens qu'une résorption de cette dernière entraînerait également celle de la problématique psychique adaptative. Il exclut toute incapacité de travail sur ce dernier plan médical et étaye ce résultat par les ressources personnelles que la recourante a su démontrer, ainsi que par le maintien des contacts sociaux (voir dans le détail: c. 5.1 infra). Sous l'angle somatique ensuite, l'expert gastroentérologue explicite que la colectomie totale a été pratiquée en raison des multiples polypes présents dans le colon et du risque alors très élevé que l'assurée développe un cancer. Il indique que l'apparition d'autres polypes à la papille duodénale tels que ceux déjà réséqués ne peut être exclue et qu'il en va de même dans l'intestin grêle. Il considère que la capacité résiduelle de travail est réduite de 30% du fait que la recourante doit pouvoir interrompre à tout moment son activité pour se rendre aux toilettes et qu'elle ne peut par ailleurs porter de lourdes charges. Selon les précisions de ce médecin, l'incapacité de travail initiale entière consécutive à l'intervention de janvier 2013 s'est progressivement améliorée au cours des cinq mois qui ont suivi, respectivement jusqu'à la capacité résiduelle de travail attestée à son examen clinique d'avril 2015 (dos. AI 61.1/9-10).

Dans leur synthèse diagnostique, les experts du CEM retiennent la présence, avec influence sur la capacité de travail, d'une polypose colique (CIM-10 D12.6, K91.4) associée aux mutations du gène MUTYH, à un status après une colectomie totale avec anastomose iléo-rectale en janvier 2013, ainsi qu'à des adénomes tubulovilleux de la papille duodénale avec multiples résections endoscopiques et ouvertes. Ils dénie en revanche toute influence sur la capacité de travail au trouble de l'adaptation, avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions (CIM-10 F43.23), ainsi qu'à la gastrite hélicobacter positive (CIM-10 K29.5; dos. AI 61.1/10-11). D'un point de vue bidisciplinaire, ils considèrent que l'assurée dispose d'une capacité de travail et de rendement de 70% dans une activité légère à moyennement lourde, telle son activité indépendante permettant de se rendre en tout temps aux toilettes. Ils précisent que ce pensum pourrait être mis en œuvre dans le cadre d'un emploi à 100% respectant un besoin accru de pauses de 10 à 15 minutes en moyenne par heure ainsi qu'un rendement légèrement réduit. De leur avis, cette estimation est réalisée

avec certitude depuis avril 2015 et ils admettent, rétrospectivement, une incapacité de travail entière de novembre 2012 à avril 2013, à 80% de mai à août 2013, à 70% en septembre 2013, à 60% en octobre 2013 et à 50% à partir de novembre 2013. Ils postulent ensuite une amélioration médicale constante jusqu'à leurs investigations d'avril 2015 et, faute de pouvoir dater avec exactitude celle-ci, arrêtent à avril 2015 la capacité de travail de 70% durablement recouvrée dans un emploi adapté. A l'appui de leur complément d'expertise du 4 janvier 2016, les experts précisent en outre que la situation clinique et les plaintes de la patiente sont typiques d'un status après colectomie. De leur avis encore, l'estimation de la capacité de travail ne peut être qu'approximative dans ce type de maladies et relève avant tout de l'expérience des gastroentérologues.

4.2.3 Un médecin spécialisé en médecine interne du SMR a diagnostiqué, avec répercussions sur la capacité de travail, des polypes multiples dans le colon révélés dès août 2012 par une coloscopie/gastro-duodéno-scopie, moyennant récapitulation des divers stades cliniques mis en évidence par ses confrères (c. 4.2.1 et 4.2.2 supra), un trouble dépressif réactionnel associé à des attaques de panique, de même que des difficultés psychosociales présumées (fils dépendant des drogues). Il a attesté initialement, le 17 mars 2014, une capacité de travail à 50% dans l'activité indépendante idéalement adaptée, selon lui, au handicap, en indiquant qu'il s'attendait à une amélioration à terme de ce pensum jusqu'à atteindre une possible normalisation de la situation. Le même médecin a confirmé ces exigibilités courant mai 2014 et s'est à cette époque-là rallié aux prévisions du généraliste traitant qui considérait que ces aptitudes résiduelles dépendraient de la fatigue et de l'évolution de la maladie intestinale. Le SMR proposait alors l'examen de la rente sur la base d'une capacité de travail à 50% et une révision du droit d'ici un an. A fin 2014, le médecin interniste du SMR a recommandé de procéder à un examen bidisciplinaire, puis s'est prononcé le 2 octobre 2015 sur son résultat. Faute de griefs à son encontre, il s'est limité à soumettre le volet psychiatrique de l'expertise à un psychiatre du SMR, lequel a attesté, sur dossier, de son entière valeur probante. Au plan gastroentérologique, le médecin somaticien du SMR a déploré l'absence dans l'expertise de données anamnestiques portant sur divers aspects, ainsi qu'en lien avec le status

clinique. D'après lui encore, il était difficile de comprendre comment le CEM parvenait à fixer entre 10 à 15 minutes par heure le besoin de pause toilettes, ce d'autant plus que les 5 à 7 pauses invoquées à cette fin par la recourante ne tombent pas nécessairement toutes durant le travail. Le même médecin a en outre fait grief au CEM de ne pas avoir examiné si l'irrégularité des selles pouvait être traitée par des mesures diététiques ou médicamenteuses, ni non plus si des carences alimentaires pouvaient expliquer la fatigue et la réduction subjective du rendement.

En date du 4 juillet 2016, postérieurement au complément d'expertise du 4 janvier 2016 du CEM, le médecin interniste du SMR a estimé que l'expertise gastroentérologique était relativement succincte et que l'estimation de l'incapacité de travail pouvait être correcte, même si l'on ne comprenait pas le temps élevé retenu pour les passages aux toilettes et si les plaintes de l'assurée n'étaient pas abordées sous l'angle du rendement. Il a posé en fait que l'évolution après colectomie, l'absence d'une sous-pondération et le déroulement des activités quotidiennes allaient plutôt à l'encontre d'une restriction importante de la capacité de travail. Ce médecin a de plus souligné qu'une endoscopie de contrôle avait permis d'exclure une sténose (présumée auparavant) dans la région de l'anastomose iléo-rectale. A réception des données complémentaires requises par ses soins auprès de médecins traitants, il a recommandé en date des 28 septembre 2016 et 18 avril 2017 de se rallier aux exigibilités médicales définies par le CEM.

5.

5.1 Dès l'abord l'on relèvera que les parties ne s'en prennent elles-mêmes pas, à tout le moins directement, aux conclusions de l'expert psychiatre du CEM. Dans ses lettre et certificat des 29 mars 2016 et 30 mars 2017 étayant les objections à l'encontre des deuxième et troisième préavis, le généraliste traitant a néanmoins émis plusieurs réserves à l'encontre de cette évaluation spécialisée. Pour l'essentiel, il critique le fait que l'expert psychiatre du CEM retienne au premier plan une incapacité de travail d'origine gastro-intestinale et ne reconnaisse aucune portée invalidante au trouble de l'adaptation diagnostiqué. Le généraliste traitant estime pour sa part que cette affection psychique se répercute sur la

capacité de travail et contribue avec les problèmes organiques à limiter à hauteur de 60% cette dernière. Pour autant, dans son rapport du 29 mars 2016, il souligne, lui aussi, que "le problème principal" de l'assurée consiste "dans l'impossibilité de régler son transit intestinal", ce qui lui occasionne des urgences défécatoires et une fatigabilité l'obligeant à se coucher très régulièrement afin de récupérer. Dans son premier rapport AI, il indiquait en outre d'emblée un état dépressif "réactif" de même que "post-opératoire" et, dans ses certificats médicaux à l'attention de l'assurance perte de gain, il n'a diagnostiqué qu'à une seule reprise, courant octobre 2012, un trouble de l'adaptation influençant négativement la capacité de travail (dos. AI 13.2/1-7; 17/1 ch. 1.1; 47.2/1-5). Sur le vu de ses propres indications cliniques, le généraliste traitant ne semble ainsi pas davantage reconnaître que l'expert du CEM l'existence d'un trouble psychique de portée autonome ayant valeur de maladie. Quoi qu'il en soit cependant, le généraliste de l'assurée ne dispose de toute façon pas d'une spécialisation en psychiatrie propre à ébranler les conclusions elles-mêmes dûment spécialisées du CEM. Quant au psychiatre traitant, son estimation d'une capacité de travail à 60% depuis l'hospitalisation du 31 mai 2016 dans son service n'apparaît pas autrement étayée que par les limitations fonctionnelles décrites par sa patiente. Qui plus est, sans avoir procédé aux vérifications d'ordre biologique requises, il admet comme prémisse à ses dernières conclusions du 29 mars 2017 que le traitement antidépresseur introduit (Cymbalta) n'a pas permis d'améliorer les limitations fonctionnelles encourues (dos. AI 106/6). Tests de laboratoire à l'appui, les médecins du CEM avaient cependant déjà constaté courant avril 2015 la mauvaise compliance au traitement antidépresseur antérieurement prescrit (Citalopram) et ce, alors même que la recourante leur avait indiqué se sentir plus apaisée grâce à cette médication en regard de son instabilité psychique élevée avec nervosité accrue, tensions et irritabilité consécutive à la première opération intestinale (dos. AI 61.1/8 et 10). Or, si l'assurée estimait elle-même déjà retirer de tels bénéfices d'un dosage antidépresseur insuffisant, il n'est pas déraisonnable de penser que son trouble psychique n'a jamais revêtu l'importance que son psychiatre traitant lui reconnaît depuis la prise en charge hospitalière à fin mai 2016. Ce constat s'impose d'autant plus que ce même médecin ne fait état d'aucun élément de péjoration médicale objective depuis l'expertise du CEM et que l'importante comorbidité qu'il

mentionne dans son dernier rapport du 29 mars 2017 se réfère à la seule polypose colique héréditaire familiale.

A l'inverse, le volet psychiatrique de l'expertise du CEM offre toutes les garanties requises pour se voir reconnaître entière valeur probante. L'expert mandaté a qualifié les symptômes psychiques décrits par la patiente de réactionnels à la problématique intestinale et a nié l'existence d'une maladie psychique autonome. Or, cette conclusion s'appuie sur des éléments à la fois factuels et cliniques tangibles. Ainsi que le souligne tout d'abord le psychiatre du CEM, la recourante n'a elle-même pas invoqué de symptômes dépressifs lors de son examen et lui a confié n'être empêchée qu'en raison de ses limitations physiques de retravailler. Ce spécialiste n'a pas non plus décelé de symptômes de cet ordre à son examen objectif, observant au contraire chez l'assurée un état affectif équilibré avec pouvoir de modulation des affects ainsi qu'une communication fluide. Ainsi qu'il le relève, l'assurée a en outre témoigné par le récit de sa vie quotidienne des nombreuses ressources personnelles dont elle dispose par le fait, notamment, qu'elle parvient à travailler dans son jardin, à retranscrire par écrit ses pensées existentielles, à pratiquer le Thai Chi et la méditation, à lire des ouvrages sur des thèmes psychologiques ainsi qu'à se rendre parfois au théâtre. L'expert souligne de plus que l'intéressée n'est pas isolée socialement, à mesure qu'elle entretient des contacts avec ses deux enfants (rendant notamment régulièrement visite à son fils alors en prison), une nièce et deux à trois amies, et qu'elle a également été en mesure de se rendre en janvier 2015 pour six semaines dans son pays d'origine, en Amérique du Sud (dos. AI 61.1/8). A n'en pas douter, ces données extraites du contexte psychosocial ainsi que les observations de l'expert psychiatre du CEM contribuent à livrer une estimation aussi éprouvée que possible de la capacité résiduelle de travail offerte à la recourante. Un spécialiste en psychiatrie du SMR a du reste confirmé, sur dossier, l'entière valeur probante de ces conclusions spécialisées (c. 4.2.3 supra). Un médecin du SMR, certes non psychiatre mais tout de même spécialisé en médecine physique et psychosomatique, a lui-même au surplus réfuté, également sur dossier, l'appréciation du psychiatre traitant au motif que l'évolution clinique observée chez l'assurée évoquait davantage des facteurs psychologiques et de comportement (CIM-10 F54) associés à une maladie corporelle de

base. Ce médecin psychosomaticien a qui plus est précisé que des troubles affectifs légers tels ceux évoqués lors du séjour en clinique en faisaient partie (par ex. soucis, conflits émotionnels, facteurs du contexte social) et ne concordaient pas avec un épisode dépressif au sens étroit (dos. AI 98/4).

5.2 S'agissant du volet somatique de l'expertise du CEM du 22 juin 2015, le contexte médical apparaît suffisamment circonscrit par rapport aux observations cliniques et aux données anamnestiques prises en compte. Comme le souligne l'expert gastroentérologue du CEM, la situation de l'assurée est du reste bien documentée au dossier de la cause (dos. AI 61.1/11). N'en contredise le SMR (dos. AI 69/2-4, 85/2-3), peu importe à cet égard que ce spécialiste n'ait pas détaillé l'ensemble des plaintes de la patiente, ni orienté son examen sur certains paramètres du status clinique (palpation rectale, auscultation de l'abdomen, examens de laboratoire du pancréas, données relatives aux électrolytes, sonographie abdominale) ou en lien avec l'anamnèse (répartition des selles sur 24 heures, nature de celles-ci et urgences défécatoires, flatulences et odeurs, temps requis pour l'hygiène après défécation, état périnéal de la peau, cause de la perte de poids, quantités à ingurgiter et répartition des repas, douleurs abdominales et médication). Comme l'explique de manière convaincante ce médecin dans son complément d'expertise du 4 janvier 2016, des données davantage détaillées au plan anamnestique ou clinique ne seraient d'aucun intérêt pour l'estimation de la capacité de travail qui dépend avant tout, pour ce type de maladies, de l'expérience des spécialistes. Tout au plus, ainsi que les explications du CEM permettent d'en accréditer la thèse, de telles données ne contribueraient qu'à livrer un semblant de contexte médical aussi bien exact qu'exhaustif et en adéquation illusoire avec le tableau clinique. L'expert illustre ses propos par le fait que certains paramètres sont strictement subjectifs, telle la fréquence des selles, et qu'une observation stationnaire, tributaire du jour, de la semaine et du mois, n'apporterait ainsi rien de plus. De son avis, il n'est d'aucune utilité non plus de savoir si les bruits intestinaux sont accentués ou réduits chez la patiente à un moment donné, ni de connaître le niveau des électrolytes (dos. AI 71/1-2). Dans ce contexte, l'on relèvera encore qu'une endoscopie

a permis d'écarter une sténose de l'anastomose iléo-rectale comme cause des crampes dans le bas-ventre de l'assurée (dos. AI 85/2).

Aucun indice concret ne permet non plus de douter de l'évaluation faite par l'expert gastroentérologue du CEM de la capacité résiduelle de travail. Certes, cette appréciation est formulée de manière plutôt concise et peut donner à penser que l'examen médical, ainsi que la recourante en a fait le reproche à l'expert, n'a pas duré plus de 30 minutes (dos. AI 66/4; 83/1;104/2). Le SMR a lui-même du reste jugé plausibles ces critiques de l'assurée (dos. AI 69/4; 85/2). Quoi qu'il en soit toutefois, la valeur probante d'une expertise médicale ne dépend pas de la durée de l'examen et il est avant tout déterminant que l'expertise soit complète au niveau du contenu, respectivement que son résultat apparaisse concluant (SVR 2017 IV n° 75 c. 4.3, 2016 IV n° 35 c. 3.2.2). Or, tel est bien le cas en l'occurrence puisque les conclusions sur lesquelles débouche l'expertise gastroentérologique font appel à l'expérience clinique du spécialiste mandaté et n'en apparaissent, ainsi, que davantage éprouvées et dignes de foi. Ce résultat s'impose ici de surcroît avec d'autant plus de force que la situation clinique décrite est considérée comme claire par l'expert et à tous égards symptomatique d'un status après colectomie (c. 4.2.2 supra). Pour le surplus, la capacité de travail à 70% attestée dès l'examen au CEM du 27 avril 2015 tient compte du fait que la situation de départ marquée par des diarrhées très fréquentes (30 par jour) s'est depuis lors améliorée grâce à un meilleur contrôle des selles (5 à 7 urgences défécatoires par jour). Cette estimation n'ignore pas non plus le bien-être général de la recourante lui aussi possiblement altéré par ces problèmes intestinaux (dos. AI 61.1/10 et 11). Les périodes initiales d'incapacité attestées par le généraliste traitant se recourent pour l'essentiel avec celles prises en compte par l'expert du CEM, excepté de mai à août 2013 où ce dernier atteste une incapacité de travail constante de 80% (c. 4.2.1 et 4.2.2 supra). La lente amélioration de la capacité de travail que ce spécialiste admet dès novembre 2013 jusqu'à son examen clinique d'avril 2015 s'éloigne en revanche des estimations du généraliste traitant, en particulier de la nouvelle péjoration médicale attestée par ce médecin suite à l'opération subie le 12 mai 2014 par sa patiente (c. 4.2.1 supra). A première vue, il peut certes apparaître contradictoire qu'une incapacité de travail seulement

partielle soit reconnue par le CEM durant le suivi post-opératoire de cette intervention de nature pourtant chirurgicale, et non seulement endoscopique. Ainsi qu'il en ressort du contenu de l'expertise, le spécialiste du CEM a cependant eu connaissance de l'ensemble des données relatives à cette opération et aux contrôles qui s'en sont suivis jusqu'à ses propres examens à fin avril 2015 (dos. AI 61.1/3, 4 et 9). D'autres éléments au dossier renforcent par ailleurs son appréciation, tel un rapport médical du 31 mars 2014 du généraliste qui, moins de 6 semaines avant l'intervention précitée, attestait encore une situation médicale améliorée et une capacité de travail constante de 50% depuis novembre 2013 (c. 4.2.1 supra; voir également dos. AI 61.1/3). L'on ne saurait enfin déprécier les bons résultats constatés après l'opération du 12 mai 2014 par les chirurgiens du CHU et le fait que la patiente a elle-même confirmé ces excellentes ressources adaptatives en se rendant au début 2015 pour plusieurs semaines dans son pays d'origine (dos. AI 61.1/8).

5.3 Cela étant, en considérant l'ensemble des sources médicales disponibles, il faut conclure que l'expertise bidisciplinaire du CEM s'avère claire, convaincante et complète. Elle répond aux critères posés par la jurisprudence (c. 3.3 et 3.4 supra) pour lui accorder une pleine valeur probante, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'entreprendre ou d'ordonner des investigations médicales supplémentaires qui n'apporteraient rien de nouveau au dossier déjà suffisamment instruit. Aucune des données médicales postérieures à l'expertise ne permet au surplus de douter de la pérennité de cette appréciation spécialisée jusqu'à la date de la décision contestée, ni encore moins de justifier une estimation de la capacité de travail divergente de celle retenue par les experts du CEM. Pour étayer sa dernière évaluation du 29 mars 2017 à 30% de la capacité résiduelle de travail par rapport à ses conclusions du 8 septembre 2016 en faveur d'une capacité de travail alors encore estimée à 50%, le gastroentérologue traitant s'est d'ailleurs principalement fondé, le 29 mars 2017, sur le fait que l'assurée avait perdu près de 20 kilos depuis sa dernière intervention (poids ayant passé de 87 kg à 69,5 kg selon un graphique du généraliste traitant produit fin mars 2017; dos. AI 96/1-5; 106/2-7). L'expert gastroentérologue du CEM est lui-même cependant parti d'un état de fait quasiment identique (poids de 70 kg) lorsqu'il a examiné l'assurée à fin avril 2015 (dos. AI

61.1/9). En réalité, ainsi que le souligne le SMR, l'estimation par les médecins traitants des aptitudes professionnelles est en grande partie influencée par les plaintes de l'assurée, en d'autres termes par des paramètres davantage subjectifs que médicaux. Qui plus est, rien au dossier ne permet de supposer que ces divergences d'appréciation entre médecins traitants et CEM s'expliquent autrement que par la relation de confiance développée par ces derniers avec leur patiente (ATF 125 V 351 c. 3b/cc) ainsi que par la nature différente du mandat qui les lie à celle-ci et du mandat d'expertise. A l'inverse, les experts du CEM ont quant à eux respecté le cadre normatif déterminant en tenant exclusivement compte de déficits fonctionnels découlant d'une atteinte à la santé (art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA) et, partant, ont livré une appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA; ATF 141 V 281 c. 5.2.2). Le SMR s'est du reste rallié à cette appréciation à réception du complément d'expertise bidisciplinaire et des autres données médicales recueillies dans l'intervalle (procès-verbal de l'intervention du 12 mai 2014 et rapport de sortie d'hôpital du 5 juin 2014; c. 4.2.3 supra). De surcroît et à raison, ce même service a encore argumenté dans son rapport du 28 septembre 2016 que l'évolution après colectomie, l'absence d'une sous-pondération, les activités quotidiennes et la collaboration active et flexible de l'assurée dans les activités proposées durant son séjour en clinique allaient à l'encontre d'une restriction élevée de la capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir proche des toilettes (98/4-5; voir en ce sens déjà: dos. AI 85/2). Le propre psychiatre traitant a au demeurant lui aussi souligné la "grande capacité de résilience" de sa patiente (dos. AI 85/2). Au surplus, on ne saurait ignorer les possibles interactions entre les troubles observés chez cette dernière et l'environnement social, eu égard notamment au fait que l'assurée a dû remettre son entreprise à sa fille et gérer certains problèmes en lien avec son fils (incarcéré au moment de l'expertise du CEM). Or, de tels facteurs psychosociaux, s'ils peuvent à n'en pas douter influencer négativement les aptitudes professionnelles, demeurent étrangers à l'invalidité en tant que telle.

6.

Rien ne justifie au surplus que l'on s'écarte de l'évaluation de l'incapacité de gain faite par les organes de l'AI et en tout cas incontestée du point de vue de la méthodologie de calcul. A mesure que l'activité usuelle doit être considérée comme la plus adaptée aux handicaps de l'assurée (même si, dans son recours, cette dernière fait valoir que les interruptions occasionnées par les problèmes intestinaux entravent également son travail de thérapeute), il n'y a pas lieu de procéder à une comparaison de revenus hypothétiques chiffrés avec et sans invalidité et une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent s'avère suffisante. Dans ce cas, le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut à 100%, tandis que le revenu d'invalidité est estimé à un pourcentage plus bas - la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 c. 3a, 107 V 17 c. 2d, 104 V 135 c. 2b; SVR 2017 IV n° 70 c. 2.2). En l'espèce, le pourcentage à prendre en considération pour le revenu d'invalidité correspond à l'incapacité de travail déduite de l'appréciation des experts, probante (c. 4.2.2 et 5.3), puisque les revenus à comparer avec et sans invalidité procèdent des mêmes données salariales. L'incapacité médicale équivaut ici à l'exigibilité au sens de l'AI, car elle exprime non seulement un éventuel horaire réduit mais aussi une perte de rendement tenant compte des entraves pratiques dues au handicap. Un abattement supplémentaire, imputable à l'invalidité (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3), ne se justifie pas. Le revenu avec handicap a donc à juste titre été estimé à 50% dès le 1^{er} novembre 2013 et à 70% depuis le 1^{er} avril 2015, de sorte que la capacité de gain de la recourante suit les mêmes fluctuations de taux durant la période concernée. L'assurée avait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable au 1^{er} novembre 2013 (délai d'attente au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI). En tenant compte toutefois du délai de carence de six mois après le dépôt (tardif) en novembre 2013 de la demande de rente AI (art. 29 al. 1 LAI) et de la prise d'effet reportée de trois mois de l'amélioration médicale constatée début avril 2015 (art. 88a al. 1 RAI), il en résulte un droit à une demi-rente d'invalidité qui n'a pu naître que le 1^{er} mai 2014 et qui s'est éteint au 30 juin 2015 (c. 3.1 et 3.2 supra).

7.

En conséquence, le recours doit être rejeté.

7.1 La recourante n'obtenant pas gain de cause, les frais de la présente procédure, fixés à un émolument forfaitaire de Fr. 800.-, doivent être mis à sa charge (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais fournie.

7.2 Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la 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).