

200.2018.468.AI
N° AVS
NIG/REN

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

Jugement du 8 janvier 2020

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 18 mai 2018



En fait:

A.

A. _____, née en 1961, mariée et mère de trois enfants majeurs et financièrement indépendants, ne dispose d'aucune formation certifiée et a travaillé en qualité de caissière/vendeuse à 80% jusqu'au 31 janvier 2018 (échéance pour laquelle son employeur a résilié les rapports de travail). Par un formulaire daté du 21 juin 2016 (posté le 1^{er} juillet 2016) et dans le contexte d'une période d'incapacité de travail attestée depuis le 27 janvier 2016 à 100% puis en juillet 2016 à 50%, selon ce document, l'assurée a déposé une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI), sans mentionner d'atteinte à la santé.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a recueilli des renseignements de l'employeur de l'assurée et sollicité des rapports d'un centre hospitalier, de même que de l'assurance-maladie perte de gain et de la médecin traitant cette dernière. Il a ainsi obtenu des rapports radiologiques, ainsi que la documentation antérieure d'une clinique de chirurgie d'un hôpital cantonal, du service de rhumatologie d'un autre établissement hospitalier, de même que de plusieurs spécialistes (en angiologie, cardiologie et neurologie notamment). L'Office AI Berne a ensuite sollicité l'avis du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui s'est prononcé le 17 octobre 2016. Par acte du 4 janvier 2017 confirmant une préorientation identique datée du 8 novembre 2016, l'Office AI Berne a alors nié le droit à des mesures professionnelles. Après avoir ordonné la réalisation d'une enquête économique sur le ménage, dont les conclusions lui ont été remises le 5 avril 2017, l'Office AI Berne a également obtenu des rapports médicaux d'une clinique pour la chirurgie viscérale d'un hôpital universitaire. Du fait d'objections formulées le 13 août 2017 par l'assurée (complétées par son avocat les 14 et 29 septembre 2017, ainsi que le 31 octobre 2017 et le 19 janvier 2018) contre une préorientation du

20 juillet 2017 aux termes de laquelle le droit à une rente était nié, l'Office AI Berne a encore demandé un nouveau rapport à la médecin traitant la recourante, avant de s'adresser une deuxième fois au SMR, qui s'est prononcé le 15 mars 2018. Sur cette base et après avoir alloué des moyens auxiliaires puis pris connaissance d'une prise de position rédigée le 28 mars 2018 par son service des enquêtes, l'Office AI Berne a nié tout droit à une rente d'invalidité, ce qu'il a fait savoir à la recourante par décision du 18 mai 2018.

C.

Par mémoire du 21 juin 2018, l'assurée, toujours représentée, a recouru contre cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant en substance à l'annulation de cette dernière ainsi que, principalement, à l'octroi rétroactif et pour le futur d'une rente d'invalidité à dire de justice, de même que, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision après actualisation du dossier, le tout sous suite de frais et dépens. Dans sa réponse du 23 août 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours, produisant trois nouvelles pièces justificatives. La recourante a répliqué par écrit du 1^{er} octobre 2018 et maintenu ses conclusions. L'intimé en a fait de même dans une duplique du 22 octobre 2018. Le mandataire professionnel de la recourante a encore produit sa note d'honoraires le 24 octobre 2018. Il a finalement été renseigné sur l'état de la procédure par envoi du 6 novembre 2019.

En droit:

1.

1.1 La décision du 18 mai 2018 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie tout droit de la recourante à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de

cette décision et, principalement, sur l'octroi d'une rente d'invalidité, de même que, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Est particulièrement critiquée la force probante des rapports du SMR (s'agissant de l'appréciation médicale et du profil d'exigibilité) et du service des enquêtes (s'agissant du calcul de l'invalidité, notamment en cas de statut mixte).

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a 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 exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel,

mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence 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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8

LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

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

2.5 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des 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).

3.

3.1 Dans la décision attaquée, l'intimé a retenu que la recourante présentait une capacité de travail restreinte depuis le 27 janvier 2016. Il a souligné qu'elle exerçait depuis plusieurs années une activité lucrative à 80% et qu'elle vouait le reste de son temps à ses tâches ménagères (ce qu'elle aurait continué à faire sans atteinte à la santé), si bien que le taux d'invalidité devait être déterminé selon la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. L'intimé a de plus considéré que la recourante était en mesure d'exercer son activité professionnelle habituelle avec une diminution de rendement de 20%. Partant, il a arrêté la perte de gain à 20%, s'agissant de la part dédiée à l'activité lucrative et l'empêchement à 16,9%, s'agissant

des tâches ménagères, aboutissant, après pondération, à un taux d'invalidité de 19,38% et en renvoyant pour le détail aux rapports de son service des enquêtes des 5 avril 2017 et 28 mars 2018, réputés partie intégrante de la décision. En suivant l'avis exprimé par le SMR dans son rapport du 15 mars 2018 (également intégré à la décision entreprise), l'intimé a encore nié la présence d'une aggravation notable et durable de l'état de santé, mentionnant que, selon le dernier avis de son service des enquêtes, les changements intervenus dans la situation familiale n'avaient pas d'influence sur les empêchements liés à l'entretien du ménage. Enfin, l'intimé a relevé que le nouveau mode de calcul de l'invalidité pour les salariés à temps partiel, applicable depuis le 1^{er} janvier 2018, n'avait pas d'incidence sur la situation de la recourante.

3.2 Dans son recours, la recourante critique d'abord l'avis du SMR, d'après lequel seuls les syndromes dorso et lombo-vertébraux doivent être retenus parmi les diagnostics influençant la capacité de travail. En lien avec ses douleurs musculo-squelettiques, la recourante avance que même si aucune pathologie n'a été diagnostiquée et qu'aucune intervention n'est survenue, l'intimé ne peut en inférer que ces douleurs sont sans effet sur la capacité de travail, celles-ci ayant conduit à la perte de son emploi. La recourante souligne aussi que le SMR n'a pas tenu compte du diagnostic de fibromyalgie retenu par son rhumatologue. Elle conteste dès lors le profil d'exigibilité retenu par ce service, déclarant qu'il ne correspond pas à la réalité en ajoutant qu'aucune adaptation de son poste de travail n'a été possible, malgré le soutien apporté par son employeur. La recourante prétend avoir perdu toute capacité de travail, si bien qu'aucun revenu d'invalidité ne doit pouvoir lui être imputé. Elle soutient en outre qu'il convient aussi de tenir compte de son âge (57 ans) et écrit que si un revenu d'invalidité doit néanmoins être pris en compte, il faut alors le revoir à la baisse, vu la constante dégradation de son état de santé. La recourante remet d'ailleurs en cause le point de vue du SMR, d'après lequel la détérioration de l'état de santé n'est pas attestée objectivement et rappelle qu'elle souffre d'une tendinite du muscle carré plantaire droit diagnostiquée en septembre 2017, de fibromyalgie, de trigger-points et de tendinomyose. De plus, elle explique que cette dégradation a été jugée "drastique" par sa médecin et mentionne qu'elle n'est désormais plus capable de tenir son

ménage. La recourante affirme encore que l'intimé n'a pas non plus tenu compte de l'évolution de sa santé psychique, en particulier de l'épisode dépressif moyen diagnostiqué par son psychiatre. Enfin, elle reproche au service des enquêtes et, partant, à l'intimé, d'avoir ignoré les modifications de sa situation familiale.

3.3 Dans sa réponse, en reprenant l'avis du SMR, l'intimé a précisé avoir exclu la présence d'une fibromyalgie du fait que les diagnostics de trigger-points et de tendinomyose expliquaient les douleurs musculo-squelettiques, qui plus est, puisque ceux-ci étaient traitables, bien que la participation de la recourante aux traitements n'ait pas été optimale. L'intimé a de plus souligné que le dossier ne faisait pas état d'atteintes psychiques jusqu'au prononcé attaqué, ni d'un traitement ou d'une hospitalisation liés à cette problématique, relevant par ailleurs à ce propos que tous les documents versés au dossier par la recourante avaient été discutés par le SMR. L'intimé s'est aussi déterminé sur le certificat de la médecin traitant la recourante (attestant une dégradation notamment psychique depuis juillet 2017) et rétorqué que ce document était contredit par une lettre de septembre 2017 de cette médecin, dans laquelle celle-ci avait écrit que sa patiente n'était pas psychologiquement surchargée. L'intimé a de plus indiqué qu'il ressort du courrier dans lequel le psychiatre de la recourante avait posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen, que ce problème existait depuis janvier 2018 alors que la recourante n'en avait jamais fait état jusqu'alors. L'intimé a donc nié l'existence de nouvelles atteintes ou une dégradation des pathologies connues et confirmé le profil d'exigibilité du SMR. De même, en suivant son service des enquêtes, l'intimé a signalé que la recourante n'avait pas fourni de précisions quant aux empêchements dans les travaux ménagers suite au changement de sa situation familiale. Enfin, il a confirmé le calcul du taux d'invalidité (hormis une correction sans incidence sur le résultat) et contesté la nécessité d'organiser une nouvelle enquête ménagère.

3.4 Dans sa réplique, la recourante a essentiellement remis en cause le caractère curable des trigger-points et de la tendinomyose par une physiothérapie, précisant suivre un tel traitement sans que celui-ci n'apporte une amélioration sur son état de santé. Elle a de plus contesté

les arguments soulevés par le SMR pour nier le diagnostic de fibromyalgie, relevant que son rhumatologue a posé ce diagnostic après avoir testé positivement tous les points sensibles s'y rapportant. La recourante a de plus critiqué les dires du SMR, d'après lesquels sa participation aux traitements pourrait être meilleure, rappelant avoir subi de nombreuses infiltrations et suivi de nombreux traitements qui n'ont pas porté leurs fruits, indiquant encore porter des chaussures orthopédiques (en lien avec sa tendinite au pied droit), poursuivre ses séances de physiothérapie, consulter un psychiatre et recourir à un acupuncteur notamment. Enfin, elle a maintenu que le revenu d'invalidé avait été faussement extrapolé par l'intimé.

4.

Sur le plan médical et fonctionnel et jusqu'au prononcé de la décision attaquée (les faits postérieurs, tels ceux visés par les rapports des 12 et 17 juin 2018, n'étant en principe pas déterminants, voir ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1), le dossier permet de constater les éléments principaux suivants.

4.1 Selon le rapport d'un hôpital cantonal, des 7/8 juin 2000, la recourante a notamment souffert de ballonnements abdominaux, de lourdeurs d'estomac, de douleurs épigastriques et de fatigabilité accrue depuis la mi-mars 2000, de même que de douleurs abdominales à droite, rayonnant dans le dos, depuis 4 ans. Des examens gastroentérologiques ont permis de poser le diagnostic principal de kyste du cholédoque. Une opération a dès lors été pratiquée le 24 mai 2000 (résection du cholédoque, reconstruction par hépatico-jéjunostomie et cholécystectomie), lors d'une hospitalisation du 22 mai au 4 juin 2000. D'après ce document, aucune complication n'a suivi l'opération.

4.2 Le 22 décembre 2011, un radiologue d'une clinique privée a constaté une légère protrusion et une rupture de l'annulus fibreux, précurseurs d'une hernie discale du disque intervertébral lombaire 4/5, de même qu'une légère altération spondylarthrosique des petites articulations des vertèbres. Il a en outre évoqué la possibilité d'une irritation de la racine

nerveuse. Par écrit du 25 août 2012, il a confirmé ses constatations, la situation n'ayant pas changé. Le 7 juillet 2014, il a toutefois fait part d'une légère progression de la taille de la hernie discale. Dans un rapport du 9 juillet 2014, il a en particulier encore noté une ostéochondrose débutante des vertèbres thoraciques 11/12, une spondylose dorsale et une petite hernie discale. Plusieurs petits kystes des poches nerveuses ont par ailleurs été détectés. Le radiologue a notamment encore signalé une petite hernie ombilicale graisseuse le 10 décembre 2015, excluant cependant tout signe d'une hernie de la paroi abdominale, en particulier sous le bord costal droit, de même que des masses abdominales. En lien avec un status après une cholécystectomie, il a finalement relevé une atrophie du lobe gauche du foie, de même que du pancréas (voir aussi dos. AI 25/13).

4.3 Un centre hospitalier a diagnostiqué un lombago aigu en présence d'un traumatisme de charge ("Verhebetauma") le 20 août 2012. Selon son rapport, la recourante s'est présentée aux urgences le 17 août 2012 en souffrant de fortes douleurs immobilisantes au niveau de la colonne vertébrale, après avoir porté une lourde caisse durant le travail. Des radiographies n'ont pas révélé de signe de fracture ou de spondylolisthésis. Une incapacité de travail à 100% a été attestée du 17 au 19 août 2012.

4.4 Le 11 septembre 2012, un rhumatologue a retenu le diagnostic de syndrome lombo-vertébral gauche en présence d'un trouble inflammatoire des facettes L2-L4 à gauche. Une infiltration a été réalisée le 14 septembre 2012 et a entraîné une diminution des douleurs (aussi après la poursuite d'une physiothérapie; voir aussi dos. AI 25/35).

4.5 Un angiologue s'est prononcé le 24 juin 2013 et a retenu les diagnostics de sensation de lourdeur dans la partie inférieure des jambes et de douleurs dorsales chroniques (en position assise prolongée). Ce spécialiste a mentionné qu'il ne pouvait expliquer l'origine des douleurs et a recommandé le port de bas de contention.

4.6 Le 19 janvier 2015, un cardiologue a notamment posé le diagnostic de douleurs au thorax d'origine peu claire (diagnostic différentiel: douleurs coronariennes) et recommandé une coronarographie et une réévaluation dans les 6 à 12 mois, en particulier en cas de recrudescence des douleurs.

4.7 La généraliste traitant la recourante a écrit qu'elle suspectait une hernie de la paroi abdominale (voire des adhésions après une opération en 2000) le 21 janvier 2016. Elle a surtout mentionné que les douleurs étaient situées sous le bord costal droit et qu'elles s'accroissaient, adressant sa patiente à un spécialiste en chirurgie du centre hospitalier. Dans l'écrit de celui-ci, du 3 février 2016, les diagnostics principaux de petite hernie ombilicale, de douleurs d'origine peu claire sous le bord costal droit (diagnostics différentiels: douleurs ombilicales, hernie ombilicale, douleurs musculo-squelettiques) et de status après l'opération du 24 mai 2000 ont notamment été retenus. Le diagnostic secondaire de syndrome lombovertébral en présence d'un trouble inflammatoire des facettes a aussi été mentionné. Selon ce document, la recourante a subi une importante entaille du côté droit du bord costal lors de l'opération de 2000 et a commencé à ressentir des douleurs sous la partie droite de celui-ci en octobre 2014 qui sont devenues permanentes dès octobre 2015 (voir aussi dos. AI 11/6). D'après un rapport de ce centre, du 16 février 2016, la recourante y a dès lors subi une opération le 11 février 2016 (laparoscopie diagnostique, adhésiolyse et cure de la hernie, voir dos. AI 11/3).

4.8 A la demande de l'assurance-maladie perte de gain, la médecin traitante a expliqué, le 27 juin 2016, que la recourante souffrait nuit et jour depuis plusieurs mois de fortes douleurs croissantes sous le bord costal, ainsi que de douleurs lombaires, mais qu'elle continuait de travailler. Elle a ajouté que le pronostic à long terme était bon (une thérapie cranio-sacrée semblait aider) et qu'une tentative de reprise du travail était envisagée à 50% le 1^{er} juillet 2016, une augmentation jusqu'à 80% paraissant possible. Le 30 juin 2016, elle a toutefois attesté que les douleurs et immobilisations au niveau de la colonne vertébrale lombaire s'étaient accrues (en raison de la hernie discale et d'arthrose). Elle a aussi indiqué qu'un travail en position debout ou impliquant des mouvements rotatifs sur la droite devait être évité.

4.9 Dans un rapport établi à l'attention de l'intimé le 18 juillet 2016, le chirurgien ayant opéré la recourante le 11 février 2016 a confirmé ses diagnostics. Il a toutefois précisé que seuls ceux de hernie ombilicale et de douleurs d'origine peu claire sous le bord costal droit influençaient la

capacité de travail. Il a de plus expliqué que l'activité exercée était encore exigible sans diminution de rendement. Le chirurgien a attesté une incapacité de travail à 100% du 11 au 25 février 2016 et déclaré qu'une reprise du travail pouvait être envisagée à 100% à partir du 26 février 2016.

4.10 Une neurologue s'est déterminée le 25 août 2016, posant les diagnostics de paresthésies et de douleurs dans les doigts (3 et 4 à droite) d'étiologie peu claire (diagnostic différentiel: symptomatique inflammatoire radiculaire C7, notamment), de hernie discale thoracique 10/11 avec rayonnement thoracique, de même que de douleurs dorsales lombaires en présence d'une hernie discale L4/5. Elle a expliqué que la recourante présentait depuis longtemps une perte de sensibilité dans les doigts ainsi que des douleurs à la flexion et à l'extension s'accroissant en cas de travail monotone, concluant néanmoins que la situation était normale sur le plan neurophysiologique et que les douleurs étaient difficiles à définir.

4.11 Le médecin traitant la recourante a adressé un rapport à l'intimé le 4 septembre 2016. Elle y a posé les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) de douleurs invalidantes de nature musculo-squelettique à droite et de douleurs lombo-sacrées récidivantes. Elle a essentiellement rappelé que sa patiente subissait des douleurs sous l'arc costal droit, ajoutant qu'aucun diagnostic clair n'avait jamais pu être posé à cet égard et que les douleurs avaient persisté malgré le traitement de la hernie ombilicale et les adhésiolyse. S'agissant des limitations subies par la recourante, elle a expliqué que les travaux en position debout ou impliquant des positions rotatives sur la droite déclenchaient de fortes douleurs, que les travaux seulement en position debout ou assise étaient exclus, de même que ceux en terrain irrégulier, impliquant le port et le soulèvement de charges, des travaux sur échelles/échafaudages, des activités nécessitant de se pencher, s'accroupir, s'agenouiller ou des mouvements au-dessus de la tête. Elle a conclu que l'activité exercée demeurait exigible (alors à 50%) sans réduction de rendement. Le pronostic a été jugé bon, le médecin espérant une amélioration grâce à une thérapie neurale (la physiothérapie et la thérapie cranio-sacrée n'ayant pas été concluantes et la recourante ne souhaitant plus de traitement de cortisone, voir dos. AI 25/8 et pièce justificative [PJ] 16 du recours), envisageant aussi de la bio-résonance et

de l'acupuncture. Une incapacité de travail à 100% a été attestée du 13 janvier au 1^{er} juillet 2016 puis à 50% pour une durée indéterminée.

4.12 Le 17 octobre 2016, un spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie du SMR a posé les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) de syndrome dorso-vertébral (accompagné d'une hernie discale D10/11) et de syndrome lombo-vertébral (suite à un traumatisme de charge et accompagné d'une hernie discale L4/5). Il a notamment aussi posé les diagnostics (sans effet sur la capacité de travail) de douleurs musculo-squelettiques du côté droit avec des douleurs lombo-sacrées récidivantes, de status après une cure de hernie ombilicale graisseuse avec adhésiolyse et réparation d'un déficit de la ligne médiane par laparoscopie, ainsi que de résection du cholédoque avec reconstruction par hépatico-jéjunostomie et cholécystectomie. Ce spécialiste a expliqué que le tableau clinique était compatible avec un syndrome lombo-vertébral et dorso-vertébral en présence de troubles dégénératifs (arthrose facettaire et ostéochondrose), relevant que les infiltrations avaient permis une amélioration des douleurs, ce qui démontrait le rôle de l'arthrose dans la problématique rachidienne. Il a ajouté qu'aucun indice ne suggérait un syndrome radiculaire sur les plans sensitivo-moteur, ni un canal étroit, un syndrome de la queue de cheval, une myélopathie, des fractures ou une spondylarthrite. Il a recommandé la prise d'antalgiques et le suivi de mesures de réhabilitation actives. Ce spécialiste a ajouté qu'aucune pathologie liée aux douleurs du bord costal accompagnée de limitations fonctionnelles n'avait été diagnostiquée malgré la réalisation d'examens neurologiques, rhumatologiques, cardiologiques, gastroentérologiques et chirurgicaux, ajoutant que le chirurgien ayant opéré la recourante n'avait décrit aucune limitation fonctionnelle liée à la hernie ombilicale et que la recourante n'avait jamais présenté la symptomatologie classique d'une maladie coronarienne durant son travail. Partant, au vu des troubles dégénératifs au niveau lombaire et dorsal, il a retenu qu'une activité légère s'exerçant en position changeante était exigible à 100% avec une diminution de rendement de 20% en raison d'un nombre de pauses augmenté, les positions fixes debout/assise, le travail au niveau des épaules et le port de charges loin du corps étant exclus, de même que le travail répété sur échelle/échafaudage, en flexion du tronc et en position agenouillée ou accroupie.

4.13 Le 20 mars 2017, un spécialiste en médecine interne et en maladies pulmonaires a notamment posé le diagnostic de pangastrites chroniques. Excluant une maladie d'apnée du sommeil, il a écrit que ses constatations n'expliquaient pas les douleurs de la recourante, celles-ci étant plutôt dues à une pangastrite chronique accompagnée de reflux gastro-œsophagien.

4.14 Le service des enquêtes a rédigé, le 5 avril 2017, les conclusions de son enquête ménagère du 28 février 2017. Dans ce rapport, il a souligné que la recourante vivait avec ses trois enfants et son mari. Ce service a de plus indiqué que sans atteinte à la santé, la recourante aurait continué à travailler à 80%. Il a en outre écrit qu'elle ne subissait aucun empêchement pour la tenue du ménage en tant que tel, pour les soins apportés aux membres de la famille et pour les courses. Il a toutefois constaté que l'époux de la recourante cuisinait et que ses filles s'occupaient des grands nettoyages de la cuisine ainsi que de dresser/débarrasser la table, la recourante n'exécutant cette dernière tâche qu'en l'absence de ses enfants et accomplissant seulement les nettoyages quotidiens. Le service des enquêtes a encore mentionné que la recourante était capable de s'occuper des nettoyages légers de l'appartement mais qu'elle avait renoncé à passer l'aspirateur, ses filles se chargeant de cette tâche. Il a aussi écrit que ces dernières s'occupaient de passer la serpillère, de nettoyer les sanitaires, de changer le linge de lit et des nettoyages à fond (ce que la recourante faisait auparavant). Il a encore été constaté que la recourante ne pouvait plus transporter, repasser ou ranger le linge, ni faire la lessive mais qu'elle était capable de trier le linge et de le plier. Enfin, ce service a finalement indiqué que les enfants de la recourante s'occupaient de l'élimination des déchets et du papier depuis que la recourante avait été opérée, tandis que les plantes étaient arrosées par son mari. Partant, un taux d'incapacité de 16,9% d'empêchement dans les travaux ménagers a été arrêté.

4.15 Selon son rapport du 10 avril 2017, une clinique universitaire pour la chirurgie et la médecine viscérales a posé les diagnostics principaux de douleurs persistantes dans la région du bord costal droit, ainsi que de status après les opérations des 24 mai 2000 et 11 février 2016. Selon cet écrit, la recourante a noté une légère amélioration, essentiellement au sujet des douleurs épigastriques, mais expliqué que les douleurs au niveau du

bord costal persistaient et se manifestaient surtout lors des mouvements. Un syndrome douloureux musculo-squelettique a été suspecté (voir aussi dos. AI 38/3 et 5) et la poursuite de la physiothérapie a été conseillée.

4.16 Avec ses objections, la recourante a produit un rapport d'un chirurgien orthopédique du 21 septembre 2017, dans lequel a surtout été posé le diagnostic de tendinite d'insertion isolée du muscle carré plantaire droit. Ce médecin a expliqué que la recourante souffrait d'une douleur persistante au bord du pied. Il a toutefois déclaré n'avoir jamais vu une telle problématique et évoqué la possibilité que la semelle orthopédique portée par la recourante soit en cause. Il a aussi envisagé la réalisation d'une infiltration de stéroïdes et mentionné un risque de rupture du tendon.

4.17 Le nouveau rhumatologue de la recourante s'est prononcé le 28 décembre 2017 et a surtout retenu le diagnostic de syndrome douloureux généralisé. Il a expliqué que la recourante avait subi un accident de travail le 24 décembre 2011 (chute en arrière) et qu'elle éprouvait depuis lors des douleurs au niveau du coccyx et de la colonne vertébrale, initialement lombaires puis également cervico-thoraciques. Il a aussi précisé que des douleurs thoraco-spondylogènes étaient venues s'ajouter depuis la cure de la hernie ombilicale. Le rhumatologue a encore exposé que tous les points diagnostics ("tender-points") d'une fibromyalgie étaient présents, ayant aussi constaté des tendomyoses prononcées et a recensé plusieurs trigger-points. Il a écrit que la recourante présentait en outre un déconditionnement général (insuffisance musculaire) dans le contexte d'une maladie de la douleur et d'inactivité physique. Il a de plus soupçonné, en recommandant un suivi psychiatrique, un mal-être dépressif chronique probablement réactif à la maladie douloureuse chronique et une problématique bio-psycho-sociale, l'amenant à supposer une évolution ayant débouché sur un trouble somatoforme d'assimilation de la douleur.

4.18 Le 15 mars 2018, le SMR, toujours par le même spécialiste, a confirmé ses diagnostics et les limitations fonctionnelles décrites dans son rapport du 17 octobre 2016. Il a expliqué en résumé que les éléments produits dans l'intervalle n'attestaient pas une détérioration de l'état de santé. Il a en particulier relevé que les diagnostics de trigger-points et de tendinomyoses étaient traitables, si bien qu'ils ne s'accompagnaient pas de

limitations fonctionnelles. Ce service a ajouté qu'il en allait de même du déconditionnement musculaire. Il a ainsi exclu le diagnostic de fibromyalgie retenu par le rhumatologue de la recourante, en précisant que ce dernier avait posé deux diagnostics expliquant les douleurs de sa patiente et qu'il n'avait pas démontré avoir exclu d'autres diagnostics avant de retenir celui de fibromyalgie. Le SMR a de plus rappelé que les chirurgiens viscéraux avaient effectué un bilan exhaustif de la problématique abdominale et qu'ils avaient exclu toute pathologie à ce niveau. Enfin, ce service a mentionné que seul le diagnostic de tendinite du pied droit était nouveau mais que celui-ci pouvait être traité par infiltration, si bien qu'il ne pouvait justifier une incapacité de travail significative de longue durée.

4.19 Le service des enquêtes a pris position le 28 mars 2018 sur les objections de la recourante et déclaré que ces dernières ne précisait pas comment l'intéressée s'organisait depuis que ses enfants avaient quitté son domicile, relevant qu'il se déduisait des arguments de la recourante que celle-ci parvenait néanmoins à réaliser seule certaines tâches. En suivant l'avis du SMR, le service des enquêtes a conclu que les empêchements ménagers n'étaient pas modifiés et que, même si tel devait être le cas, il n'en résulterait aucun changement significatif puisque la part de l'activité ménagère correspondait seulement à 20%. Un nouveau calcul de la perte de gain dans la part de 80% d'activité lucrative, tenant compte de la résiliation du contrat de travail au 31 janvier 2018 et du nouveau modèle de calcul de l'invalidité introduit dès le 1^{er} janvier 2018 pour le statut mixte, a abouti à un taux de 19,65% (le taux antérieur étant de 20%).

5.

Est tout d'abord litigieuse la force probante des rapports du SMR.

5.1 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 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

5.2 Les rapports du SMR (art. 49 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPG. 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]). 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).

5.3 En l'espèce, dans la décision contestée, l'intimé a suivi l'avis exprimé par le SMR dans ses rapports des 17 octobre 2016 et 15 mars 2018. D'un point de vue formel, il apparaît que ces documents se fondent sur l'ensemble du dossier médical, qu'ils discutent de manière approfondie les différents constats médicaux et qu'ils décrivent les difficultés rapportées par la recourante. Les conclusions du spécialiste du SMR sont par ailleurs motivées et compréhensibles. Néanmoins, à mesure qu'est notamment litigieuse la question de l'influence sur la capacité de travail de douleurs musculo-squelettiques de nature psychosomatique et psychique, pour que les qualifications médicales de l'auteur de ces rapports (en médecine interne générale et en rhumatologie) suffisent à satisfaire aux conditions jurisprudentielles relatives à la force probante des rapports médicaux (de surcroît, en l'espèce, établis sans examen personnel), il faut que l'évaluation de synthèse du médecin interne à l'assurance se fonde sur des bases médicales certaines et complètes ressortant du dossier. Cette question relève de l'appréciation matérielle du caractère probant de l'avis du SMR (voir c. 5.4).

5.4 Sur le plan matériel, il convient de constater que le SMR a en l'occurrence établi le profil d'exigibilité de la recourante au vu des troubles dégénératifs de la colonne vertébrale lombaire et thoracique (arthrose facettaire, ostéochondrose et spondylose, voir dos. AI 27/2 et 27/4 ainsi que 60/11). Il a pour le reste nié que les affections somatiques traitables (déconditionnement musculaire, tendinite du pied droit, trigger-points et tendinomyses) puissent influencer le profil d'exigibilité (ce dernier se limitant en particulier à une activité légère). Le SMR a aussi nié toute limitation fonctionnelle découlant de la petite hernie ombilicale, en soulignant que le chirurgien ayant traité cette dernière avait nié que son intervention puisse avoir une telle conséquence. Il a encore exclu que les douleurs au bord costal droit puissent s'accompagner de limitations fonctionnelles, puisque cette problématique a fait l'objet d'investigations par plusieurs spécialistes sans qu'une pathologie n'ait pu être objectivement diagnostiquée (ce qu'a du reste confirmé la médecin traitant la recourante

le 4 septembre 2016, voir c. 4.11). A ce sujet, bien qu'on puisse relever (ainsi que l'a évoqué la recourante, voir art. 9 du recours), que l'absence de diagnostic précis relatif aux douleurs musculo-squelettiques n'est pas déterminante en soi (ce qui importe ce sont les conséquences de l'atteinte à la santé, voir c. 2.1), point n'est cependant besoin d'examiner davantage cette question. La question de savoir si c'est à juste titre que le SMR a uniquement tenu compte des affections objectivables pour fonder ses conclusions peut demeurer indéterminée. En effet, en tant que ce service a écarté l'hypothèse de douleurs musculo-squelettiques de nature psychosomatique, somatoforme et/ou psychique, notamment dépressive, celui-ci ne saurait de toute manière être suivi, dans les circonstances d'espèce. Le développement du spécialiste en médecine interne et en rhumatologie du SMR (d'après lequel les diagnostics de trigger-points ainsi que de tendinomyoses expliquent les douleurs de la recourante et sont traitables, ce qui justifie d'écarter le diagnostic de fibromyalgie, voir dos. AI 60/8 § 2), ne s'impose effectivement pas à un degré de vraisemblance prépondérante (degré de preuve usité en droit de assurances sociales, voir ATF 138 V 218 c. 6). Tout d'abord, force est de constater que le dernier rhumatologue de la recourante a évoqué la présence de trigger-points et de tendinomyoses (ou tendomyoses) après avoir posé le diagnostic de fibromyalgie et en spécifiant que les tender-points examinés étaient tous positifs (soit 18 points de contrôle permettant de retenir ce diagnostic lorsque 11 d'entre eux sont douloureux à la pression; à distinguer toutefois des trigger-points, voir Pschyrembel, *Klinisches Wörterbuch*, 2017, p. 578 s. et 1834). Certes, le rhumatologue traitant a fait état de trigger-points au niveau du muscle élévateur de la scapula à gauche alors que cette localisation constitue précisément un point de fibromyalgie. Néanmoins, au vu de la définition des trigger-points (soit une zone irritable conduisant à une tension musculaire ou réagissant au contact et à la pression par des douleurs éventuellement ressenties dans une autre partie du corps), l'explication du SMR (selon laquelle les points de fibromyalgie sont douloureux suite à des pressions plus faibles que celles appliquées pour détecter les trigger-points, de sorte qu'en résumé, la manifestation des seconds implique que le rhumatologue n'a pas constaté la survenance de douleurs lors de l'examen des premiers, voir p. 4, ch. 6 de la prise de position du SMR du 14 août 2018), n'est pas convaincante. Rien dans le

rapport du rhumatologue de la recourante ne permet d'ailleurs de confirmer l'interprétation du SMR. En outre, même sans tenir compte de cet élément, il demeurerait plus de 11 points de fibromyalgie positifs, d'après le rapport de ce médecin (étant encore précisé qu'alors qu'il l'a fait pour les trigger-points, le SMR ne s'est pas prononcé plus avant sur une éventuelle interaction entre le diagnostic de fibromyalgie et celui de tendinomyoses). Partant, la conclusion du spécialiste de ce service, tendant à ce que le diagnostic de trigger-points supplante celui de fibromyalgie, ne saurait l'emporter face à l'avis du rhumatologue consulté en dernier lieu par la recourante. Cela vaut quand bien même le rhumatologue traitant qui a avancé l'hypothèse de diagnostics psychosomatiques ou psychiques chez la recourante ne dispose pas plus que le médecin du SMR d'une spécialisation en psychiatrie. Le rapport du rhumatologue consulté par la recourante présente toutefois une caractéristique renforçant son caractère probant, à savoir qu'il se fonde sur un examen personnel minutieux. Certes, le rhumatologue consulté a aussi rapporté que la recourante connaissait des problèmes psycho-sociaux (voir dos. AI 51/4; perte de son emploi et fin du versement des indemnités journalières en janvier 2018). Certes également, la recourante n'était pas encore suivie par un psychiatre lors de l'établissement du rapport de son rhumatologue du 28 décembre 2017 (ce qui est désormais le cas, voir dos. AI 67/96) et elle n'a pas donné suite au plan de traitements proposé par ce dernier (contrairement à ce qu'elle laisse entendre dans son recours, voir art. 11, 15 § 2 et 20 ch. 2, voir aussi p. 3 s., ch. 2, 4 et 6 de la prise de position du SMR du 14 août 2018 ainsi que p. 2 s. de la réplique), cessant de se rendre en consultation auprès de lui et annulant notamment aussi ses rendez-vous auprès d'une clinique de radiologie (voir dos. AI 51/5). Son comportement ne saurait pour autant permettre d'ignorer le diagnostic de fibromyalgie et/ou de symptomatologie dépressive retenu par le rhumatologue traitant, que les rapports du SMR ne suffisent pas à écarter de façon probante. Cela se justifie d'autant plus qu'un diagnostic psychique a par la suite été retenu par le psychiatre consulté depuis janvier 2018 (à savoir un épisode dépressif moyen, voir dos. AI 67/96). A ce sujet, il est vrai que celui-ci a été posé dans un rapport du 17 juin 2018 postérieur au prononcé litigieux et qu'il ne devrait en principe pas être pris en considération dans la présente procédure (voir c. 4; une telle atteinte qui serait intervenue en réaction au prononcé d'une

décision serait du reste réputée dépourvue de caractère invalidant, voir TF 9C_125/2015 du 18 novembre 2015 c. 7.2.1 et les références citées, voir aussi dos. AI 67/97). Il convient néanmoins aussi de prendre en compte que le rhumatologue consulté par la recourante avait déjà fait mention de la nécessité d'un suivi psychologique/psychiatrique à fin 2017, ayant en effet évoqué un développement dépressif chronique, de même qu'un trouble de l'assimilation de la douleur, dans son rapport du 28 décembre 2017. Le fait que la généraliste traitante, le 27 septembre 2018, explique les douleurs par référence à des troubles neuropathiques indépendants et non de nature fibromyalgique, psychique ou psychiatrique, du fait de la force de caractère des sa patiente (voir PJ 16 et aussi 19 du recours), ne permet pas, ainsi que le soutiennent l'intimé et le SMR, d'exclure ces maux sans en investiguer la nature.

5.5 Il s'ensuit que le caractère invalidant des douleurs musculo-squelettiques ne peut d'emblée être nié et que cette problématique doit être investiguée d'abord médicalement puis, le cas échéant, appréciée sous l'angle (juridique) des indicateurs standards découlant de la jurisprudence du TF (ATF 143 V 418 c. 7 et 7.2, 141 V 281 c. 4.1), contrairement au point de vue du SMR (voir dos. AI 67/34). Or, en l'état du dossier, soit sans une appréciation médicale pluridisciplinaire incluant un volet psychiatrique comportant une proposition d'évaluation structurée (voir ATF 144 V 50 c. 4.3, 141 V 281 c. 5.2.2), de même qu'en l'absence d'indications sur les éventuelles fluctuations de l'atteinte, un tel examen n'est pas possible. Partant, la décision attaquée doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour la mise en œuvre d'une expertise comprenant non seulement un volet somatique mais aussi un volet psychiatrique. Après avoir pris connaissance des résultats de celle-ci, l'intimé procédera à une nouvelle appréciation de l'invalidité sur cette base médico-théorique consolidée qui tiendra compte de l'évaluation médicale et de son évolution, des changements dans la situation économique de la recourante, de l'exigibilité de la mise à profit de ses capacités fonctionnelles résiduelles sur le marché du travail et des modifications législatives concernant le calcul de l'invalidité pour les assurés exerçant une activité à temps partiel (étant précisé que le taux d'invalidité doit néanmoins être déterminé selon l'ancienne pratique, s'agissant d'un éventuel droit à une rente jusqu'au 31 décembre 2017, voir

ATF 140 V 41 c. 6.3.1, 132 V 215 c. 3.1.1, Lettre circulaire AI n° 355 de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS] du 26 mai 2017, p. 1 et Lettre circulaire AI n° 372 de l'OFAS du 9 janvier 2018).

6.

6.1 En conclusion, le recours est admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

6.2 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^{bis} LAI et 108 al. 1 et al. 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

6.3 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). En l'espèce, assistée d'un avocat agissant à titre professionnel, la recourante a droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA. L'avocat de cette dernière a en l'occurrence produit une note d'honoraires datée du 24 octobre 2018. Celle-ci porte toutefois en partie sur des activités antérieures à la décision attaquée (soit les tâches effectuées du 22 août 2017 au 18 avril 2018). Partant, pour les montants qui s'y rapportent (totalisant Fr. 1'358.95) et qui se composent de Fr. 1'341.65 d'honoraires (5h50 à Fr. 230.-) ainsi que de Fr. 17.30 de débours, la recourante ne peut prétendre à des dépens (art. 52 al. 3 LPGA; ATF 140 V 116 c. 3.4). Au surplus, cette note d'honoraires ne prête pas à discussion compte tenu de l'importance et de la complexité objectives de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables. Les dépens sont ainsi fixés à Fr. 2'890.95 (Fr. 2'655.05 d'honoraires, Fr. 29.20 de débours et Fr. 206.70 de TVA [taux de 7.7%]; voir art. 41 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11], art. 13 de

l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811]).

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. 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. L'avance de frais de Fr. 800.- versée par la recourante sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 2'890.95 (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué (A):
 - à la Caisse de pension C._____.

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).