

200.2018.898.AI
N° AVS
BOA/REN

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

Jugement du 1^{er} mai 2020

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
A.-F. Boillat, greffière

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

Office AI Berne
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 2 novembre 2018



En fait:

A.

A. _____, née en 1968, mariée, maman d'une fille née en 2013, aide-soignante de formation, a été engagée à ce titre depuis 1991 et jusqu'au 30 juin 2017 (terme pour lequel son contrat de travail a été résilié) au taux de 60% en milieu hospitalier. Depuis lors, l'assurée n'a plus exercé d'activité lucrative.

Déclarée en incapacité de travail depuis le 27 juin 2015, l'assurée a sollicité (demande postée le 1^{er} décembre 2015) des prestations de l'assurance-invalidité (AI) en invoquant une scoliose lombaire, de l'arthrose lombaire et des hernies discales.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI a requis des informations (y compris une expertise [low level assessment] réalisée par un rhumatologue en octobre 2015) auprès de l'assureur perte de gain de l'assurée, de son employeur et de ses médecins traitants (généraliste, neurologue, spécialiste en anesthésiologie et traitement invasif de la douleur). Le 11 juillet 2018, sur requête de l'Office AI, une collaboratrice de son service spécialisé a procédé à une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée (conclusions rédigées le 17 juillet 2018). L'Office AI a mis fin, par communication du 10 octobre 2018, aux mesures professionnelles préalablement accordées (en septembre 2018) à l'assurée. Par décision formelle du 2 novembre 2018 (confirmant son préavis du 28 août 2018), l'Office AI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui octroyer, sur la base d'un degré d'invalidité de 68%, trois quarts de rente limitée dans le temps (du 1^{er} juin au 30 novembre 2016).

C.

Par acte daté du 29 novembre 2018, l'assurée, désormais représentée par un avocat, a porté le litige devant le tribunal administratif du canton de Berne (TA), concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 2 novembre 2018 et au renvoi de la cause à l'Office AI pour instruction complémentaire.

Dans son mémoire de réponse du 4 janvier 2019, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Le mandataire de la recourante a transmis sa note d'honoraires le 22 janvier 2019.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 2 novembre 2018 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et alloue à la recourante trois quarts de rente d'invalidité du 1^{er} juin au 30 novembre 2016. L'objet du litige porte sur l'annulation de la décision du 2 novembre 2018 et le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, concernant le droit de la recourante à une rente AI. Est particulièrement critiqué par la recourante le rapport médical du SMR, à son sens non probant, sur lequel l'Office AI a fondé sa décision litigieuse.

L'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Ainsi, même lorsque seule la suppression des prestations pourrait apparaître comme étant contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413; VSI 2001 p. 274 c. 1a, SVR 2019 IV n° 33 c. 3.2).

1.2 Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par 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] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

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

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA).

2.2 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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.

2.3 Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Lors de l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité échelonnée ou limitée dans le temps, les dispositions applicables à la révision s'appliquent par analogie (ATF 109 V 125 c. 4a; VSI 1998 p. 121 c. 1b). Aussi, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI).

2.4 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, 142 V 290 c. 4).

2.5 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4, SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1).

3.

3.1 Dans sa décision contestée du 2 novembre 2018, sur la base du rapport de son service des enquêtes du 17 juillet 2018 (lui-même fondé sur le rapport du SMR du 31 octobre 2017), l'Office AI a estimé que la recourante, sans atteinte à la santé, exercerait une activité lucrative à hauteur de 60% et a donc fait application de la méthode mixte pour évaluer le degré d'invalidité de l'assurée. Ce faisant, sur la base d'un degré d'invalidité global pondéré arrondi de 68% prévalant du 1^{er} juin au 31 août 2016 (comprenant des taux d'invalidité de 60% de perte de gain dans l'activité lucrative et 8% d'empêchement dans les activités ménagères), l'intimé a octroyé trois quarts de rente d'invalidité à la recourante limitée à la période allant du 1^{er} juin au 30 novembre 2016. Pour la suite, se fondant sur les conclusions de son SMR et de la spécialiste du service des enquêtes, l'Office AI a estimé que, depuis septembre 2016, l'état de santé de l'assurée s'était amélioré et que cette dernière présentait depuis lors une incapacité de gain pondérée de 24,8% dans la part dévolue à l'activité lucrative et un empêchement de 6,08% pour le ménage, conduisant à un degré d'invalidité global de 31%, puis de 24% dès novembre 2016 et 20% dès janvier 2018 (vu la modification législative imposant une nouvelle méthode de calcul), insuffisant (pour toutes les périodes concernées) pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. En se référant à l'art. 88a al. 1 du

règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'Office AI a dès lors estimé qu'il convenait de supprimer toutes prestations AI en faveur de l'assurée au-delà du 30 novembre 2016.

3.2 La recourante, quant à elle, conclut à l'annulation de la décision contestée et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, portant sur un droit à une rente AI. A l'appui de son argumentation, l'assurée conteste les bases médicales peu fiables sur lesquelles l'intimé a fondé sa décision, en particulier le rapport médical du spécialiste du SMR du 31 octobre 2017, dont les conclusions, diamétralement opposées aux constats de ses médecins traitants, ont été arrêtées sur la seule base du dossier médical et en ne tenant nullement compte de l'évolution de son état de santé (péjorée) depuis le 1^{er} novembre 2016.

4.

Hormis le rapport médical du SMR, rédigé le 31 octobre 2017 (cf. c. 4.2) dont la force probante est mise en doute par la recourante et sur lequel l'Office AI s'est fondé pour accorder à la recourante trois quarts de rente limitée dans le temps (du 1^{er} juin au 30 novembre 2016), au dossier figurent les avis médicaux suivants:

4.1

4.1.1 Les radiographies de la colonne lombaire en juillet 2015, ayant fait suite à une consultation en urgence le 27 juin 2015, ont mis en évidence une scoliose lombaire modérée et une arthrose lombaire avec des discopathies (plus) marquées (L3/L4 et L4/L5). L'IRM du 18 août 2015 a révélé la présence d'une volumineuse hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane gauche avec compression du nerf à gauche et une discopathie protrusive L3-L4 avec rétrécissement canalaire. Sur la base de ces documents et de son examen du 1^{er} octobre 2015, l'expert mandaté par l'assureur perte de gain maladie est arrivé à la conclusion que les constatations radio-cliniques, cohérentes, expliquaient la persistance des douleurs relativement handicapantes. Selon lui, bien que des troubles

neurologiques n'aient pas été observés de façon évidente, un rétrécissement du canal lombaire ne pouvait pas être exclu vu les irradiations et la sensation de faiblesse dans la jambe gauche. Il a nié en l'état toute capacité de travail en tant qu'aide-soignante, recommandé de pratiquer une infiltration épidurale et en cas de persistance de la hernie, il n'a pas exclu la nécessité d'une cure chirurgicale.

4.1.2 Les infiltrations de cortisone étant restées sans effet sur les douleurs éprouvées, l'assurée a été opérée le 2 juin 2016 d'une hernie discale L4/5 appuyant sur le canal rachidien et compressant la racine L5 à gauche (microdiscectomie et mise en place d'un système stabilisateur dans l'espace inter-épineux). Le suivi postopératoire effectué en juillet 2016 (dos. AI 20/2) par le chirurgien opérateur, spécialiste en neurochirurgie et chirurgie de la colonne vertébrale, a fait état d'une bonne (très bonne en août 2016, dos. AI 35/8) évolution postopératoire (douleurs de type sciatique en diminution, douleurs dorsales néanmoins présentes au sens d'une micro-instabilité).

4.1.3 L'IRM lombaire pratiquée le 10 novembre 2016 en raison de douleurs de type sciatalgies gauches (après cure de hernie discale) présentes a mis en évidence des discopathies modérées au niveau L2-L3, plus marquées en L3-L4 (avec étroitesse canalaire) et L4-L5 (avec une discrète protrusion), et un rehaussement modéré de l'articulation sacro-illiaque gauche, pouvant expliquer des phénomènes inflammatoires. L'examen de la moelle épinière par myélographie en décembre 2016, en raison de la suspicion de la compression d'un nerf au niveau des vertèbres lombaires, a notamment mis en évidence des discopathies dégénératives protrusives L3-L4 et L4-L5 et un petit débord discal venant au contact de la racine L4 à gauche. Quant aux radiographies effectuées en janvier 2017, elles n'ont fait que confirmer les observations déjà connues (notamment des discopathies dégénératives L3-L4 et L4-L5 en présence d'une anatomie normale sans fracture et de corps vertébraux sans particularités).

4.1.4 Dans son rapport du 10 février 2017, le spécialiste en anesthésiologie et en traitement invasif de la douleur, sur la base d'une nouvelle pathologie "Failed back surgery syndrome" (lombosciatalgies réfractaires postchirurgicales [LRPC], soit la persistance de douleurs

lombaires et/ou radiculaires de type neuropathique après une ou plusieurs interventions du rachis), a relevé les douleurs insupportables évoquées par l'assurée dans la jambe gauche (un peu moins exacerbées dans le dos) tout en relevant l'absence d'effets bénéfiques sur la douleur de tous les traitements mis en place jusqu'ici (opération en juin 2016, multiples infiltrations de cortisone, traitements par médicaments antalgiques). Afin d'essayer de soulager sa patiente, ce spécialiste a requis de recourir à des neurostimulateurs médullaires (mise en place d'électrodes de stimulation placés à proximité de la moelle épinière), lesquels ont été installés définitivement le 2 mai 2017.

4.1.5 Le rapport médical du 20 mars 2017 du généraliste traitant adressé à l'Office AI a fait état d'un état de santé péjoré en raison de lombosciatalgies chroniques exacerbées irradiant dans le membre inférieur gauche en présence aussi d'obésité. L'examen clinique a révélé des paresthésies (pertes de sensibilité) du membre inférieur gauche. Dans son avis médical subséquent du 3 septembre 2017, ce praticien a réitéré ses précédentes observations et relevé, en sus, l'absence de réflexes ostéotendineux (genou). Estimant que l'ancienne activité n'était plus exigible, il a retenu que la recourante était encore à même d'exercer une activité n'imposant ni le port de charges ni de rester en position statique plus de 30 minutes.

4.2 Le spécialiste en médecine interne et rhumatologie du SMR a retenu, dans son rapport du 31 octobre 2017, comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, des lombosciatalgies chroniques du côté gauche sur hernie discale L4/5, une ostéochondrose L3 à L5 et une spondylarthrose étagée partiellement activée. Sans influence sur la capacité de travail, il a relevé une obésité (BMI 36,6 kg/m², hyperuricémie) et un asthme bronchique. Concernant la capacité de travail de l'assurée, le médecin du SMR a estimé que l'assurée était dans l'incapacité totale de travailler entre juin 2015 et fin août 2016 (soit trois mois de suivi post-opératoire après la microdiscectomie), quelle que soit l'activité exercée. Sur la base de problèmes de dos (hernie discale et troubles dégénératifs), le médecin du SMR a ensuite retenu, depuis le 1^{er} septembre 2016, un pensum exigible à hauteur de 50% dans une

activité adaptée (légère variant les positions et sans exigence de rentabilité en lien avec les mouvements à effectuer, la profession apprise d'aide-soignante et exercée dans le dernier emploi n'étant plus exigible) avec une limitation de rendement de 20% (nombre de pauses augmentées). Depuis le 1^{er} novembre 2016, ce médecin a estimé que l'assurée était à même de travailler dans un emploi adapté, à plein temps, moyennant une perte de rendement de 20%.

5.

5.1 Les rapports du SMR (art. 49 du règlement fédéral 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, dès lors qu'ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en la matière, y compris en ce qui concerne les qualifications médicales requises (TF 9C_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2 [passage de texte non publié du c. 3.3.2 de l'ATF 135 V 254 = TF 9C_204/2009]). Les médecins du SMR sont donc parfaitement fondés à s'appuyer sur le dossier médical pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Tel est notamment le cas lorsqu'il s'agit principalement d'apprécier un état de fait médicalement établi et que la confrontation directe du médecin avec la personne assurée passe au second plan (TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références). Sous l'angle de l'appréciation des preuves, il y aura néanmoins lieu de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance est tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée par l'AI. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée devront

alors également être pris en considération. Si les constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de la position contractuelle de ce dernier (ATF 125 V 351 c. 3b/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 c. 4.4-4.6). Dans l'examen de la force probante, il est avant tout important que le rapport du SMR soit complet au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (voir ci-après; TF 8C_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3; 8C_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

5.2 A première vue, dans l'examen de la force probante du rapport du médecin du SMR, et d'un point de vue formel tout d'abord, il appert que l'appréciation rendue le 31 octobre 2017 par le spécialiste en médecine interne/rhumatologie du SMR remplit la fonction que lui assigne la pratique judiciaire puisqu'il restitue les principales sources au dossier de médecine somatique, en fait la synthèse, les soumet à discussion avant de livrer une estimation concrète des aptitudes fonctionnelles résiduelles. L'approche du médecin du SMR doit ainsi être qualifiée de sérieuse et rigoureuse.

5.3 Matériellement, sous l'angle lombaire, en dépit d'une attention indéniable vouée à l'étude du dossier médical, il n'en demeure pas moins que les conclusions médicales du généraliste/rhumatologue du SMR ne sauraient convaincre. En effet, tout d'abord, il apparaît qu'au niveau des pathologies retenues, le médecin du SMR s'est distancié des avis médicaux du spécialiste en anesthésiologie et traitement invasif de la douleur et du généraliste traitant, qui retiennent, au titre de diagnostic, au vu des dernières évolutions médicales dans l'état de santé de l'assurée entre novembre 2016 et février 2017, des lombosciatalgies réfractaires postchirurgicales (cf. c. 4.1.4 et 4.1.5), en sus de phénomènes dorsaux dégénératifs. Le TA estime, à la lecture des conclusions du médecin du SMR, que ce dernier n'a pas suffisamment pris en considération l'évolution de l'état de santé de l'assurée. En effet, le spécialiste du SMR s'est principalement focalisé sur le curage (à son sens réussi) d'une hernie

discale en juin 2016 et un suivi postopératoire, il est vrai, de prime abord, qualifié par le chirurgien opérateur de bon/très bon (c. 4.1.2), mais évalué néanmoins à trop court terme (en août 2016, à savoir moins de trois mois après l'intervention). Cette appréciation prématurée (et d'ailleurs émise sous réserve de nouvelles infiltrations [dos. AI 35/8]) ne permet pas de déduire l'existence d'une évolution médicale constante et favorable avec la récupération d'une capacité de travail dans une activité adaptée dès septembre 2016 à 50% et durablement stabilisée au 1^{er} novembre 2016 (date à laquelle le médecin du SMR considère que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail). L'analyse objective du contexte du cas d'espèce laisse bien plutôt supposer l'existence d'une situation, dans sa globalité, sensiblement péjorée depuis novembre 2016, un trouble douloureux exacerbé étant encore ou à nouveau évoqué par l'assurée (principalement des sciatalgies dans la jambe gauche et des douleurs dans le dos). C'est d'ailleurs précisément l'intensité des douleurs invoquées par l'assurée qui ont été le moteur des nombreuses investigations pratiquées, sous l'angle radiologique tout d'abord, entre novembre 2016 et janvier 2017 (IRM, myélographie, radiographies, c. 4.1.3). Ce n'est qu'après avoir constaté, en février 2017, l'échec de l'ensemble des traitements médicaux administrés jusqu'ici, que le spécialiste en anesthésiologie a recouru à la mise en place, en mai 2017, d'un stimulateur médullaire, consistant, selon la littérature médicale spécialisée (www.springer.com/chapter/10.1007/978-2-8178-0509-2 10) en l'un des traitements topiques préconisés lors de lombosciatalgies réfractaires postchirurgicales (cf. c. 4.1.4). Il convient de relever que des plaintes de douleurs d'une rare intensité, en présence d'un état de santé dégradé, ont également été rapportées par le généraliste traitant, dans ses rapports de mars et septembre 2017 (c. 4.1.5), alors qu'en l'état initial (en mai 2016, soit avant l'opération de la hernie discale), il (n')était question (que) de tiraillements dans le membre inférieur gauche et de douleurs principalement nocturnes en l'absence de déficit sensitivomoteur (dos. AI 18/3). Dans ces conditions déjà, l'on peine à suivre le raisonnement du médecin du SMR en octobre 2017, qui fait état du succès chirurgical de la microdiscectomie pratiquée en juin 2016, de surcroît en présence d'un tableau douloureux dépeint comme étant en amélioration (*la composante de douleurs irradiant dans la jambe gauche a diminué* [dos. AI 49/5]), alors que ce médecin n'a procédé à aucun examen

clinique de l'assurée (ses déductions reposent sur la seule étude du dossier). Un tel examen aurait d'autant plus été indiqué qu'il apparaît que la recourante, selon les constatations cliniques du généraliste traitant, en mars et septembre 2017, souffre d'une perte de sensibilité dans le membre inférieur gauche et de réflexes tendineux absents (dos. AI 4.1.5), alors que le médecin du SMR, quant à lui, a retenu une mobilité lombaire certes altérée mais sans déficit moteur. Or, l'on ne peut exclure que les paresthésies cliniquement objectivées, mais néanmoins totalement ignorées dans la synthèse du médecin du SMR, soient d'emblée exemptes d'effets invalidants sur la capacité de travail. Le raisonnement du médecin du SMR ne saurait également convaincre dès lors qu'il considère que le diagnostic de LRPC retenu par ses confrères est erroné et que les traitements administrés (notamment une stimulation médullaire) étaient inadaptés au motif que l'assurée endure (uniquement depuis la récupération post-opératoire ayant suivi l'intervention de juin 2016) des douleurs résiduelles lombosciatalgiques chroniques à gauche (alors que l'assurée se plaint aussi du dos) ayant pour (unique) origine des troubles dégénératifs (irradiation pseudo-radiculaire de type spondylogène) qu'il conviendrait bien plutôt, et contrairement à l'avis des médecins suivant régulièrement l'assurée, d'appréhender selon un processus de réhabilitation ciblé.

5.4 Il découle de cette absence d'actualisation du dossier de l'assurée sous l'angle médical, en présence d'un état douloureux pas pris en considération par le médecin du SMR, que ni le tableau clinique dressé par ce dernier, ni son estimation subséquente de la capacité de travail (assurée à même de travailler dans une activité adaptée, avec une perte de rendement limitée à 20%, depuis le 1^{er} septembre 2016 à hauteur de 50% et depuis le 1^{er} novembre 2016 à plein temps), ne sont en mesure d'emporter la conviction du TA. Sans autres investigations spécialisées, la survenance d'une amélioration déterminante de la capacité de travail dès le 1^{er} septembre 2016 ne peut ainsi pas être admise avec une vraisemblance prépondérante (degré de preuve exigée en droit des assurances sociales, ATF 144 V 427 c. 3.2). Dans ces conditions, le rapport de synthèse et d'évaluation du SMR ne remplit pas les conditions strictes exigées par la jurisprudence pour revêtir un caractère probant (voir c. 5.1).

5.5 Les autres appréciations médicales au dossier ne sauraient non plus revêtir une force probante suffisante au regard des exigences en matière de preuves médicales posées par le TF. L'expertise rhumatologique d'octobre 2015 destinée à l'assureur perte de gain maladie (low level assessment) visait un autre but que la détermination de la capacité de travail médico-théorique durable et est manifestement dépassée. Quant à la force probante des constatations des médecins traitants, elle n'est admise qu'avec circonspection par la jurisprudence étant donné la mission d'abord thérapeutique de ces derniers (dont les évaluations ne servent donc pas prioritairement à un jugement définitif des prestations d'assurance) et le fait par ailleurs qu'ils auront plutôt tendance, dans le doute, à favoriser leur patient, vu la relation de confiance établie avec celui-ci (ATF 135 V 465 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). L'avis d'un médecin traitant, en dépit de sa position contractuelle, est certes de nature à remettre en doute une évaluation du SMR (voir ci-dessus c. 5.1), mais elle n'en revêt pas pour autant, en règle générale, une force probante suffisante. En l'occurrence, à la lecture des avis médicaux versés au dossier AI, il apparaît, il est vrai, que les diagnostics retenus par le spécialiste en anesthésiologie et le généraliste traitant concordent. Il n'en demeure pas moins que sur la base d'un pronostic qu'il estime défavorable, seul le généraliste traitant a esquissé un profil d'exigibilité correspondant, à son sens, aux capacités résiduelles de sa patiente (activité exempte de port de charges, n'imposant pas une position statique de plus de 30 minutes). Il n'a néanmoins pas chiffré la capacité de travail de l'assurée. Par conséquent, cette évaluation ne saurait, de toute évidence, constituer une donnée fiable sur laquelle le TA peut se fonder.

5.6 Il résulte de ce qui précède que la décision contestée ne peut être confirmée que dans la mesure où elle se fonde sur les appréciations unanimes de tous les intervenants médicaux au dossier (médecins et spécialistes traitants, expert rhumatologue et SMR). Cela vaut pour le constat d'une incapacité de travail totale comme aide-soignante et pour toute autre activité de juin 2015 à fin août 2016. Pour la suite (dès septembre 2016), l'état de fait médical s'avère insuffisamment éclairci. Il en découle que l'intimé, en s'appuyant, dans sa décision litigieuse, sur la seule appréciation médicale du généraliste du SMR, a violé le principe

d'instruction d'office auquel il est tenu (art. 43 al. 1 LPGA). Pour ces raisons, il se justifie d'annuler la décision querellée et de renvoyer le dossier à l'Office AI en vue d'une instruction médicale complémentaire, par la mise sur pied d'une expertise couvrant à tout le moins le volet somatique en lien avec la fragilité dorsale de l'assurée (voire, à plus large spectre si le caractère exclusivement somatique des symptômes endurés par la recourante ne peut être confirmé pour déterminer la nature des atteintes et leur influence sur la capacité de travail). Une fois en possession de ces nouvelles données médicales, l'intimé procédera à une nouvelle évaluation de l'invalidité sur cette base médico-théorique consolidée, qui tiendra compte de l'évaluation médicale et de son évolution, de l'exigibilité de la mise à profit des capacités fonctionnelles résiduelles de l'assurée sur le marché du travail et des modifications législatives concernant le calcul de l'invalidité pour les assurés exerçant une activité à temps partiel (art. 27 et 27^{bis} RAI entrés en vigueur au 1^{er} janvier 2018). Au cas particulier, le renvoi de la cause à l'intimé, du reste requis dans les conclusions, se justifie pleinement dès lors que la décision litigieuse n'est fondée sur aucune expertise au sens de l'art. 44 LPGA et qu'au surplus des points litigieux sur le plan médical n'ont pas été suffisamment investigués en procédure administrative (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4).

5.7 Les trois quarts de rente accordés dès le 1^{er} juin 2016 et jusqu'au 30 novembre 2016, qui ne sont en soi pas contestés doivent être confirmés. En effet, la définition du statut (60% d'activité lucrative et 40% de travaux ménagers habituels) correspond aux déclarations claires de la recourante au cours de l'enquête, ainsi qu'à l'ampleur de l'activité déployée avant la survenance de l'incapacité de travail. La fixation de la naissance du droit à la rente respecte les art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (incapacité de travail ici de 100 % pendant le délai d'attente d'une année ayant commencé en juin 2015, invalidité de plus 40% à l'échéance de ce délai et respect du délai de carence de 6 mois dès le dépôt de la demande de prestations début décembre 2015). Le calcul du degré d'invalidité découle, pour la période post-opératoire, de l'admission d'une perte de gain totale et d'empêchements supplémentaires dans les travaux ménagers évalués à 20% au lieu des 5,2% calculés comme base pour les autres périodes, compte tenu de l'aide exigible apportée non seulement par le mari (port de

charges, aspirateur, nettoyage des sols et grands nettoyages) mais aussi, transitoirement, par la sœur (garde de l'enfant et repassage), la recourante ayant décrit qu'elle avait été en mesure d'assumer seule les autres tâches à un rythme ralenti et en se simplifiant le travail à l'aide de moyens auxiliaires. Eu égard à l'absence d'exigibilité d'une activité lucrative à cette époque, le problème de l'interférence d'une telle sollicitation avec les travaux ménagers ne se pose pas. C'est le résultat des investigations supplémentaires à mener par l'intimé (voir c. 5.6) qui déterminera si le terme mis aux trois quarts de rente au 30 novembre 2016 (en application de l'art. 88a al. 1 RAI phr. 2) doit être annulé ou reporté. A tout le moins, les trois quarts de rente sont dus jusqu'à cette date.

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision contestée partiellement annulée en tant qu'elle concerne la période postérieure à l'octroi des trois quarts de rente du 1^{er} juin 2016 au 30 novembre 2016. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision pour la période postérieure au 30 novembre 2016. En dépit des conclusions tendant à une annulation cassatoire de l'ensemble de la décision, puisque dans sa motivation, le recours s'en prend uniquement à l'appréciation médicale de la capacité de travail dans la part du statut concernant l'activité lucrative et ne conteste en rien l'évaluation des empêchements dans le ménage, même dans la période pendant laquelle l'absence totale d'incapacité de travail a été admise, il y a lieu de considérer que le présent jugement représente un gain de cause total.

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. art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 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). Assistée

d'un avocat agissant à titre professionnel, la recourante a donc droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA, dans la mesure fixée par le tribunal (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 22 janvier 2019, qui ne prête pas à discussion, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, sont fixés à un montant de Fr. 3'547.95 (honoraires; Fr. 3'240.00; débours; Fr. 54.30; TVA Fr. 253.65).

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est partiellement annulée en tant qu'elle concerne la période postérieure à l'octroi des trois quarts de rente du 1^{er} juin 2016 au 30 novembre 2016. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision pour la période postérieure au 30 novembre 2016.
2. Les frais de la présente 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. 3'547.95 à titre de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification 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).