

200.2018.369.AI  
N° AVS  
NIG/REN

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

**Jugement du 2 décembre 2019**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
G. Niederer, greffier

**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 29 mars 2018



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1970, divorcée, mère de quatre enfants majeurs (plus à sa charge), sans formation certifiée, a été engagée en dernier lieu en qualité de sommelière à temps partiel (de 50% à 60%) du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2013. Dès avril 2013, une incapacité de travail à 100% lui a été attestée et elle a perçu des prestations de l'assureur-maladie perte de gain de son employeur jusqu'au 2 avril 2015, avant de bénéficier de l'assistance des services sociaux.

Dans le contexte de son incapacité de travail à 100% survenue en avril 2013 et suite à une communication (formulaire de détection précoce) de l'assureur-maladie perte de gain, adressée à l'Office AI Berne et datée du 22 juillet 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI) datée du 7 août 2013, en invoquant souffrir de maux de dos, de hernies et de dépression, ainsi que d'une personnalité borderline. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a recueilli le dossier de l'assureur-maladie perte de gain et sollicité des informations du dernier employeur, de même que des rapports médicaux des médecins et du psychiatre traitants. Il s'est également procuré des rapports des services psychiatriques d'un établissement hospitalier, d'une clinique de neurologie d'un hôpital universitaire et du service des urgences de ce même établissement. L'Office AI Berne a aussi obtenu les rapports d'expertises diligentées par l'assureur-maladie perte de gain et rédigés, l'un, par un spécialiste en rhumatologie et l'autre, par un spécialiste en psychiatrie/psychothérapie. Après avoir sollicité l'avis du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui a délivré ses conclusions le 24 août 2016, l'Office AI Berne, par l'intermédiaire de l'Office AI Fribourg (l'assurée ayant déménagé dans ce canton), a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage. Un rapport a été établi à cet effet le 20 décembre 2016 par l'Office AI Fribourg. Sur la base de celui-ci, le Service des enquêtes de l'Office AI Berne s'est ensuite prononcé le 11 janvier 2017. En se fondant sur ce document, l'Office AI Berne a alloué

à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> avril 2014 au 30 juin 2015 ainsi que du 1<sup>er</sup> août 2015 au 31 mars 2016, ce par décision du 29 mars 2018 confirmant une préorientation similaire notifiée le 23 mars 2017 nonobstant les objections formées par l'avocat de l'assurée le 11 mai 2017.

## **B.**

Par mémoire du 8 mai 2018, l'assurée, toujours représentée, a recouru contre la décision de l'intimé du 29 mars 2018 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en retenant les conclusions suivantes, sous suite de frais et dépens:

"Principalement:

1. Le recours est admis.
2. La décision rendue le 29 mars 2018 par l'assurance-invalidité fédérale est annulée, en ce sens que le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité est reconnu à la recourante.

Subsidiairement:

3. La décision est annulée le dossier étant renvoyé à l'autorité inférieure afin qu'elle ordonne une expertise indépendante."

A l'écrit était jointe une requête d'assistance judiciaire (et de désignation de l'avocat comme défenseur d'office) que la recourante a complétée le 30 mai 2018, à la demande du TA. Dans sa réponse du 13 juin 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours, dans la mesure de sa recevabilité. La recourante a répliqué le 25 juillet 2018, dans le délai qui lui a été imparti pour ce faire et a précisé sa deuxième conclusion comme suit:

- "2. La décision rendue le 29 mars 2018 par l'assurance-invalidité fédérale est annulée, soit réformée en ce sens que le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité est reconnu à la recourante, depuis le 1<sup>er</sup> avril 2014 et que cette rente ne s'éteint pas le 31 mars 2016."

Dans sa duplique du 15 août 2018, l'intimé a confirmé ses conclusions. Le mandataire de la recourante a produit sa note d'honoraires par envoi du 5 septembre 2018.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision du 29 mars 2018 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et alloue une rente entière d'invalidité à la recourante du 1<sup>er</sup> avril 2014 au 30 juin 2015 et du 1<sup>er</sup> août 2015 au 31 mars 2016. L'objet du litige porte, selon les conclusions de la réplique, sur l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mars 2016 (voir c. 5.1 ci-dessous) et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour la mise en œuvre d'une expertise indépendante. Sont particulièrement critiquées par la recourante la force probante des rapports du SMR et du Service des enquêtes de l'intimé, ainsi que l'instruction lacunaire du dossier sur le plan médical.

L'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité 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 (ATF 125 V 413; 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, représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; 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 Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

## **2.**

**2.1** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de l'existence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

**2.2** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré exerçant une activité lucrative aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale de comparaison des revenus; art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 c. 3.4.2, 128 V 29 c. 1). L'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative, dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une (art. 5 al. 1 LAI et art. 8 al. 3 LPGA), est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de l'empêchement d'accomplir leurs travaux habituels (méthode dite "spécifique" d'évaluation de l'invalidité; art. 28a al. 2 LAI; ATF 142 V 290 c. 4). 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. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là. 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 144 I 21 c. 2.1, 142 V 290 c. 4).

**2.3** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins (let. b et c). L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI).

**2.4** 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 LPG). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente. La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable. C'est notamment le cas d'une amélioration de la capacité de travail en raison de l'accoutumance ou de l'adaptation au handicap. Un motif de révision est, selon les circonstances, également donné lorsqu'une autre manière d'évaluer l'invalidité trouve application ou en cas d'évolution dans les travaux habituels (ATF 144 I 103 c. 2.1, 141 V 9 c. 2.3; SVR 2018 UV n° 22 c. 2.2.1). Un autre diagnostic ou la suppression d'un diagnostic ne représentent une aggravation, respectivement, une amélioration de l'état de santé propres à motiver une révision que si ces changements de circonstances touchent le droit à la rente (ATF 141 V 9 c. 5.2). 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]). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI).

**2.5** Lors de l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité échelonnée ou limitée dans le temps, les dispositions applicables à la révision s'appliquent par analogie (ATF 109 V 125 c. 4a; VSI 1998 p. 121 c. 1b). L'art. 88a RAI concerne, certes, la révision de rentes déjà en cours. Il doit cependant être appliqué aussi, par analogie, lorsque la modification du degré d'invalidité s'est produite avant la première décision de rente; il s'ensuit que la modification est alors simultanément prise en considération (ATF 125 V 413 c. 2d; RCC 1990 p. 543 c. 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 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). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (voir art. 16 LPGa).

**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 (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

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

### **3.**

**3.1** Dans la décision attaquée, l'intimé a retenu que la recourante a été en état d'incapacité de travail à 100% sans interruption depuis le 3 avril 2013. En renvoyant au rapport de son Service des enquêtes du 11 janvier 2017 (qualifié de partie intégrante de la décision et qui avait été annexé au préavis), l'intimé a considéré que, sans atteinte à la santé, la recourante aurait exercé une activité lucrative à 80% et se serait pour le reste consacrée à ses tâches ménagères. A l'appui de tableaux pondérant les taux d'incapacité de gain et d'empêchement dans les travaux ménagers à différentes dates, l'intimé a arrêté le taux d'invalidité de la recourante à 85% du 1<sup>er</sup> avril 2014 au 31 mars 2015, à 20% du 1<sup>er</sup> avril au 31 juillet 2015, à 85% du 1<sup>er</sup> août au 31 décembre 2015 et à 20% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Partant, il lui a alloué une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> avril 2014, mis fin à la rente à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015, reconnu un droit à la rente dès le 1<sup>er</sup> août 2015 et mis un terme à celle-ci le 1<sup>er</sup> avril 2016. L'intimé a précisé que la situation médicale a été discutée en détail par le SMR et que les objections de la recourante n'ont pas apporté d'élément nouveau. Dans sa réponse, il a invoqué l'irrecevabilité des conclusions du recours pour les périodes où une rente entière a été accordée. Il a argué du caractère complet de la décision, qui récapitule l'évolution de l'incapacité de travail en se référant au rapport du SMR mentionné dans le rapport d'enquête du 11 janvier 2017, ce dernier revêtant une force probante entière. L'intimé a également défendu la force probante du rapport du SMR et il a justifié l'absence d'examen personnel de la

recourante en expliquant que le contexte médical ressortait suffisamment du dossier. Il a réitéré que la recourante n'avait produit aucun nouvel élément médical depuis que ce document avait été établi. Il s'est, de plus, référé à l'opération de la jambe droite, pratiquée en avril 2018 et souligné que celle-ci est survenue après le prononcé litigieux. Il en a conclu que cette problématique devait faire l'objet d'une nouvelle demande, rappelant que le SMR a néanmoins tenu compte de la suspicion d'un syndrome des jambes sans repos et retenu qu'il n'impactait de toute manière pas la capacité de travail. Finalement, l'intimé a défendu la valeur probante de l'expertise psychiatrique du 25 juillet 2014 et indiqué qu'un examen des indicateurs standards prévus par la jurisprudence n'était pas nécessaire pour la période suivant le 1<sup>er</sup> septembre 2014, l'expertise concluant à une capacité de travail totale dès cette date. Il a en outre précisé que l'incapacité de travail pour des motifs psychiatriques était comprise dans celle relevant du domaine somatique qui a justifié l'octroi de la rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2014. Dans sa duplique, il a encore relativisé la valeur probante du rapport médical du 24 juillet 2018 produit avec la réplique, puisque ce dernier émanait d'un généraliste, agissant pour les besoins de la cause dans son rôle de médecin traitant, de surcroît non spécialisé quant aux troubles psychiques aussi diagnostiqués. Il a aussi relevé que la recourante ne suivait pas de traitement psychiatrique et en a déduit que le caractère invalidant de l'atteinte devait être nié, les possibilités de traitement n'étant pas épuisées.

**3.2** Dans son mémoire de recours, la recourante indique en premier lieu que la décision entreprise ne décrit pas véritablement elle-même, mais seulement sur renvoi à un rapport issu de l'enquête du 20 décembre 2016, les raisons pour lesquelles l'intimé est parvenu à la conclusion que le taux d'invalidité ne s'élève qu'à 20% à partir du 1<sup>er</sup> avril 2016. Elle admet toutefois que la "décision précédente" de l'intimé se référait quant à elle à un rapport du SMR qui figure au dossier. La recourante s'en prend ensuite à la valeur probante de ce rapport et souligne que le médecin l'a fourni sans qu'elle ait été conviée à un examen médical. Elle reproche par ailleurs au SMR de fonder ses conclusions essentiellement sur le fait que les opérations qu'elle a subies n'ont pas permis de la soulager de ses douleurs. La recourante ajoute qu'on ne parvient pas à comprendre

comment, sur la base de ce constat, le SMR a retenu que la recourante présentait une capacité de travail pleine et entière. Ce faisant, la recourante soutient que l'avis du SMR du 24 août 2016 ne remplit pas les conditions posées par la jurisprudence à propos de la force probante des rapports médicaux. De surcroît, la recourante relève qu'il n'a pas été tenu compte de ses problèmes de jambe, indiquant qu'elle a dû être hospitalisée une nouvelle fois en avril 2018 suite à une infection et qu'elle a subi une troisième opération de la jambe. Partant, elle indique que l'on comprend d'autant moins comment l'intimé a pu lui imputer, dans la décision attaquée, une capacité de travail à 100%. Dans sa réplique, la recourante avance qu'il résulte de son recours qu'elle demande une rente entière sans limitation dans le temps à compter du 1<sup>er</sup> avril 2016. Elle soutient que la personne ayant établi le rapport d'enquête économique sur le ménage du 11 janvier 2017 n'est pas en mesure de se prononcer sur les conséquences médicales de son atteinte à la santé sur l'activité lucrative qu'elle exerce. Elle affirme par ailleurs que l'intimé a mal interprété la jurisprudence qui se rapporte à cette matière. La recourante s'en prend ensuite une nouvelle fois à la valeur probante du rapport du SMR et ajoute à ce sujet que son médecin traitant a attesté, le 24 juillet 2018, qu'elle souffre de lombalgies chroniques nécessitant des traitements importants, de même que, ces derniers mois, d'un problème d'abcès en rapport avec des lésions de grattage probablement secondaires à un trouble obsessionnel compulsif traité et ayant justifié plusieurs hospitalisations depuis septembre 2017. La recourante soutient que l'apparition de ce trouble prouve que sa santé psychique ne s'est pas améliorée. Lui reprochant de se borner à renvoyer au principe de l'appréciation anticipée de preuves, elle conteste finalement le point de vue de l'intimé, selon lequel ses troubles psychiatriques seraient absorbés dans les troubles somatiques et auraient cessé à la date à laquelle la rente a été supprimée.

#### 4.

Le dossier contient les évaluations médicales et fonctionnelles principales suivantes.

**4.1** Un premier médecin traitant de la recourante, un spécialiste en médecine interne, a établi un rapport à la demande de l'assureur-maladie perte de gain le 2 juillet 2013. Il y a retenu les diagnostics de syndrome lombo-spondylogène avec rayonnement dans la jambe gauche (sans déficit neurologique), de status après une hernie discale il y a plusieurs années et de développement dépressif. Ce médecin a précisé que la douleur s'était accrue, quelques jours avant la première consultation, dans la région lombaire du dos, avec un rayonnement dans la jambe gauche. Une incapacité de travail à 100% a été attestée du 3 avril au 5 mai 2013.

**4.2** Les services psychiatriques d'une clinique ont aussi adressé un rapport à l'assureur-maladie perte de gain le 13 août 2013. Ils ont alors consigné les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, sans symptôme psychotique (selon le ch. F33.2 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) et de personnalité de type borderline (selon le ch. F60.31 CIM-10). Le rapport mentionne que la recourante souffre d'une maladie chronique à multiples rechutes et qu'elle a été suivie dès 2012 pour un état dépressif s'étant aggravé avec deux tentatives de suicide (voir dossier [dos.] AI 10/1). Une hospitalisation pour un état dépressif post-partum 10 ans plus tôt a aussi été citée. Une incapacité de travail à 100% a été attestée du 2 au 13 mai 2013, dates correspondant au séjour dans cet établissement. Suite à celui-ci, le nouveau médecin traitant de la recourante a attesté une incapacité de travail à 100% du 5 mai au 4 juin 2013 (dos. AI 8.3/4 et dos. AI 8.3/9-10). Dans un document complémentaire établi à la demande de l'intimé (dos. AI 21/2), les services précités ont encore retenu le diagnostic de syndrome douloureux chronique et précisé que la recourante était sujette à une fragilité psychique qui s'exprimait par des angoisses s'aggravant lors des conflits interpersonnels, de même qu'à des difficultés à gérer ses émotions. Ces restrictions se manifesteraient au travail par de l'absentéisme. Selon le rapport, le rendement serait nul lors des décompensations psychiques.

**4.3** Le 26 août 2013, le psychiatre ayant suivi la recourante deux fois par mois depuis le 4 juin 2013 a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent (ch. F33.1 CIM-10) et de personnalité émotionnellement labile. Il

a ajouté que l'évolution était lente et fluctuante. Réservant son pronostic, il a attesté une incapacité de travail totale du 4 juin au 31 août 2013.

**4.4** Le médecin traitant de la recourante a produit un rapport (non daté) à l'attention de l'intimé en septembre 2013 (dos. AI 16/2). Il y a expliqué que sa patiente souffrait d'un état dépressif sévère et qu'elle était en outre suivie pour une lombosciatalgie gauche sur hernie discale connue depuis plusieurs années. Il a précisé avoir vu la recourante à deux reprises seulement et qu'il n'a alors jamais été question avec elle de restrictions physiques mais plutôt de restrictions psychiques. Une incapacité de travail à 100% a été attestée du 6 mai au 4 juin 2013.

**4.5** La recourante a adressé à l'intimé un rapport du 29 octobre 2013 et deux rapports d'opération d'une clinique de neurochirurgie d'un hôpital universitaire où elle a été hospitalisée du 21 au 29 octobre 2013 en raison de douleurs dans le bas de la jambe gauche s'étendant dans la région du gros orteil (dos. AI 26/16). Dans le premier document, les diagnostics de hernie discale récidivante L5/S1 à gauche (syndrome douloureux exacerbé et status après séquestrectomie L5/S1 à gauche le 9 septembre 2013), de même que d'hématome subfacial postopératoire à l'épaule gauche ont été posés après la réalisation d'une IRM le 18 octobre 2013 (dos. AI 26/17). Il en ressort aussi qu'une séquestrectomie L5/S1 a encore été pratiquée le 22 octobre 2013 (dos. AI 26/8) puis le 27 octobre 2013 (en raison d'une recrudescence de la douleur; dos. AI 26/14), conduisant à une sensible amélioration (une légère parésie du gros orteil du pied gauche demeurant néanmoins). Le médecin traitant a fait part de ces interventions à l'intimé le 14 novembre 2013, en indiquant que l'état de santé s'était aggravé et en mentionnant (avec effet sur la capacité de travail) deux rechutes d'une hernie discale accompagnées d'une atteinte neurologique du membre inférieur gauche (atteinte sensitivo-motrice), ainsi que l'apparition d'un hématome post-opératoire à la cuisse gauche. Il a alors attesté une incapacité de travail à 100% pour une durée indéterminée depuis le 2 septembre 2013. Ce médecin a ensuite produit, avec son propre rapport du 10 février 2010, un rapport de la clinique précitée, du 28 janvier 2014, préconisant un examen par IRM afin d'exclure une récurrence ou du tissu cicatriciel et informant que les douleurs au dos et à la jambe avaient

persisté après les opérations et qu'elles s'étaient aggravées après une chute en fin d'année (liée à une faiblesse de la jambe), la recourante se plaignant aussi de claudication et indiquant ne pas être en mesure de marcher plus de 20 minutes d'affilées sans béquilles. Par ailleurs, une analyse d'apnée du sommeil et un CT scan cérébral n'ayant pas décelé de pathologie (dos. AI 30/7-9), le médecin traitant a fait état de l'apparition de céphalées non déterminées depuis mi-décembre 2013, s'aggravant progressivement et menant à une péjoration de l'état de santé. Il a ajouté qu'aucune activité ne pouvait être exigée de la recourante avant que l'origine de ces maux ne soit clarifiée et qu'un diagnostic précis ne soit retenu, attestant une incapacité de travail totale de durée indéterminée depuis avril 2013.

**4.6** Le 11 juillet 2014, le médecin traitant a rapporté une nouvelle aggravation de l'état de santé, retenant le diagnostic de "céphalées failed back surgery". Avec son envoi, ce médecin a adressé un rapport de la clinique précitée du 6 mai 2014 dans lequel le diagnostic de syndrome douloureux exacerbé à gauche a été posé et dont il ressort notamment qu'une IRM a encore été réalisée le 1<sup>er</sup> mai 2014 mais qu'aucune compression significative de la racine nerveuse S1 n'a été constatée. Une évaluation par un centre de thérapie de la douleur a dès lors été recommandée. Le médecin traitant a encore produit des rapports du centre des urgences de l'hôpital universitaire précité, des 7 et 14 juillet 2014, dans lesquels le diagnostic principal de syndrome douloureux lombaire chronique à gauche a été retenu. De ceux-ci, il découle que la recourante a subi une infiltration de la colonne vertébrale lombaire le 30 juin 2014 (les douleurs au dos persistant) et qu'elle a souffert, dès juillet 2014, de fièvre, de légères douleurs à la déglutition et d'une importante fatigue, si bien qu'une infection virale des voies respiratoires supérieures a d'abord été suspectée, plus vraisemblable qu'une spondylodiscite.

**4.7** Un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de même qu'un spécialiste en rhumatologie mandatés par l'assureur-maladie perte de gain ont établi des rapports d'expertise le 25 juillet 2014, respectivement le 18 août 2014. Dans le volet psychiatrique/psychothérapeutique, le premier expert a retenu les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail)

d'épisode dépressif moyen, actuellement en rémission partielle (ch. F32.11 CIM-10), avec symptomatologie dépressive actuellement légère (ch. F32.0 CIM-10), de même que (sans effet sur la capacité de travail) de difficultés liées à l'emploi et au chômage (ch. Z56 CIM-10), ainsi que d'accentuation de certains traits de personnalité (traits de personnalité émotionnellement labile, actuellement non compensés; ch. Z73.1 CIM-10). L'expert psychiatre a précisé que l'épisode dépressif constituait un trouble réactionnel à des douleurs somatiques et que les traits de personnalité émotionnellement labile compliquaient le tableau clinique. Il a ajouté que la souffrance de la recourante apparaissait réelle et les arrêts maladie justifiés, tout en excluant la présence de limitations fonctionnelles significatives. Il estimait néanmoins que dans l'hypothèse d'un trouble somatoforme douloureux (s'il n'y avait pas de substrat organique), les critères jurisprudentiels de gravité ne seraient pas remplis. Comme proposition pratique susceptible de favoriser la reprise du travail, l'expert psychiatre a suggéré une reprise professionnelle progressive dans un emploi adapté aux problèmes somatiques. Il a conclu que la capacité de travail médico-théorique, d'un point de vue purement psychiatrique, dans une activité adaptée au status somatique était nulle jusqu'au 31 juillet 2014, de 50% en août 2014 et de 100% sans diminution de rendement dès septembre 2014. Il a déclaré que l'activité exercée était adaptée d'un point de vue psychiatrique mais à clarifier sous l'angle somatique. Quant au volet rhumatologique, l'expert spécialisé dans cette discipline a posé le diagnostic de status après une cure de hernie discale L5/S1 à gauche le 9 septembre 2013 avec reprise pour récurrence le 22 et le 27 octobre 2013 ainsi qu'avec fibrose épurale postopératoire générant des douleurs neurogènes du membre inférieur gauche. L'expert a dès lors confirmé le diagnostic retenu par le médecin traitant (voir c. 4.6) et indiqué que cette problématique pouvait évoluer favorablement dans les deux ans suivant les interventions. L'expert a conclu qu'aucun travail en porte-à-faux ou exigeant un port de charge de plus de 5 kg n'était exigible. Il a précisé que les limitations fonctionnelles apparaissaient au maintien de la position assise ou debout plus d'une heure et qu'elles entravaient la marche ainsi que la conduite, mentionnant aussi que l'activité de serveuse n'allait probablement plus être exigible à long terme. Il a tout au plus, en cas d'évolution favorable, envisagé un emploi à l'ancien taux de 50% comme vendeuse ou dans l'horlogerie.

L'expert a finalement signalé que la situation médicale n'était pas stabilisée et a recommandé le maintien des prestations de l'assureur-maladie perte de gain.

**4.8** Le 28 août 2014, le médecin traitant a finalement déclaré qu'après trois interventions sur le disque L5/S1, aucun travail impliquant un port de charge de plus de 5 kg n'était exigible (cette limite provenant surtout des douleurs neurogènes apparaissant au maintien de la position assise et debout durant plus d'une heure, ce qui rendait aussi la marche et la conduite difficiles). Le médecin a confirmé que l'ancienne activité n'était plus exigible sur le long terme et écrit qu'un reclassement professionnel pourrait être discuté une fois le problème des douleurs maîtrisé. Le pronostic a été réservé et l'incapacité de travail à 100% depuis le 1<sup>er</sup> avril 2013 confirmée.

**4.9** D'après un rapport de sortie de la clinique pour la neurochirurgie précitée, du 3 décembre 2014, le diagnostic de récurrence d'une hernie discale L5/S1 récessive avec compression de la racine nerveuse S1 a été retenu. De ce document, dans lequel figure aussi le diagnostic secondaire de soupçon d'un syndrome des jambes sans repos, il apparaît que la requérante a été hospitalisée du 23 novembre au 4 décembre 2014 et qu'elle a subi une nouvelle séquestrectomie le 1<sup>er</sup> décembre 2014, une IRM de la colonne vertébrale lombaire ayant révélé une oblitération du récessus latéral ainsi qu'une compression de la racine nerveuse S1. Le médecin traitant a informé l'intimé de cette 4<sup>ème</sup> intervention dans un rapport du 19 janvier 2015 et fait part de l'aggravation de l'état de santé depuis novembre 2014 (par la récurrence de la hernie discale L5/S1), posant le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de lombosciatalgies sur hernies discales.

**4.10** Un nouveau médecin traitant (généraliste) a adressé à l'intimé un rapport du 11 novembre 2015, dans lequel les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) de lombalgies sur status post-décompression L4-L5 spondylogène L3-L5 le 21 août 2015, de quatre chirurgies au niveau lombaire et d'un syndrome dépressif ont été retenus, de même que (sans effet sur la capacité de travail) de syndrome des jambes sans repos. Ce médecin a communiqué que la requérante a été hospitalisée une nouvelle

fois, du 21 au 26 août 2015, en raison de douleurs persistantes (le rapport relatif à cette hospitalisation n'a toutefois pas été obtenu par l'intimé, voir dos. AI 70/1 et 72/1). Il a précisé que l'activité exercée n'était plus exigible, que le rendement était réduit et qu'il ne fallait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail. Une incapacité de travail totale a été attestée. Le 7 mars 2016, en indiquant que l'état de santé était stationnaire, ce médecin a encore mentionné que la recourante souffrait de lombalgies, de douleurs, de dépression (tristesse de l'humeur) et de fatigue. Jugeant le pronostic peu favorable, il a répété que l'activité exercée n'était plus exigible, de même que le soulèvement et le port de charge, ajoutant que la recourante présentait une limitation à la mobilisation et n'était plus à même de tenir durablement une position assise ou debout. Dans son rapport, il a aussi écrit que la recourante avait besoin de l'aide régulière de sa fille pour accomplir les actes de la vie quotidienne.

**4.11** Un spécialiste en médecine interne et en rhumatologie du SMR s'est déterminé dans un rapport du 24 août 2016, dans lequel le diagnostic principal (avec effet sur la capacité de travail) de lombalgies chroniques (dès 2000; diagnostic différentiel: syndrome lombo-spondylogène avec douleurs irradiant dans le membre inférieur gauche sans déficit neurologique; antécédents de hernie discale traitée de façon conservative) a été retenu, de même que les diagnostics (sans effet sur la capacité de travail) de suspicion d'un syndrome des jambes sans repos, d'épisode dépressif moyen (ch. F32.11 CIM-10; actuellement en rémission partielle vers une symptomatologie dépressive légère sans antidépresseur), de difficultés liées à l'emploi et au chômage (ch. Z56 CIM-10), d'accentuation de certains traits de la personnalité (émotionnellement labile, actuellement non décompensés; ch. Z73.1 CIM-10), d'infection virale des voies aériennes supérieures (en juillet 2014), de céphalées induites par les analgésiques, de léger syndrome d'apnée du sommeil et de bronchopneumopathie chronique obstructive sur tabagisme (débutante). Dans son rapport, le SMR a avancé qu'il n'existait aucune limitation fonctionnelle objective (y compris sous l'angle psychiatrique), soulignant que la recourante subissait néanmoins une réduction de 20% du rendement (en termes de nombre de pauses augmenté) du fait de deux

spondylodèses. D'après le SMR, une activité légère s'exerçant en position changeante est exigible à 100% avec une diminution de rendement de 20%, les positions fixes (debout ou assis), le port de charges loin du corps, les activités au niveau des épaules, le travail sur échelle ou échafaudage, les tâches répétées en flexion du tronc, en position agenouillée ou accroupie, la marche répétée dans les escaliers ou en terrain instable, de même que (en raison de la comorbidité psychique) le travail de nuit et en rotation de 3 x 8 heures, étant exclus. De plus, selon le rapport, les horaires de travail doivent être bien réglés et réguliers, le domaine d'activité doit être clairement défini, l'entreprise doit comprendre une stratégie de communication transparente et constructive, les pauses doivent être régulières et la recourante doit avoir la possibilité de se retirer quelques instants si nécessaire. Le SMR a précisé que ce profil était valable depuis mars 2014, des incapacités de travail à 100% étant ensuite admises suite aux opérations du 1<sup>er</sup> décembre 2014 (jusqu'à fin mars 2015) et du 21 août 2015 (jusqu'à fin décembre 2015).

**4.12** L'Office AI Fribourg a remis à l'intimé un rapport d'enquête économique sur le ménage daté du 20 décembre 2016. Cette autorité y a relevé que sans atteinte à la santé, la recourante exercerait une activité lucrative à 80%. Le rapport ajoute que la recourante a besoin de l'aide de ses enfants pour certaines tâches ménagères. Il en irait ainsi des grands nettoyages de la cuisine, du récurage des sols et des grands travaux de nettoyage de l'appartement, de même que du port des achats les plus lourds lors des courses, ainsi que celui des corbeilles à linge, du repassage et de l'exécution des travaux extérieurs (notamment du déneigement en hiver). La recourante serait toutefois à même d'assumer les autres tâches ménagères. Ce document conclut que pour ces activités, la recourante présente un taux d'empêchement de 23,5%.

## **5.**

**5.1** Le droit à la rente, objet de la contestation, couvre une période qui s'étend au plus tôt du 1<sup>er</sup> avril 2014 (échéance du délai d'attente d'un an, voir art. 28 LAI et c. 2.3; le délai de carence de l'art. 29 al. 1 LAI de six mois

dès la demande de prestations en août 2013 étant également échu) jusqu'au 29 mars 2018, date de la décision contestée (voir c. 2.8). Comme l'a évoqué l'intimé (voir p. 1, ch. 6 de la réponse), la conclusion n° 2 du recours du 8 mai 2018, alors même que la motivation mentionnait que toute rente avait été refusée tant pour juillet 2015 qu'à partir d'avril 2016, ne précisait pas pour quelle(s) période(s) la recourante demandait à ce qu'un droit à une rente entière d'invalidité soit reconnu. La réplique conclut à un droit à la rente entière d'invalidité, reconnu au 1<sup>er</sup> avril 2014, ne s'arrêtant pas au 31 mars 2016 (voir aussi p. 2, ch. 1 de la réplique), ce qui permet de déduire que l'absence de rente en juillet 2015 est aussi implicitement contestée. Cela étant, on ne saurait déclarer le recours irrecevable, faute de conclusion suffisamment précise, comme semble le suggérer l'intimé (voir à ce sujet: ATF 117 Ia 126 c. 5c, 116 V 353 c. 2b).

**5.2** Pour le moins, eu égard aux avis médicaux figurant au dossier, il apparaît que rien ne permet au Tribunal de douter des périodes d'incapacité de travail totale aussi reconnues par le SMR. En effet, d'avril 2013 à mars 2015, l'incapacité est attestée de façon continue par les médecins traitants et aussi par l'expert psychiatre, à 100% jusqu'à fin juillet 2014 et à 50% jusqu'à fin août 2014, de même que par l'expert en rhumatologie qui, en juillet 2014, constatait une situation non stabilisée de "failed back surgery" que la quatrième opération du 1<sup>er</sup> décembre 2014 a corroborée et à raison de laquelle le SMR a admis une période de récupération jusqu'à fin mars 2015. D'août 2015 à fin 2015, le SMR prend en considération l'opération du 21 août 2015 et une période de récupération. En application de l'art. 88a al. 1 et 2 RAI (voir c. 2.4), ces périodes d'incapacité de travail totale dans la part de 80% d'activité lucrative mènent, quelle qu'ait été l'ampleur des empêchements dans les 20% d'activité ménagère (évalués en l'espèce de façon constante à 23,5%, soit 4,7% après pondération - sans appréciation différenciée pour les périodes opératoires) à une invalidité donnant droit à une rente entière. Il en résulte qu'à tout le moins les périodes d'octroi de la rente entière ne peuvent être remises en question.

## **6.**

Est en revanche litigieuse et doit être examinée par le Tribunal la force probante du rapport du SMR du 24 août 2016, pour les périodes pendant lesquelles ce dernier a admis une capacité de travail à 100% avec une perte de rendement de 20% dans un emploi adapté (selon un profil décrit; voir c. 4.11), à savoir celles courant de début avril à fin juillet 2015 ainsi qu'à partir du 1<sup>er</sup> avril 2016.

**6.1** La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 213 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

**6.2** 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; arrêt du Tribunal fédéral [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, pour autant qu'ils satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires (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 sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3b/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 c. 4.4 - 4.6). Dans l'examen de la force probante, est avant tout déterminant le fait que l'expertise soit complète au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (TF 8C\_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C\_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

**6.3** En l'espèce, d'un point de vue formel, il apparaît d'emblée que le rapport du 24 août 2016 se base effectivement sur l'ensemble du dossier médical alors à disposition (voir dos. AI 82/4 et 82/6-8), qu'il discute de manière approfondie les différents constats médicaux et qu'il tient compte des difficultés rapportées par la recourante. Les conclusions du spécialiste du SMR sont par ailleurs développées et compréhensibles. Toutefois, les reproches formels que la recourante lui oppose ne sont pas dépourvus de toute pertinence. D'abord, le rapport date du 24 août 2016, alors que la décision a été rendue le 29 mars 2018. Ensuite, notamment en considération du fait que la dernière appréciation psychiatrique de la recourante datait de mi-2014 et que la situation pouvait avoir évolué, il n'est pas évident de justifier que l'appréciation, dans ce domaine, de l'auteur du rapport du SMR (spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie) l'emporte sur le rapport le plus récent au dossier, après une nouvelle opération lombaire (soit la deuxième depuis les expertises de 2014), à savoir l'avis du (nouveau) médecin traitant, même si ce dernier

n'est pas psychiatre non plus. Cette faiblesse est encore accentuée par le fait que la recourante n'a pas été examinée personnellement, même par le médecin (rhumatologue) du SMR.

## **6.4**

**6.4.1** Il découle déjà des faiblesses formelles relevées ci-dessus que, d'un point de vue matériel, le rapport du SMR du 24 août 2016 s'avère insuffisant. Il prend certes en considération l'ensemble des documents alors au dossier et établit un profil de restrictions très large susceptible de couvrir les handicaps dont la recourante fait état. Au vu de l'évolution résultant des rapports du nouveau médecin traitant des 11 novembre 2015 et 7 mars 2016, notamment de la mention de nouvelles opérations lombaires, de troubles dépressifs importants et d'une médication lourde également antidépressive ("Venlafaxin" et "Efexor", voir dos. AI 89/4, 73/2, 65/3, 55/7 et 52/2 et AI 46.3/21), eu égard aussi à la situation instable ayant fait obstacle à l'appréciation de la capacité de travail par l'expert rhumatologue en 2014, il apparaît manifestement que le SMR devait faire compléter les données à sa disposition ne serait-ce que pour évaluer l'intensité des empêchements et cerner leur durée effective (et pas seulement théorique) autour des périodes opératoires. L'évaluation du SMR fondée essentiellement sur les résultats des deux expertises diligentées en 2014 par l'assureur-maladie perte de gain, sans coordination de consensus entre elles, ne pouvait servir de base solide pour une appréciation de synthèse en août 2016. L'argument d'absence d'élément décisif nouveau dont se prévaut le médecin du SMR, qui se préoccupe surtout de critiquer les options thérapeutiques chirurgicales choisies, en constatant que les opérations (inutiles selon lui) ont été pratiquées dans les règles de l'art, et qui s'appuie essentiellement sur le constat de déconditionnement (corrigible) de l'expert rhumatologue et le pronostic de l'expert psychiatre de disparition de toute incapacité psychiatrique déterminante dès septembre 2014, ne résiste pas à l'examen. La situation sous contrôle décrite par l'expert psychiatre en 2014 (voir c. 4.7; en résumé: contexte familial favorable compensant les seuls troubles psychiatriques constatés à mi-2014, à savoir les plaintes liées aux douleurs, soulagées aussi par la médication instaurée par le généraliste

traitant) – appréciation de stabilité retrouvée que ne partageait du reste pas l'expert rhumatologue également sollicité à ce moment – ne permet pas de fonder une capacité de travail totale, uniquement diminuée de 20% de perte de rendement, après une durée théorique de quelques mois de récupération suite aux opérations de décembre 2014 et août 2015. Cette évaluation ne fait pas le poids alors que le médecin traitant décrit une persistance des douleurs, des troubles dépressifs importants et continue de prescrire une médication antidépressive. Cela vaut, quand bien même le nouveau diagnostic de jambes sans repos est qualifié de sans effet sur la capacité de travail et la recourante présente un déconditionnement musculaire. Cette évaluation va aussi à l'encontre du pronostic favorable d'une reprise d'un travail adapté à 50% posé par l'expert rhumatologue en 2014. Il va sans dire que cette appréciation médicale du SMR, déjà dépassée en 2016, ne pouvait pas non plus servir de référence pour la décision rendue le 29 mars 2018. Avant de se prononcer, ne serait-ce qu'en raison de l'écoulement du temps depuis l'avis exprimé par le SMR, mais aussi au vu du rappel de l'ensemble de l'évolution de l'état de santé figurant dans le rapport d'enquête déléguée du 20 décembre 2016, dont l'évocation d'une nouvelle hospitalisation fin 2016 pouvant avoir été occasionnée par des troubles neurologiques découlant des problèmes lombaires, l'intimé se devait d'actualiser et de réévaluer le dossier médical.

**6.4.2** Sous l'angle psychiatrique en particulier, la durée de l'évolution potentielle depuis l'expertise de mi-2014, l'absence de spécialisation du médecin chargé du dossier au SMR et le défaut d'examen personnel rendent encore plus patentes les faiblesses de l'évaluation de ce service. De plus, la disparition de toute incapacité de travail psychiatrique à partir de fin août 2014, défendue par le SMR, résultait d'une expertise non coordonnée avec les résultats somatiques, établie pour l'assurance perte de gain en cas de maladie (notion d'incapacité de travail prolongée et non d'invalidité) qui n'abordait la problématique de l'hypothèse d'un trouble psychosomatique (somatoforme) dans un contexte dépressif que très succinctement et uniquement sous l'angle de la jurisprudence encore valable à l'époque. Depuis lors, le TF a instauré une évaluation au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée, d'abord, par arrêt du 3 juin 2015, pour les seuls troubles psychosomatiques, puis, par deux arrêts du

30 novembre 2017, pour l'ensemble des atteintes psychiques (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). L'appréciation du SMR d'une totale innocuité des troubles psychiques quant à la capacité de travail apparaît en outre contredite par le fait que dans le profil d'exigibilité, il a quand même été tenu compte de restrictions de nature psychique (exclusion du travail de nuit et en équipe, nécessité d'un domaine d'activité bien défini et d'une stratégie de communication transparente, possibilité de se retirer). Enfin, selon un examen rétrospectif, il faut également constater que l'avis exprimé par l'expert psychiatre en 2012, écartant l'éventualité de troubles obsessionnels compulsifs, est contredit par l'évolution constatée dans le rapport du 24 juillet 2018 joint à la réplique. Ce document indique en effet qu'un trouble de cette nature a justifié plusieurs hospitalisations à compter de septembre 2017. Même si l'attestation médicale faisant part de cette symptomatologie est postérieure à la décision, elle se réfère aussi à la période couverte par l'objet de la contestation. Elle est de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (voir SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4) dans la mesure où l'apparition (ou la réapparition) de cette atteinte n'aurait pas passé inaperçue si la documentation médicale avait été actualisée pour la prise de décision.

**6.4.3** L'évaluation des problèmes somatiques par le médecin du SMR, principalement fondée sur une critique des actes médicaux pratiqués, sur l'état général de la recourante (notamment un déconditionnement musculaire global, voir dos. AI 82/4 s.) et une sphère psychosociale complexe, soit des facteurs de mauvais pronostic quant au succès d'interventions chirurgicales, n'emporte pas non plus la conviction. En effet, quand bien même la première intervention du 9 septembre 2013 n'aurait pas été indiquée (comme le spécialiste du SMR l'a évoqué, voir dos. AI 82/8), force est d'admettre que les multiples opérations qui ont suivi plaident en faveur de l'existence d'atteintes incapacitantes, que celles-ci découlent de l'affection lombaire d'origine ou de la succession des actes chirurgicaux. Cette conclusion s'avère d'autant plus fondée que l'expert rhumatologue a confirmé le diagnostic retenu par le deuxième médecin traitant de la recourante (de "failed back surgery", voir c. 4.6) et qu'il n'a pas rapporté de signe d'amplification des douleurs, soulignant même que ces dernières lui semblaient objectives, malgré l'absence d'un déficit

objectivement constatable (dos. AI 46.2/5). En outre, pour les handicaps somatiques, l'expert rhumatologue ayant renoncé à une évaluation de la capacité de travail en présence d'un état non stabilisé en 2014, le profil d'exigibilité n'admettant qu'une perte de rendement de 20% formulé par le SMR ne se fonde que sur une évaluation très théorique de l'état de la recourante. Le médecin du SMR a estimé qu'une stabilisation était illusoire à voir la situation toujours aussi douloureuse après la cinquième opération et, bien qu'il se soit posé plusieurs questions restées sans réponse (présence ou non d'un symptôme de "queue de cheval partielle avec une incontinence urinaire" comme indication de l'opération du 9 septembre 2013, justification de l'extension de la spondylodèse aux étages L3-L5 [dos. AI 82/5], doute sur l'atteinte de la vertèbre S1 [dos. AI 82/10], soupçon/diagnostic de jambes sans repos dès fin 2014 [dos. AI 55/7] non confirmé), a étayé son estimation par le constat que le dossier ne décrivait pas d'atteinte organique lombaire ou de déficit neurologique bien documentés, auxquels pourraient s'associer des limitations fonctionnelles. C'est donc sans s'attarder sur le fait qu'au dossier ne figuraient guère que des rapports opératoires ou postopératoires, qui n'ont pas pour rôle de décrire des limitations fonctionnelles, que le médecin du SMR a uniquement tenu compte de l'immobilisation découlant logiquement des deux spondylodèses pratiquées pour justifier le profil d'exigibilité, en précisant qu'une physiothérapie de reconditionnement permettrait d'élargir le spectre de ce qui est exigible. On ne peut dès lors considérer qu'un tel profil, basé sur des documents non destinés à décrire les capacités fonctionnelles, soit probant face aux avis opposés des médecins traitants. Enfin, comme déjà signalé, la décision entreprise a été rendue le 29 mars 2018, soit deux ans après le dernier rapport médical du 7 mars 2016 délivré par un médecin traitant de la recourante (voir c. 4.10) et quinze mois après les dernières informations concernant la situation de la recourante recueillies le 20 décembre 2016 (lors de l'enquête économique sur le ménage, dos. AI 89/2). Ces documents fournissaient des indices précis d'une évolution objective de la situation. Or, l'intimé n'a procédé à aucune investigation à leur égard. Il ne s'est pas renseigné à propos de l'hospitalisation de fin novembre à mi-décembre 2016, rapportée par la recourante lors de l'enquête précitée (dos. AI 89/3; étant certes rappelé que, s'agissant du séjour de la recourante du 21 au 26 août 2015, dans le

même établissement, l'intimé n'avait pas pu obtenir de documentation médicale, voir dos. AI 70/1 et 72/1). Il ne s'est pas non plus informé sur les effets induits par la médication de la recourante, alors que cette dernière a indiqué subir une importante fatigue de ce fait et pris 15 kg depuis que de la morphine lui a été prescrite (voir dos. AI 89/3). En négligeant ces indices, l'intimé n'a pas non plus été renseigné au sujet des abcès probablement secondaires à un trouble obsessionnel compulsif ayant nécessité plusieurs hospitalisations (voir c. 6.4.2). Enfin, les termes mis par le SMR aux incapacités de travail ayant fait suite aux opérations de décembre 2014 (soit jusqu'en mars 2015) et d'août 2015 (jusqu'en décembre 2015; dos. AI 82/8 s.) apparaissent également peu conciliables avec les avis des médecins traitants.

**6.4.4** En conclusion, bien qu'elles aient été fondées sur l'ensemble de la documentation médicale figurant au dossier et qu'elles tiennent compte de l'incapacité de travail attestée alors sous l'angle des atteintes psychiques de la recourante, les conclusions du rapport du SMR du 24 août 2016 admettant une capacité de travail seulement restreinte par une perte de rendement de 20% d'avril à fin juillet 2015 et dès janvier 2016 ne sont ni cohérentes, ni convaincantes. Dans la mesure où l'évaluation du SMR repose sur une instruction médicale incomplète et dépassée, elle ne saurait dès lors l'emporter face aux avis contradictoires des médecins traitants (qui ne peuvent par ailleurs être écartés du seul fait de leur position contractuelle vis-à-vis de la recourante; voir p. 2, ch. 6 de la duplique et ATF 142 V 58 c. 5.1, 135 V 465 c. 4.4), de même que celui de l'expert rhumatologue de 2014. Cela vaut d'autant plus qu'ainsi que la recourante l'a signalé (voir p. 5 du recours) et quoi qu'en dise l'intimé, le spécialiste en rhumatologie du SMR n'a pas examiné la recourante personnellement et ne disposait pas de qualifications psychiatriques lui permettant d'exclure les nouveaux diagnostics évoqués dans ce domaine, quand bien même c'était le médecin traitant, pas psychiatre non plus, qui les relevait. Il en découle que l'appréciation du caractère invalidant des atteintes à la santé ne pouvait intervenir valablement, compte tenu des lacunes dans l'appréciation médico-théorique. Dans ce contexte, en réponse aux griefs de la recourante, il y a lieu de préciser que, contrairement à ce que cette dernière suppose, la personne ayant procédé à l'évaluation des résultats

de l'enquête sur le ménage n'avait pas déterminé elle-même les taux d'incapacité de travail dans l'activité lucrative mais avait intégré l'appréciation pratiquée par le SMR dans son rapport. Pour le surplus, il est également évident que les autres avis médicaux au dossier, en l'état, ne suffisent pas pour évaluer l'ampleur de l'incapacité de travail de la recourante pendant toute la période en cause.

## 7.

Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, en tant qu'elle nie tout droit à une rente d'invalidité en juillet 2015 et au-delà du 31 mars 2016. En effet, ainsi que précisé au c. 1.1, le fait que le refus de rente en juillet 2015 ne soit pas expressément contesté (voir c. 5), ne limite pas le pouvoir d'examen du Tribunal. Or il ressort des considérations qui précèdent que l'appréciation du SMR d'une capacité de travail seulement limitée par une perte de rendement de 20% tant pour la période intermédiaire de début avril à fin juillet 2015 que pour celle dès début 2016 ne s'impose pas avec une vraisemblance prépondérante (degré de preuve déterminant en droit des assurances sociales: ATF 144 V 427 c. 3.2, 138 V 218 c. 6). La cause doit par conséquent être renvoyée à l'intimé pour une instruction médicale complémentaire mettant en œuvre une expertise pluridisciplinaire prenant en compte tous les aspects médicaux affectant la recourante, après que la documentation médicale aura été complétée et actualisée. Il va sans dire qu'en ce qui concerne les éventuels aspects psychiques ou psychiatriques, l'expertise devra se conformer aux standards de la jurisprudence récente (voir c. 6.4.2). Sur la base médico-théorique ainsi arrêtée, l'intimé procédera ensuite à une nouvelle évaluation de l'invalidité jusqu'à la date de sa nouvelle décision. L'intimé intégrera dans sa nouvelle évaluation, les modifications du RAI entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2018 relatives au calcul de l'invalidité dans les situations de statut mixte.

## **8.**

**8.1** En conclusion, le recours est admis, la décision du 29 mars 2018 annulée, hormis en ce qui concerne l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> avril 2014 au 30 juin 2015 ainsi que du 1<sup>er</sup> août 2015 au 31 mars 2016 et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

**8.2** Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 et al. 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

**8.3** Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Cette règle s'applique indépendamment de la question de savoir si la partie recourante a conclu au renvoi ou si sa conclusion au renvoi a été prise à titre principal ou à titre subsidiaire (SVR 2017 KV n° 9 c. 9.1). Assistée d'un avocat agissant à titre professionnel, la recourante a donc droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA. Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 5 septembre 2018 (ne chiffrant pas les honoraires, arrêtant le temps consacré au dossier à 8h10, les débours à Fr. 24.90 et mentionnant un numéro de TVA) qui ne prête flanc à la critique, compte tenu de l'importance et de la complexité objectives de la procédure, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, sont fixés à Fr. 2'400.- (honoraires, débours et TVA compris).

**8.4** Vu l'issue de la procédure, la demande d'assistance judiciaire devient sans objet et doit être rayée du rôle.

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée en tant qu'elle n'octroie pas de prestations (rente) pour le mois de juillet 2015 et dès le 1<sup>er</sup> avril 2016. La cause est renvoyée à l'Office AI Berne 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. 2'400.- (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. La requête d'assistance judiciaire déposée pour la procédure de recours est rayée du rôle du Tribunal administratif.
5. Le présent jugement est notifié (R):
  - au mandataire de la recourante,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

Le greffier:

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification 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).