

200.2018.884.AI
N° AVS
NIG/REN

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

Jugement du 3 juin 2019

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
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 25 octobre 2018



En fait:

A.

A. _____, née en 1970, sans enfant, est entrée en Suisse en 2000 et s'y est mariée en 2013. Elle est titulaire d'une autorisation de séjour. Essentiellement au bénéfice d'une formation commerciale sanctionnée par un brevet acquis dans son pays d'origine, l'assurée a travaillé en dernier lieu en tant que dame de compagnie jusqu'en juin 2011. Dès août 2011, elle a perçu des prestations de l'assurance-chômage, puis, à la suite de plusieurs périodes intermittentes d'incapacité de travail médicalement attestée à 100%, a été soutenue par les services sociaux.

B.

Le 13 février 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI), en invoquant une maladie, à savoir une arythmie cardiaque présente depuis l'adolescence et ayant nécessité trois opérations (remplacement de la valve aortique). Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a recueilli le dossier médical de l'assurée auprès des médecins traitant cette dernière, ainsi que des renseignements de l'assurance-chômage, de l'Office fédéral des migrations (désormais: Secrétariat d'Etat aux migrations) et des services sociaux. L'Office AI Berne a ensuite consulté le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), avant d'organiser une mesure d'entraînement au travail du 10 juin au 26 septembre 2014. A son issue et dès lors que l'assurée a subi une attaque cérébrale le 8 octobre 2014, l'Office AI Berne a sollicité l'avis du SMR à plusieurs reprises et, en suivant les recommandations de celui-ci, complété le dossier médical de l'assurée par la production de nouveaux rapports, notamment d'IRM. Le SMR s'est ensuite prononcé une nouvelle fois le 9 juin 2015. L'assurée étant désormais domiciliée dans le canton du Jura, l'Office AI Berne a alors délégué à l'Office AI Jura la mise en œuvre de mesures professionnelles. Un placement à l'essai a été organisé du 1^{er} octobre 2015 au 27 mars 2016, après quoi l'assurée a obtenu un emploi

à temps partiel et pour une durée indéterminée. L'Office AI Berne a par conséquent mis fin aux mesures de réadaptation, ce qui a été communiqué à l'assurée le 9 août 2016. Il a ensuite requis de nouveaux documents médicaux auprès des médecins traitant l'assurée et sollicité encore une fois l'avis du SMR. Le 26 mai 2017, l'Office AI Berne a rendu une première préorientation niant le droit de l'assurée à une rente AI. En raison des objections formées par l'assurée contre cet acte le 7 juin 2017, l'Office AI Berne a recueilli des rapports médicaux supplémentaires et consulté le SMR à deux reprises, avant de délivrer une seconde préorientation datée du 12 septembre 2018 et rejetant la demande de rente de l'assurée. Le contenu de cette préorientation a été confirmé par décision de l'Office AI Berne du 25 octobre 2018.

C.

Désormais représentée par un avocat et par recours du 26 novembre 2018, auquel était intégrée une requête d'assistance judiciaire, la recourante a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant en substance à l'annulation de la décision de l'Office AI Berne du 25 octobre 2018, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et éventuellement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, notamment par l'exécution d'une expertise, puis décision d'octroi d'une rente, le tout sous suite de frais et dépens, sous réserve des dispositions relatives à l'assistance judiciaire. Dans sa réponse du 4 janvier 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours, renvoyant au surplus à la décision contestée. Par envoi du 29 janvier 2019, la recourante a produit deux pièces supplémentaires. Elle a encore transmis un rapport médical le 20 février 2019. L'intimé a renoncé à prendre position sur ce document, ce qu'elle a fait savoir dans une prise de position du 8 mars 2019.

En droit:

1.

1.1 La décision du 25 octobre 2018 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de la recourante à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et l'octroi d'une rente entière d'invalidité, éventuellement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, notamment par la mise en œuvre d'une expertise et nouvelle décision. Sont particulièrement critiqués par la recourante l'avis de l'intimé selon lequel elle est en mesure d'exercer une activité à un taux supérieur à 50% et la détermination du revenu d'invalidé au moyen de données statistiques alors qu'un salaire est effectivement perçu.

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. 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 Selon l'art. 28 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), 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.

Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré (al. 1). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (al. 2).

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

2.4 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Dans la décision contestée du 25 octobre 2018, l'intimé a en résumé retenu que la recourante était en mesure d'exercer à un taux de 100% une activité légère s'exerçant en positions changeantes mais surtout en position assise, cela avec une baisse de rendement de 30% en raison d'un besoin de pauses accru engendré par des problèmes vasculaires. En indiquant que la recourante était sans emploi, l'intimé a déterminé le revenu d'invalidé de cette dernière au moyen de chiffres statistiques, en procédant à une réduction de 30% sur ceux-ci afin de tenir compte de la diminution de rendement précitée. L'intimé a également tenu compte d'un abattement de 10% sur le salaire moyen statistique pris en considération, dès lors que les domaines d'activité possibles sont réduits du fait de l'atteinte à la santé. Par comparaison à un revenu sans invalidité également défini sur la base de données statistiques, l'intimé a en définitive arrêté le taux d'invalidité de la recourante à 37%, soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. L'intimé a donc nié l'existence d'un tel droit.

3.2 Dans son recours, la recourante explique qu'elle s'est investie pleinement dans le processus de réadaptation et qu'elle a accepté un entraînement au travail au taux de 85% recommandé par le SMR, alors que son médecin-traitant avait déconseillé un taux de plus de 50%. Elle souligne qu'il en est résulté une atteinte à sa santé. La recourante affirme aussi qu'elle a déployé tous les efforts possibles pour exploiter au mieux sa capacité de travail en tant que vendeuse et relève que l'intimé a admis, à la fin du placement à l'essai, que son emploi à 50% était parfaitement adapté à son état de santé, tant son employeur que l'Office AI Jura ayant reconnu qu'elle avait ainsi atteint ses limites. La recourante prétend que son revenu de vendeuse constitue le revenu d'invalidé déterminant et que l'intimé ne pouvait retenir un taux d'activité supérieur, en particulier sans se fonder sur une expertise. Elle rappelle qu'elle souffre d'une maladie qui peut être réactivée par le stress ou une fatigue excessive et soutient qu'aucun élément au dossier ne permet de retenir qu'un taux plus important serait exigible. Enfin, elle avance que même si un taux de 100% devait être retenu, il faudrait déterminer le revenu d'invalidé en doublant son revenu actuel, si bien qu'elle aurait au moins droit à une demi-rente d'invalidité.

4.

En l'espèce, jusqu'au prononcé de la décision attaquée (les faits survenus postérieurement, à l'instar de ceux visés par le rapport du 18 février 2019, versé en procédure le 20 février 2019, n'étant en principe pas déterminants, voir ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1, voir aussi c. 5.4 ci-après), le dossier contient les éléments médicaux principaux suivants.

4.1 Selon un rapport gynécologique du 15 mai 2000, la recourante a été hospitalisée en raison d'une anémie sévère qui a engendré une baisse de l'état général. Un diagnostic d'utérus myomateux a été posé (dossier [dos.] AI 17/100) et les examens ont révélé une insuffisance aortique sévère. La recourante a dès lors été hospitalisée du 4 au 24 juillet 2000 et une réparation valvulaire aortique a été pratiquée le 6 juillet 2000 (dos. AI 17/99). D'après le rapport du département chirurgie d'un hôpital cantonal, daté du 24 juillet 2000, une occlusion de l'artère sous-clavière gauche avec

vol sous-clavier gauche à partir de l'artère vertébrale a notamment aussi été diagnostiquée, de même qu'une hémoglobinopathie (dos. AI 17/93). La recourante a ensuite souffert d'une toux progressive avec expectorations, d'une dyspnée d'effort et de douleurs abdominales, si bien qu'elle a fait l'objet d'une nouvelle hospitalisation du 2 juillet au 26 juillet 2001. Le diagnostic de décompensation cardiaque globale sur insuffisance aortique sévère a alors été retenu (dos. AI 17/84, voir aussi dos. AI 17/81). Le 9 juillet 2001, la recourante a subi une intervention aux fins du remplacement de la valve aortique et de celle de l'aorte ascendante (dos. AI 17/82). Le 8 janvier 2003, elle a encore été hospitalisée après un vertige et des nausées. Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral (AVC) régressif du territoire vertébro-basilaire a été retenu et celui d'occlusion de l'artère sous-clavière gauche avec vol permanent sur l'artère vertébrale gauche a été confirmé (dos. AI 17/62). Après une série de contrôles (dos. AI 17/51-58), une intervention a encore été pratiquée le 27 février 2007, principalement pour le remplacement de la valve biologique (dos. AI 17/49). Dans un rapport du service des soins intensifs de l'hôpital précité, les diagnostics de polychondrite atrophiante avec atteinte cardio-vasculaire, probable atteinte laryngée et sclérite récidivante ont en particulier été mentionnés en tant qu'antécédents personnels (dos. AI 17/39). La recourante a été hospitalisée jusqu'au 4 mars 2007 (dos. AI 17/36) puis, dès avril 2007, elle a souffert d'une asthénie associée à des palpitations. Une anémie a alors été décelée, de même qu'un syndrome inflammatoire chronique (dos. AI 17/26). Selon un rapport du 12 novembre 2008 du service d'immunologie et d'allergologie du même hôpital, aucun signe de récurrence de la polychondrite atrophiante n'a été observé après une année de suivi et il n'est plus apparu de signe d'anémie ou de syndrome inflammatoire (dos. AI 17/4).

4.2 Dans un rapport du 25 février 2013, un spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie a retenu les diagnostics (avec effets sur la capacité de travail) de polychondrite atrophiante, d'anémie récurrente d'origine multifactorielle, de tachyarythmie supraventriculaire intermittente et d'hypergammaglobulinémie polyclonale d'origine incertaine. Cet écrit a été établi suite à une hospitalisation du 19 septembre au 21 décembre 2012 en raison d'une tachycardie, la recourante s'étant plainte de

palpitations persistantes dans un contexte d'anémie sévère (dos. AI 7/12). Ce médecin a indiqué que sa patiente présentait notamment une fatigabilité accrue, une résistance physique moindre, une faiblesse musculaire du membre supérieur gauche et une susceptibilité élevée au stress. Il a ajouté que le rendement était diminué et que les phases de récupération étaient prolongées. Il a encore expliqué que, globalement, la charge de travail supportable n'excédait probablement pas 50% mais qu'une activité adaptée restait possible pour autant qu'elle ne soit pas physiquement astreignante et permette des périodes de récupération. Une reprise du travail a été jugée envisageable mais à 50% au plus (dos. AI 7/2 et 7/9).

4.3 Une spécialiste en médecine générale du SMR s'est prononcée le 27 août 2013. Elle a alors retenu les diagnostics (avec effets sur la capacité de travail) d'un status après une opération de la valve aortique, d'occlusion partielle de l'artère sous-clavière gauche, d'une augmentation polyclonale des gammaglobulines (d'origine inconnue) et d'hétérozygotie de l'hémoglobine S. Cette spécialiste a écrit que les palpitations et l'importante carence en fer de la recourante ne justifiaient pas une diminution à 50% et sur le long terme du taux de travail exigible. Elle a relevé que la polychondrite n'était plus active et que la valve aortique fonctionnait bien, ajoutant que les anomalies sanguines étaient le signe d'une activité latente d'infection ou auto-immune qui pouvait provoquer une fatigabilité légèrement élevée. Elle a toutefois précisé que les mouvements intenses et continus du bras gauche devaient être évités, du fait de l'occlusion partielle de l'artère sous-clavière. Partant, elle a confirmé qu'il existait des atteintes à la santé affectant la capacité de gain mais a considéré que ceux-ci n'étaient pas aussi graves. La spécialiste du SMR a conclu qu'un travail léger (à cause du cœur, de l'aorte et de l'artère sous-clavière gauche) était exigible à 85%, avec une petite restriction (du temps ou du rendement) et que des mesures professionnelles étaient envisageables.

4.4 Selon un rapport établi le 8 septembre 2014 par le centre de réadaptation professionnelle auprès duquel la recourante a accompli un entraînement au travail du 10 juin au 26 septembre 2014, le taux de présence de celle-ci a été de 70% (au lieu des 85% convenus), les absences ayant été dues à la fatigue. Le rapport indique que la recourante

ressent de la fatigue tous les jours dès le début de l'après-midi et qu'elle ne parvient alors plus à se concentrer, ni à retenir les informations données. Le document mentionne aussi que la recourante peut rester assise toute une journée et environ 30 minutes en position debout, la recourante s'étant plainte de vertiges après environ deux heures de concentration et après 30 minutes, s'agissant de travaux plus physiques. Il est encore mentionné que la recourante peut effectuer des tâches simples et répétitives. Selon le rapport, le rendement de la recourante a été de 18.68% et 21.02% (selon les activités), soit en deçà de ce qui peut être attendu dans l'économie libre.

4.5 Le 8 octobre 2014, la recourante a été victime d'un malaise et a dû être hospitalisée jusqu'au 21 novembre 2014 (dos. AI 43/8-15). D'après les conclusions d'un hôpital universitaire, le diagnostic d'AVC ischémique subaigu du pont gauche d'origine peu claire a été retenu (dos. AI 43/15, voir aussi dos. AI 48/3). Dans ce contexte, la recourante a subi un examen neuropsychologique qui a conclu à la présence d'un ralentissement psychomoteur important, de troubles attentionnels massifs augmentant proportionnellement à la charge cognitive demandée et de troubles importants de la compréhension des consignes. L'auteur de ce rapport a alors écrit qu'un retour au travail semblait très compromis dans un milieu non protégé, les tâches semi-complexes et complexes nécessitant des capacités attentionnelles et/ou une vitesse de traitement étant jugées extrêmement difficiles pour la recourante (voir aussi dos. AI 43/9).

4.6 Dans son écrit du 18 février 2015, la spécialiste du SMR a relevé que l'AVC d'octobre 2014 avait eu lieu avant l'entraînement au travail et que les résultats de ce dernier ne pouvaient être expliqués par cet incident. D'après elle, le rendement a été si mauvais qu'il ne peut s'expliquer par des raisons de santé. La spécialiste a répété que les problèmes cardiaques et sanguins pouvaient expliquer la fatigue mais pas dans la mesure décrite. D'après cette médecin, la fatigue, le manque de concentration, la lenteur et la mauvaise mémoire sont en outre des signes non-spécifiques qui ne peuvent être attribués sans autre à l'AVC car ils s'observent aussi dans des situations différentes. Selon la spécialiste du SMR, il convient aussi de

vérifier si la coopération était bonne avant de tirer des conclusions du bilan neuropsychologique.

4.7 Le cardiologue de la recourante a délivré un nouveau rapport médical le 26 janvier 2015. Dans celui-ci, il a principalement retenu les diagnostics de vasculite d'origine incertaine, de valvulopathie aortique avec insuffisance sévère et aortite anévrysmale corrigées, de polychondrite atrophiante, d'anémie récurrente d'origine multifactorielle, d'utérus myomateux, de même que d'hypergammaglobulinémie polyclonale d'origine incertaine. Il a retenu que les causes de l'AVC de 2014 étaient incertaines mais exprimé son mécontentement par rapport à l'entraînement au travail accompli par la recourante, déclarant que même si le travail effectué durant cette mesure était physiquement peu astreignant, les déplacements quotidiens en transport public étaient trop lourds pour elle. Le 19 février 2015, ce médecin a précisé que l'état de santé demeurait inchangé sur le plan cardiologique depuis le 8 octobre 2014 mais a relevé qu'il existait de nouveaux constats médicaux, soit une vasculite en cours d'investigation et un ralentissement psychomoteur, de même que des troubles de l'attention et de la concentration. Le cardiologue a rappelé que la recourante était fragilisée, qu'elle présentait une sensibilité au stress et une fatigabilité élevée, ainsi que des conséquences difficiles à appréhender sur la réactivation de la vasculite, de la polychondrite ou d'autres manifestations auto-immunes. Il a ajouté que sa patiente était inapte à toute activité physique astreignante, de même qu'à fournir des efforts de concentration durables. Il a enfin indiqué qu'une activité en atelier protégé n'excédant pas 50% (à raison d'un jour sur deux) était éventuellement exigible (avec des temps de trajets n'excédant pas 30 minutes) mais qu'une activité quotidienne suivie, même partielle, ne lui paraissait pas exigible. Il a attesté une incapacité de travail à 100% depuis le 8 octobre 2014 et indiqué que le pronostic était réservé.

4.8 La spécialiste du SMR s'est également déterminée le 20 mars 2015. Elle a alors évoqué que les bases intellectuelles n'étaient déjà pas très bonnes avant l'AVC de 2014 et que la fatigue mentale ne s'expliquait pas par un problème de santé. Cette spécialiste a nié tout lien de causalité entre l'AVC de 2014, d'une part, et la lenteur de la recourante, de même

que l'atteinte à la vigilance, d'autre part. S'agissant des déficits neuropsychologiques, la spécialiste du SMR a sollicité la production de nouveaux rapports médicaux, puis, une fois obtenus, s'est prononcée le 9 juin 2015. Dans cet écrit, elle a remis en cause la survenance d'un AVC en 2014, au motif notamment que la recourante n'avait pas montré de signe d'infarctus cérébral lors de son admission à l'hôpital mais seulement une faiblesse générale. Elle a aussi contesté la survenance d'un AVC en 2003, en retenant qu'il s'agissait tout au plus d'une attaque ischémique transitoire. Elle a rappelé que son profil d'exigibilité tenait compte d'une perte de performance de 15% du fait du statut cardiaque et d'une thalassémie alpha (pouvant d'après elle expliquer une certaine fatigabilité physique) et que ni la lenteur, ni la fatigue pour les activités en position assise sollicitant légèrement l'intellect ne s'expliquaient médicalement. La spécialiste du SMR a par conséquent retenu, s'agissant des diagnostics avec effets sur la capacité de travail, une thalassémie alpha et un état consécutif à une valvuloplastie dans un contexte de polychondrite. Elle a dès lors conclu que son profil d'exigibilité était toujours valable.

4.9 Au sujet du placement à l'essai réalisé par la recourante à partir du 1^{er} octobre 2015, l'Office AI Jura a indiqué, dans son rapport du 20 janvier 2016, que celle-ci avait fait des efforts importants pour atteindre un taux de présence d'environ 50% et qu'elle était parfois allée travailler le samedi pour compenser ses absences, dues à des raisons de santé (souvent une fatigue très importante). Il a aussi été mentionné que la recourante estimait ne pas être en mesure de travailler à plus de 50% et que son employeur était du même avis, cette dernière ayant confié que la recourante mettait deux à trois fois plus de temps pour effectuer ses tâches et que son rendement était certainement diminué d'au moins 50%. Après prolongation de la mesure jusqu'au 27 mars 2016, l'Office AI Jura a rédigé son bilan final le 16 mars 2016 et confirmé le contenu de son premier rapport. Il a cependant ajouté que la recourante avait essayé d'augmenter son taux de présence mais sans y parvenir et que l'employeur de la recourante était très complaisante avec elle, si bien que les conditions du placement à l'essai n'étaient pas celles qui règnent sur le marché de l'emploi.

4.10 Le cardiologue de la recourante a adressé un nouveau rapport à l'intimé le 28 novembre 2016. Dans celui-ci, il a retenu les diagnostics de vasculite d'origine incertaine, de polychondrite atrophiante, ainsi que d'anémie. Il a précisé que le ralentissement psychomoteur persistait, de même que les troubles de l'attention, les troubles de la concentration, la fatigabilité accrue et la susceptibilité accrue au stress. Dans ce document, il a aussi écrit que la recourante présentait une faible résistance à l'effort physique, une rapide fatigabilité, de même que des difficultés de concentration et de lecture prolongée entraînant des céphalées, des nausées et des vertiges. Le cardiologue a conclu que la recourante était en mesure d'assumer un taux d'activité de 50% (en comptant les temps de déplacements) dans un travail adapté, avec un rendement n'excédant pas 50%, si bien que la capacité de travail réelle était en définitive de 20 à 25%. Le cardiologue a expliqué que seul un travail peu astreignant sur le plan physique et psychique, avec un temps de présence limité et un rendement réduit était exigible, le port et le soulèvement de lourdes charges étant exclus. Ce médecin a aussi déclaré que l'activité actuelle de vendeuse dans un petit magasin lui paraissait être une solution idéale et inespérée.

4.11 Le 10 février 2017, la spécialiste du SMR a rappelé que la fonction du cœur était bonne depuis la valvulopathie, qu'aucune anémie importante n'existait malgré la présence d'une thalassémie alpha, que l'AVC de 2003 était en réalité une attaque ischémique transitoire sans conséquence et que l'AVC de 2014 n'avait eu aucun impact sur le plan neurologique. Ainsi, cette spécialiste a retenu qu'aucune constatation objective ne permettait de nier que la recourante est capable de travailler durant une journée entière, ni de retenir que la capacité de travail est altérée de manière importante. Se fondant sur un rapport neurologique qui conclut à l'absence de contre-indication à ce que la recourante obtienne un permis de conduire (voir dos. AI 73/2), cette spécialiste a relevé que cette appréciation était incompatible avec le profil d'une personne ralentie dans une mesure importante. Elle a aussi contesté l'avis du cardiologue de la recourante, en rappelant qu'il évaluait au départ la capacité de travail à 50% alors qu'il affirme à présent qu'elle n'est plus que de 25% et ce en incluant désormais les trajets en transport public. En outre, la spécialiste du SMR a déclaré qu'il était hasardeux de sa part de prétendre que l'AVC était dû au stress alors que

son origine était incertaine. Elle a encore souligné que le cardiologue se fondait en partie sur des données non médicales (telles que le parcours de vie de la recourante). Partant, elle a indiqué que l'évaluation de la capacité de travail du cardiologue de la recourante n'était pas médicalement justifiée.

4.12 Le 6 septembre 2017, le cardiologue de la recourante a rappelé que les facteurs pouvant provoquer des poussées de polychondrite atrophiante étaient multiples et difficiles à cerner, le stress, la surcharge physique et une fatigue excessive étant notamment susceptibles de réactiver la maladie. Ce médecin a répété que le taux d'activité de la mesure d'entraînement au travail avait été excessif au vu de l'état de santé de la recourante. Il a affirmé qu'il était très probable que l'accumulation de fatigue ait joué un rôle sur le système immunitaire et que celle-ci ne soit pas étrangère à la réactivation de la maladie, de même qu'à la complication cérébro-vasculaire, la recourante souffrant aussi d'une anémie récurrente susceptible d'interférer avec ses capacités d'effort.

4.13 Un spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie du SMR s'est finalement déterminé le 29 janvier 2018 et a essentiellement retenu les diagnostics (avec effets sur la capacité de travail) de polychondrite atrophiante, d'hypergammaglobulinémie sans monoclonalité, de sclérite récidivante, de probable chondrite laryngée, d'insuffisance valvulaire aortique avec épisode de décompensation cardiaque globale avant opération, ainsi que de vasculite avec, en particulier, une obstruction de l'artère sous-clavière gauche et un syndrome d'un vol sous-clavier sur l'artère vertébrale gauche, un accident vasculaire régressif en 2003 et un AVC en 2014. Après avoir sollicité de nouveaux rapports neurologiques (dos. AI 91/2, 97/1 et 99/2; selon lesquels une atteinte neuropsychologique est présente et se manifeste par une lenteur, un manque du mot modéré et des difficultés de concentration), ce spécialiste a conclu, le 1^{er} mai 2018, qu'une activité légère s'effectuant en positions changeantes mais surtout en position assise était exigible à 100% avec une baisse de rendement de 30% en termes de nombre de pauses augmenté (du fait du problème vasculaire du bras gauche et d'un problème sensitif de la main droite; voir dos. AI 43/20), le travail au niveau des épaules, le travail loin du corps, les travaux sur échelle ou échafaudage, les activités à haut risque de chute,

l'usage de machines sciantes/coupantes, les activités répétées en ante-flexion du tronc, en position accroupie ou agenouillée, sur terrain instable, ainsi que l'usage répété d'escaliers ont été jugés inexigibles. D'après le rapport du SMR, ce profil est valable au plus tard en février 2015, soit trois mois après l'AVC et avec une récupération complète sur le plan neuropsychologique. De plus, il était a priori valable avant l'AVC de 2014 (mais avec une baisse de rendement de 20%), étant admis que de mars à juin 2014 et d'octobre 2014 à janvier 2015, la recourante était à 100% incapable de travailler.

4.14 Le 5 octobre 2018, le cardiologue de la recourante a encore rappelé que toute surcharge physique ou psychique durable pouvait interférer avec l'immunité et réactiver la maladie, l'AVC de 2014 en étant un exemple. Il a précisé que l'évolution était stable, de même que la dégénérescence de la bioprothèse valvulaire et il a enfin déclaré qu'il maintenait que la recourante présentait une invalidité d'au moins 50%.

5.

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'occurrence, dans la décision contestée, l'intimé a suivi l'avis exprimé par le SMR dans ses rapports des 29 janvier et 1^{er} mai 2018. D'un point de vue formel, il apparaît que ces documents se fondent sur l'ensemble du dossier médical (qui a été complété à plusieurs reprises), qu'ils discutent de manière approfondie les différents constats médicaux et qu'ils tiennent compte des difficultés rapportées par la recourante. Les conclusions du spécialiste du SMR sont par ailleurs motivées et compréhensibles. Toutefois, à mesure que les atteintes à la santé justifient une diminution de la capacité de gain relèvent, d'après le SMR, des

domaines vasculaire, cardio-vasculaire et neurologique (voir dos. AI 89/9-11 et 96/8-9), il n'est pas évident 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. Cette question peut cependant demeurer indécise au vu du résultat qui suit.

5.4 Sur le plan matériel, ainsi que l'a aussi évoqué la recourante (voir p. 5 ch. 10 du recours), on peut d'abord s'étonner que, dans son rapport du 20 janvier 2018, le SMR arrive à la conclusion que la recourante présente une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 30%, alors que l'intimé a retenu, dans sa décision du 9 août 2016, que le placement à l'essai avait été accompli avec succès et que le taux d'activité ainsi que les tâches réalisées dans ce contexte étaient adaptées aux limitations fonctionnelles (voir dos. AI 67/1). En effet, dans la mesure où le taux d'occupation de la recourante auprès du magasin dans lequel elle a mené à bien cette mesure était de 50% et qu'elle y a par la suite été engagée au même taux (dos. AI 66/2), il appert que les conclusions du SMR sont contradictoires par rapport à cette décision (du reste entrée en force). L'appréciation du SMR apparaît d'autant moins crédible que la décision litigieuse a fait suite au rapport final de l'Office AI Jura, duquel il ressort que l'employeur de la recourante a constaté que cette dernière n'était pas en mesure d'augmenter son taux de présence en raison de ses problèmes de santé. En tant que ce rapport illustre la bonne volonté de la recourante ainsi que ses tentatives visant à augmenter son taux d'activité et dès lors également que ce document relève qu'elle a dû déployer des efforts ne serait-ce que pour assumer un taux de présence de 50% (alors que la mesure s'est déroulée auprès d'un employeur particulièrement complaisant), aucun indice ne permet de remettre en cause ces constatations, bien au contraire. Dans ces circonstances, l'affirmation de l'employeur, selon qui le taux de 50% semble constituer un maximum, est digne de foi. Cette conclusion s'impose d'autant plus que, dans son écrit du 25 février 2013, le cardiologue-traitant avait déjà estimé que la capacité de travail de sa patiente n'excédait pas 50% et qu'il n'a cessé de confirmer cette appréciation par la suite. La survenance d'un AVC le 8 octobre 2014, moins de deux semaines après la fin d'un entraînement au travail pendant

lequel la recourante a été occupée à 70% et présenté des absences en raison d'états de fatigue tend du reste aussi à confirmer l'avis du cardiologue, même si un lien entre cette pathologie et l'AVC n'a pu être établi avec certitude (voir dos. 43/9 § 2 et 43/13). Cela vaut d'autant plus que la recourante est atteinte de polychondrite atrophiante, une maladie susceptible d'être réactivée par une surcharge physique et par une importante fatigue, comme l'a aussi expliqué le cardiologue (voir dos. AI 85/1 et 113/32). Enfin, le faible rendement déployé par la recourante durant cette mesure (de 18,68% à 21,02% selon les activités; dos. AI 39/4) appuie aussi les conclusions de ce médecin. Il n'est d'ailleurs pas inintéressant de constater que ce taux correspond environ au rendement de la recourante dans sa nouvelle activité de vendeuse (environ 25% d'après le cardiologue-traitant et l'employeur de la recourante; dos. AI 74/4 ad ch. 12 et dos. AI 64/2). Par ailleurs, contrairement au point de vue qui a été soutenu par la spécialiste du SMR (voir dos. AI 77/4), on ne saurait retenir que le cardiologue de la recourante est inconséquent lorsqu'il atteste, dans ses rapports des 19 février 2015 et 28 novembre 2016, une diminution du rendement de 50% alors qu'une telle réduction n'est pas mentionnée dans son écrit du 25 février 2013 (dos. AI 7/2). Il sied en effet de prendre en compte les constatations émises dans l'intervalle sur le plan neurologique et neuropsychologique, suite à l'AVC de 2014. S'il est vrai que cet AVC est survenu après les mesures de réadaptation et qu'on ne peut par conséquent inférer que cet incident est à l'origine de la lenteur d'exécution constatée durant celles-ci, comme l'a soutenu la spécialiste du SMR (le rapport de l'un des hôpitaux qui a pris en charge la recourante à cette occasion ayant du reste aussi retenu que ce ralentissement était certainement déjà présent avant l'incident; dos. AI 43/9 et 43/12), il n'en demeure pas moins que le rapport neurologique du 20 septembre 2016 décrit la recourante comme "non ralentie ou fatigable" et mentionne que le fonctionnement cognitif est préservé (dos. AI 91/5) alors que près de deux ans plus tard, le 18 avril 2018, la spécialiste en neurologie de la recourante a évoqué la présence d'une atteinte neuropsychologique se manifestant en particulier par une lenteur et des difficultés de concentration (dos. AI 97/1, voir aussi dos. AI 91/2). Les 19 février 2015 et 28 novembre 2016, le cardiologue-traitant a d'ailleurs aussi mentionné un ralentissement psychomoteur (dos. AI 74/4 ad ch. 12). Enfin, même s'il porte sur des faits

postérieurs à la décision attaquée (voir c. 4), il convient néanmoins d'observer que le rapport neuropsychologique du 18 février 2019 tend également à confirmer ce qui précède, puisqu'il constate aussi la présence d'un ralentissement global (en concluant à l'existence d'un trouble neuropsychologique moyen limitant de manière significative les capacités fonctionnelles). Cela étant, on ne peut suivre le SMR lorsqu'il retient que le rapport du 20 septembre 2016 décrit un état terminal et que seuls des déficits en termes de force (surtout de la main droite) ainsi que de motricité fine (du bras et de la jambe droite) ont persisté sur le plan neurologique (voir dos. AI 89/11 et 96/9). Les constats subséquents de la spécialiste en neurologie et du cardiologue de la recourante amènent notamment plutôt à penser que l'état de ralentissement a perduré. Cet élément n'a toutefois pas été pris en considération par le SMR et par l'intimé (étant précisé qu'aucune documentation sur le plan neurologique n'a pu être obtenue par ce service pour la période courant de novembre 2014 à août 2016, puis jusqu'à août 2017, voir dos. AI 96/8). Au contraire, le spécialiste du SMR a retenu qu'il n'existait plus aucun déficit neuropsychologique significatif et que la récupération était à cet égard complète au moment de l'examen du 13 septembre 2016 (dos. AI 96/9-10). Partant, au vu de ce qui précède, l'estimation de la capacité de travail résiduelle, opérée par les médecins du SMR (qui n'ont d'ailleurs jamais examiné personnellement la recourante) et sur laquelle l'intimé s'est fondé pour prononcer la décision contestée, n'est pas convaincante et ne s'impose pas à un degré de vraisemblance prépondérante (degré de preuve déterminant en droit des assurances sociales, voir ATF 144 V 427 c. 3.2, 138 V 218 c. 6).

5.5 Néanmoins, dans la mesure où la valeur probante de l'avis du cardiologue traitant la recourante est essentiellement appuyée par des données non médicales, à savoir par les conclusions prises par l'intimé dans sa décision du 9 août 2016, par celles de l'Office AI Jura ainsi que du centre de réadaptation professionnelle auprès duquel la recourante a effectué un entraînement au travail, de même que par les constatations de l'employeur de cette dernière, force est de reconnaître que le dossier ne permet pas en l'état de déterminer le profil d'exigibilité de la recourante de manière sûre et de se prononcer sur l'éventuel droit de la recourante à une rente. Dans ces circonstances, il se justifie par conséquent d'annuler la

décision querellée et de renvoyer la cause à l'intimé en vue d'une instruction médicale globale et complémentaire, par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (voir à cet égard: ATF 139 V 349 c. 3.2). Celle-ci appréhendera, à tout le moins, les plans cardiologique, rhumatologique, neurologique et/ou neuropsychologique concernés. En possession de bases médicales solides, l'intimé procédera ensuite à un nouveau calcul du degré d'invalidité, en fonction de l'exigibilité professionnelle pouvant encore être attendue de la recourante et il prononcera une nouvelle décision.

6.

6.1 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 droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA. Après examen de la note d'honoraires du 29 janvier 2019, qui 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 fixés à Fr. 3'649.40 (honoraires de Fr. 3'366.-, débours de Fr. 22.45 et TVA de Fr. 260.95 [taux de 7.7%]).

6.2 Les frais de la procédure de recours, fixés forfaitairement à Fr. 800.- sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

6.3 La requête d'assistance judiciaire, devenue sans objet, doit être rayée du rôle du Tribunal.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée 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.
3. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 3'649.40.- (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.

Le président:
e.r.: C. Meyrat Neuhaus, Juge

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).