

**200.2019.280.AI**

N° AVS  
ANP/REN

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

**Jugement du 21 août 2020**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
P. Annen-Etique, greffière

**A.** \_\_\_\_\_  
représentée par Me B. \_\_\_\_\_  
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 12 mars 2019



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1962, mariée et mère d'une fille adulte, ne dispose d'aucune formation professionnelle certifiée. A compter d'avril 1995, elle a travaillé comme ouvrière au montage auprès d'une entreprise active dans la fabrication d'éléments destinés à des produits de précision électroniques. Le 23 janvier 2014, elle a subi à l'hôpital C. \_\_\_\_\_ une décompression microchirurgicale en présence de sténoses cervicales et d'un syndrome de Klippel-Feil avec synostose C6-Th1. En incapacité de travail entière depuis la veille de cette intervention, l'intéressée a repris le 24 mars 2014 à 50% son emploi usuellement exercé à un taux de 90%. Début juillet 2014, sa généraliste traitante l'a annoncée à l'assurance-invalidité (AI) en vue de mesures de détection précoce. En date du 8 juillet 2014, l'assurée a déposé une demande AI de mesures professionnelles et de rente motivée par un syndrome de Klippel-Feil dont elle souffrirait "depuis toujours" et qui serait "devenu symptomatique depuis l'âge de 30 ans".

**B.**

Saisi du cas, l'Office AI Berne a sollicité le dossier de l'assurance perte de gain pour maladie et a refusé le 22 octobre 2014 des mesures professionnelles. Il s'est enquis de l'avis de la généraliste traitante ainsi que du suivi instauré au sein de diverses consultations de l'hôpital D. \_\_\_\_\_. Une enquête ménagère a été réalisée sur la base d'un statut mixte (activité lucrative/ménage) de 90%/10% reconnu à l'assurée (rapport du 22 août 2016). En possession de l'avis de son service médical régional (SMR), le même office a rendu le 8 septembre 2016 un préavis de refus de rente contre lequel l'intéressée, représentée par un organisme de conseils juridiques, a formulé des objections. Une nouvelle décompression C4/C5 et C5/C6 a été pratiquée le 29 novembre 2016 à l'hôpital D. \_\_\_\_\_, puis un suivi instauré auprès d'une consultation en médecine génétique du Centre hospitalier universitaire E. \_\_\_\_\_ (ci-après: le centre hospitalier universitaire). Du 10 mars au 31 mai 2017, l'assurée a bénéficié d'une

adaptation de son poste de travail qu'elle a toutefois perdu à fin juillet 2017, puis d'un entraînement au travail pour une durée de trois mois dès le 25 septembre 2017 finalement interrompu au 18 octobre 2017. Des mesures professionnelles lui ont été formellement refusées le 14 décembre 2017.

### **C.**

Dans l'intervalle, l'Office AI a été renseigné sur des investigations neurologiques initiées au centre hospitalier universitaire en raison de troubles de la marche ainsi que sur un bilan des capacités fonctionnelles réalisé les 21 et 22 septembre 2017 par un médecin neuro-réadaptateur. Il s'est également vu communiquer de nouveaux rapports médicaux émanant de spécialistes traitants et sur lesquels son SMR a pris position. Après avoir été invité à s'exprimer sur les objections à l'encontre du préavis du 8 septembre 2016, le service des enquêtes (SE) a été mandaté en vue d'une nouvelle enquête ménagère (rapport établi le 21 juin 2018). Par préorientation du 25 juin 2018, l'Office AI a accordé à l'assurée une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2016 augmentée au 1<sup>er</sup> février 2017 à une rente entière, elle-même supprimée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017. A l'appui de ses objections, l'intéressée, par l'organisme de conseil, a produit des rapports de sa généraliste et de son psychologue d'alors sur lesquels le SMR s'est prononcé. L'Office AI a confirmé son préavis dans une décision du 12 mars 2019.

### **D.**

Par acte du 10 avril 2019, l'assurée, représentée par un avocat, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite des frais et dépens, elle conclut à l'annulation de la décision du 12 mars 2019 et, principalement, à l'octroi d'une demi-rente dès novembre 2016 puis d'une rente entière à partir de février 2017 non limitée dans le temps, ainsi que, à titre subsidiaire, au renvoi du dossier à l'Office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans sa réponse du 27 mai 2019, ledit office a conclu au rejet du recours dans la mesure de sa

recevabilité, à ce que les frais soient mis à la charge de la recourante et à ce que celle-ci ne se voie pas allouer de dépens. L'assurée a répliqué le 24 juin 2019 en produisant à l'appui de nouvelles pièces médicales (transmises par le TA à l'intimé) et l'Office AI a dupliqué le 5 juillet 2019. Le mandataire de l'assurée a fait parvenir au Tribunal sa note d'honoraires du 12 juillet 2019. Par courrier du 22 octobre 2019, la recourante s'est spontanément adressée au Tribunal en lui transmettant une nouvelle pièce justificative dont ce dernier a fait parvenir un exemplaire à l'intimé.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision du 12 mars 2019 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et accorde à l'assurée une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2016 augmentée à une rente entière limitée à la période du 1<sup>er</sup> février au 30 juin 2017. L'objet du litige porte (à la lumière de la motivation du recours) sur l'annulation partielle de cette décision et l'octroi d'une rente entière également au-delà du 30 juin 2017 ainsi que, à titre subsidiaire, sur le renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sont critiquées les bases médicales du SMR ayant servi à l'évaluation du degré d'invalidité, de même que certaines données à l'appui du calcul de ce dernier (absence d'un abattement sur le revenu avec handicap). Contrairement à ce que défend l'intimé (réponse ch. 9 p. 3 en haut), la conclusion à l'appui du recours tendant à l'octroi d'une demi-rente AI du 1<sup>er</sup> novembre 2016 au 31 janvier 2017 ne s'avère pas obsolète au motif que "le litige n'a pour objet que la question de savoir si la recourante a droit à une rente au-delà du 1<sup>er</sup> juillet 2017". En effet, l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un unique rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige, ce qui a pour conséquence que 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). Si une conclusion tendant à l'annulation partielle de la décision contestée dans la mesure où elle n'accorde pas de rente au-delà du 30 juin 2017 et à l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017 aurait certes été mieux formulée, la conclusion retenue par l'assurée ne s'avère dès lors en tout cas pas irrecevable, a fortiori à la lumière de sa motivation dans le recours et au regard du caractère simple que doit revêtir la procédure devant les tribunaux cantonaux des assurances sociales (art. 61 let. a LPGA).

**1.2** Interjeté au surplus en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

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

## **2.**

**2.1** L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

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 LPGGA) à 40% au moins (let. b et c). D'après 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.

D'après 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 LPGGA. 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).

**2.2** Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGGA).

Une atteinte à la santé psychique importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49, qui ont trop peu été pris en considération en pratique. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue (ATF 127 V 294 c. 5a). Partant, dans une telle situation, un droit à une rente doit être exclu, même si les critères de classification d'un trouble psychique sont réalisés (cpr. art. 7 al. 2 1<sup>ère</sup> phr. LPGGA). Si une atteinte à la santé assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte

restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

**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).

Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente. La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable. C'est notamment le cas d'une amélioration de la capacité de travail en raison de l'accoutumance ou de l'adaptation au handicap. Un motif de révision est, selon les circonstances, également donné lorsqu'une autre manière d'évaluer l'invalidité trouve application ou en cas d'évolution dans les travaux habituels (ATF 144 I 103 c. 2.1, 141 V 9 c. 2.3; SVR 2018 UV n° 22 c. 2.2.1). 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, car dans un tel cas, une modification notable de la situation influençant le droit à la rente est intervenue encore avant le prononcé de la première décision de rente et doit conséquemment être prise en considération dans cette décision. En cas d'octroi rétroactif d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, les bases temporelles déterminantes pour la comparaison sont, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, le moment de la modification du droit, à fixer en fonction du délai de trois mois au sens de l'art. 88a du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201; ATF 133 V 263 c. 6.1; SVR 2019 IV n° 2 c. 2).

**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).

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).

**2.5** L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGa). Le principe de l'instruction d'office signifie que l'instance rendant une décision doit instruire et établir l'état de fait déterminant d'office, de sa propre initiative et sans être liée par les arguments et réquisitions de preuve des parties. Sont juridiquement déterminants, tous les faits dont l'existence a une incidence sur les éléments litigieux. Dans ce contexte, les autorités administratives doivent toujours entreprendre des mesures supplémentaires lorsque les allégués des parties ou d'autres pièces du dossier ne constituent pas des éléments suffisants permettant de statuer (ATF 117 V 282 c. 4a). Le principe de l'instruction d'office ne s'applique néanmoins pas de manière illimitée, mais a pour corollaire le devoir de collaborer des parties (ATF 125 V 193 c. 2e, 122 V 157 c. 1a; SVR 2009 IV n° 4 c. 4.2.2).

### **3.**

**3.1** Dès l'abord, l'on précisera que le statut mixte de 90%/10% (activité lucrative/ménage) reconnu à l'assurée n'est pas litigieux, ni les pondérations que l'intimé a arrêtées pour chacune des rubriques des travaux ménagers. Dans ses objections à l'encontre de la préorientation du

25 juin 2018, la recourante, ensuite de la péjoration à fin 2016 de son état de santé reconnue par l'Office AI, a en revanche demandé que ce dernier actualise au moyen d'une nouvelle enquête ses empêchements dans les travaux ménagers (dos. AI 139/2).

**3.2** L'intimé reconnaît force probante à l'appréciation de son SMR qu'il n'estime pas valablement contredite par les avis des médecins traitants. Excepté une péjoration passagère de fin novembre 2016 à fin mars 2017 en lien avec la nouvelle intervention subie le 29 novembre 2016, il réfute l'existence d'une diminution de la capacité de travail dans un emploi correspondant au profil d'exigibilité et ne retient qu'un besoin accru de pauses à raison duquel il concède une incapacité de travail de 20%, le déconditionnement physique constaté ne justifiant pas d'incapacité de travail de longue durée. De son avis encore, les derniers rapports médicaux produits par la recourante ne recèlent rien de nouveau, le trouble de l'adaptation évoqué notamment à leur appui n'émanant pas d'un médecin psychiatre et ne représentant pas une atteinte durable à la santé. Se ralliant à l'avis de son SE, l'Office AI considère enfin que les 20% de perte de rendement postulés par le SMR en raison des pauses supplémentaires requises dans un emploi adapté exigible à temps complet et intégrés dans le calcul de l'invalidité rendent inutile un abattement sur le salaire avec handicap.

La recourante fait grief à l'intimé de ne pas tenir compte de son état de santé réel par le fait de préférer aux avis "parfaitement cohérents" de ses médecins celui du SMR établi sur dossier uniquement. Elle oppose que l'incapacité de travail entière attestée par les médecins traitants est corroborée par les observations émises lors de son stage d'entraînement au travail, à l'issue duquel a été exclu un possible retour sur le premier marché du travail. Aussi, elle fait valoir que la rente entière qui lui a été accordée par l'AI ne doit pas être limitée dans le temps et, pour le cas où le Tribunal ne se rallierait pas à l'appréciation de ses médecins, qu'une expertise externe doit à tout le moins être ordonnée. Enfin, l'intéressée déplore le fait que l'intimé n'ait procédé à aucun abattement sur le revenu d'invalidé, alors même que ses limitations fonctionnelles "sont lourdes tant

en nombre que dans leur application concrète", et revendique un abattement de 10% à 15%.

**3.3** En procédure de recours, l'assurée a produit des certificats médicaux des 3 et 12 juin 2019 relatifs à une incapacité de travail à 70% attestée du 1<sup>er</sup> juin au 31 juillet 2019 par sa généraliste ainsi qu'à un suivi à compter du 28 novembre 2018 auprès d'un médecin psychiatre (dossier recourante [dos. rec.] 3 et 4). Elle a en outre déposé devant le TA un rapport du 30 septembre 2019 émanant d'un chirurgien orthopédiste (dossier TA [dos. TA]). En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie la légalité de la décision attaquée d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (voir à ce sujet: c. 1.1 supra), à moins que les nouveaux rapports médicaux invoqués soient de nature à influencer sur l'appréciation au moment où la décision attaquée a été prononcée (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Au présent cas, les certificats et le rapport précités sont tous postérieurs à la décision contestée du 12 mars 2019. A mesure cependant que le certificat médical établi le 12 juin 2019 permet, à l'inverse des autres documents produits devant le TA, certaines déductions utiles quant à la situation qui prévalait déjà avant le prononcé de cette décision, il y aura lieu d'en tenir compte dans le cadre de l'appréciation des preuves (c. 4 et 5 infra).

#### **4.**

Les sources médicales suivantes se prononcent sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante aux principales étapes de la procédure administrative.

**4.1** A la date de son préavis du 8 septembre 2016 de refus d'une rente, l'Office AI disposait des indications de la généraliste traitante, médecin interniste, émanant de sa formule d'annonce du 1<sup>er</sup> juillet 2014 pour une détection précoce et de son rapport AI du 20 janvier 2015. Avec influence sur la capacité de travail, cette docteure a pour l'essentiel diagnostiqué un syndrome cervico-brachial persistant malgré une décompression C4/C5 et C5/C6 pratiquée le 23 janvier 2014 en présence d'une sténose spinale C4-C6 et d'un syndrome de Klippel-Feil avec formation d'un bloc vertébral

C6-Th1; sans influence sous l'angle professionnel ont été évoqués un colon irritable et des insomnies chroniques. La même généraliste a estimé que l'activité usuelle reprise à mi-temps le 14 avril 2014 continuait d'être en l'état exigible de 50 à 60% et qu'une activité idéalement profilée ne devait pas impliquer de travaux au-dessus de la tête ou de charges trop lourdes, de se baisser, de s'accroupir, de s'agenouiller ou encore de monter sur des échelles et échafaudages. A son appréciation ont été joints les rapports de l'hôpital C.\_\_\_\_\_ ayant pratiqué l'intervention du 23 janvier 2014. Hormis la prise en charge préopératoire et stationnaire (du 22 au 25 janvier 2014), cet hôpital a rendu compte du suivi post-opératoire clos au 29 juin 2015 (dernière consultation) ainsi que des infiltrations et de la physiothérapie pratiquées sans succès pour tenter de résorber les cervico-brachialgies encore présentes. Du 8 avril au 4 mai 2015, l'assurée a été suivie par la consultation de la douleur de l'hôpital D.\_\_\_\_\_ qui a diagnostiqué, en sus des diagnostics connus, un goitre thyroïdien multinodulaire euthyréote, une intolérance au lactose, une chondropathie patellaire droite (février 2008), une hypertrophie cardiaque globale sans hypertension, un abus de nicotine et un status après une dépendance à l'alcool jusqu'il y a environ cinq ans. Plusieurs mesures médicamenteuses et thérapeutiques ont été instaurées, mais seules une méthode de relaxation selon Jacobson et de l'hydrothérapie ont positivement influencé la perception des douleurs. Les médecins de la consultation de chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale de l'hôpital D.\_\_\_\_\_ sollicités dès fin juillet 2015 se sont montrés réticents à une révision opératoire nonobstant des sténoses foraminales C4/C5 et C5/C6 confirmées par la radiologie. Des migraines sans aura ont été diagnostiquées par le neuro-centre de l'hôpital D.\_\_\_\_\_ qui a par ailleurs mis en place un traitement de distanciation de la douleur (cymbalta - semble-t-il abandonné par la suite), en sus (notamment) de la médication également modulatrice de la douleur déjà en cours (venlafaxine). En date du 2 février 2016, un médecin interniste et rhumatologue du SMR a considéré qu'il n'existait pas de substrat organique clair sous forme d'une myélopathie ou d'une atteinte des racines nerveuses propre à expliquer la clinique de chronicisation de la douleur et que les limitations dorso-lombaires étaient imputables à des troubles dégénératifs sous forme de spondylose, d'ostéochondrose et de spondylarthrose. Il a attesté un rendement diminué de 20% en raison des

pauses rendues nécessaires dans un emploi adapté à temps complet alternant les postures, n'impliquant pas de port de charges loin du corps, de travaux au niveau des épaules ou de manière répétée en flexion du dos, en genuflexion ou en position accroupie, d'activités en flexion prolongée de la colonne cervicale, sur échafaudage ou en terrain instable, des déplacements répétés sur plus de 500 à 700 mètres et, idéalement aussi, une locomotion dans des escaliers. Il a précisé que ce profil était valable depuis le 1<sup>er</sup> mai 2014 après que l'assurée se fut trouvée en incapacité de travail entière dès le 22 janvier 2014.

**4.2** Ensuite des objections formulées contre son préavis du 8 septembre 2016, l'Office AI a été informé d'une nouvelle opération le 29 novembre 2016 ayant consisté en l'ablation des implants C4/C5 et C5/C6, une re-décompression C4/C5 et C5/C6 et une stabilisation par plaques. Le 31 janvier 2017, les chirurgiens du dos de l'hôpital D. \_\_\_\_\_ ont fait état d'une pseudarthrose C5/C5 et C5/C6 associée à des cervicalgies persistantes et ont attesté une reprise du travail usuel d'ici un mois à un taux de 40%. Début mars 2017, le diagnostic de syndrome de Klippel-Feil mis en doute par ces spécialistes a été confirmé par la consultation des maladies osseuses génétiques du centre hospitalier universitaire qui a mis en œuvre un bilan génétique pour en déterminer les causes (demeurées inexpliquées par la suite). En raison du niveau d'algie très important, la médecin-chef de ce service a jugé la capacité de travail "probablement bien plus basse que l'incapacité (...) estimée par l'AI à 20 ou 30%" et a recommandé une évaluation des capacités fonctionnelles. Un médecin orthopédiste neuro-réhabilitateur spécialiste du rachis a procédé à cette évaluation les 21 et 22 septembre 2017, après avoir préalablement examiné l'assurée le 9 juin 2017 et exclu par tomographie computerisée une nouvelle pseudarthrose. Son bilan fonctionnel a mentionné un déconditionnement physique majeur et une amplification modérée des symptômes chez une patiente très fortement impactée au quotidien par les douleurs. Dans l'intervalle, à fin août 2017, le centre d'antalgie du centre hospitalier universitaire a ordonné un bilan à la consultation de son unité nerf-muscle en raison de troubles de la marche évoluant depuis la reprise chirurgicale de 2016. Confirmant le diagnostic d'un syndrome de Klippel-Feil et posant en sus celui d'une syringomyélie T12-L2 asymptomatique,

les neurologues ont conclu à des troubles de la marche d'origine mécanique en l'absence d'éléments en faveur d'une atteinte radiculaire lombaire ou sacrée. Le centre d'antalgie du centre hospitalier universitaire a conséquemment recommandé des approches psychocorporelles douces et une évaluation physiothérapeutique. A fin 2017, les chirurgiens du dos de l'hôpital D.\_\_\_\_\_ ont diagnostiqué en plus des status connus un syndrome douloureux non clarifié dans toute la partie gauche du corps et supputé une origine neurologique centrale. En date du 28 mars 2018, le SMR a nié toute péjoration médicale et confirmé la validité de son profil d'exigibilité à partir du 1<sup>er</sup> mai 2014, excepté une incapacité de travail à 100% reconnue de fin novembre 2016 à fin mars 2017. Il a néanmoins concédé une incapacité de travail de 20% dans les trois premiers mois du suivi physiothérapeutique actif recommandé pour corriger le déconditionnement musculaire.

**4.3** Dans la procédure d'objection à l'encontre de sa seconde préorientation rendue le 25 juin 2018, l'intimé a pris connaissance d'un courrier adressé le 10 juillet 2018 par la généraliste traitante à l'ancienne mandataire de l'assurée. A son appui, cette doctoresse a fait état d'une péjoration de la situation médicale depuis le rapport du SMR du 2 février 2016 et a motivé celle-ci par l'intensité de la douleur et sa localisation, l'instabilité à la marche avec chutes consécutives ainsi que par l'état psychique de sa patiente ayant nécessité une prise en charge psychiatrique à raison d'une comorbidité anxio-dépressive. Elle a jugé regrettable que l'avis du SMR soit intervenu sur la seule base du dossier, faisant au surplus état des nombreux efforts déployés par l'assurée ainsi que des stratégies instaurées par celle-ci pour tenter de déjouer la douleur et d'améliorer la situation. Dans un nouveau rapport établi le 24 octobre 2018, le SMR a nié que ces éléments médicaux documentent des limitations objectives nouvelles susceptibles de fonder "une incapacité de travail plus significative" et a également exclu une accentuation des limitations fonctionnelles décrites antérieurement. Avant que l'intimé ne rende le 12 mars 2019 sa décision formelle présentement attaquée, la recourante a fait parvenir à l'intimé un rapport du 18 janvier 2019 établi par un psychologue FSP exerçant au sein d'un cabinet de psychiatrie et psychothérapie. L'on en retient que la recourante a bénéficié d'un suivi de

juin 2016 à début août 2018 axé sur l'acquisition de stratégies de coping pour lui permettre de faire face à ses douleurs et à la fatigue ressentie dans le cadre de son syndrome de Klippel-Feil. Le psychologue ayant prodigué ce suivi a fait état d'un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive (CIM-10: F43.22) se manifestant sous la forme d'un refus de soumission à l'autre et d'une peur de l'autonomisation. Il a recommandé une expertise psychiatrique en vue d'intégrer l'état psychique dans l'évaluation de l'intimé. Il ressort enfin du certificat médical du 12 juin 2019 produit devant le TA (c. 3.3 supra) que la recourante est suivie depuis le 28 novembre 2018 par un médecin psychiatre - traitement qui consisterait en une hypnothérapie d'après les précisions de l'ancien psychologue traitant.

## 5.

**5.1** Il est évident que les rapports du SMR (art. 49 RAI) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA. Ces rapports 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 tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent non seulement des expertises médicales mais aussi des examens médicaux auxquels il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces divers documents 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 matière d'expertise médicale (c. 2.5 supra), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales requises (arrêt du Tribunal fédéral [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 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 (arrêt

TF 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références). Sous l'angle de l'appréciation des preuves, il y aura néanmoins lieu de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance doit être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée par l'AI. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée devront alors également être pris en considération. Si les constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de 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).

**5.2** A première vue, l'appréciation du SMR remplit la fonction que lui assigne l'art. 49 RAI puisqu'elle restitue les principales sources médicales au dossier AI, en fait la synthèse, les soumet à discussion avant de livrer une estimation théorique des aptitudes professionnelles résiduelles. En particulier, le médecin du SMR expose-t-il avec contenu les raisons pour lesquelles il se justifie, selon lui, de se distancier de l'appréciation des médecins traitants, à savoir pour l'essentiel le fait qu'il n'existerait pas de déficit neurologique à même d'expliquer les plaintes exprimées sur le plan somatique et que celles-ci seraient bien plutôt imputables à un déconditionnement musculaire corrigible par de la physiothérapie. Il n'omet pas non plus d'apprécier les tout derniers éléments médicaux au dossier AI afférents à la situation psychique et nie sur leur base l'existence d'une atteinte à la santé diagnostiquée et suivie par un médecin psychiatre. Son approche médicale doit en tous les cas dès lors être qualifiée de sérieuse et de rigoureuse. Nonobstant le soin voué à son travail, il demeure néanmoins que ce médecin ne dispose pas des qualifications nécessaires à l'appréciation des aspects psychiques potentiellement impliqués dans le tableau clinique. Certes, le dossier ne recelait au départ aucun élément en faveur d'une telle composante et les spécialistes de la douleur à l'hôpital D.\_\_\_\_\_ n'ont pas posé d'indication au printemps 2015 pour une prise en charge psychosomatique. A fin 2017, le médecin neuro-réhabilitateur chargé de l'évaluation des aptitudes fonctionnelles a cependant

diagnostiqué un état dépressif réactionnel et fait part de ses difficultés à procéder audit bilan en raison des douleurs de la patiente impactant ses activités quotidiennes, ses capacités cognitives telles l'attention et la concentration, ses interactions sociales ainsi que les activités complexes en raison de sa gestion du stress. De plus, il a rapporté chez celle-ci une perte de confiance dans ses capacités ainsi qu'"une souffrance évidente" sur le plan psychique, recommandant de fait une solution thérapeutique pour les composantes non seulement physiques mais également psychologiques de sa problématique de douleur. A cela s'ajoute, comme déjà relevé (c. 4.3 supra), que l'ancien psychologue traitant a fait état d'un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive. Or, même à considérer que ce diagnostic n'émane pas d'un cabinet de psychiatrie (bien que le certificat produit en porte l'en-tête), l'on infère de ce document soumis à la libre appréciation du juge (c. 2.4 supra) que la recourante a bénéficié d'un suivi psychologique pendant près de deux ans toutes les cinq à six semaines environ aux fins de mieux gérer ses douleurs ainsi que ses autres plaintes (fatigue). Ce certificat médical fait en outre état chez elle de comportements de type passif-agressif renforçant ses problèmes adaptatifs. En tous les cas, cette appréciation livre-t-elle ainsi des indices sérieux quant à l'éventuelle existence d'une atteinte à la santé psychique susceptible d'influencer à tout le moins temporairement la capacité de gain. Ce constat est encore renforcé par le fait que l'assurée a poursuivi moins de trois mois plus tard son suivi psychothérapeutique auprès d'un médecin psychiatre (c. 4.3 supra).

**5.3** Au degré probatoire de la vraisemblance prépondérante exigé en droit des assurances sociales (ATF 144 V 427 c. 3.2), on ne saurait partant conclure comme l'a fait l'intimé que le dossier ne recèle aucun élément en faveur d'un possible dysfonctionnement psychique chez la recourante. Peu importe à cet égard que cette dernière ait initialement nié toute problématique de cet ordre courant avril et mai 2015. En tout état de cause, sa généraliste a fait état le 10 juillet 2018, en s'appuyant dès lors nécessairement sur les plaintes qu'elle avait elle-même rapportées à celle-ci (les limitations fonctionnelles d'ordre psychique ne pouvant guère en effet être établies sans la collaboration du patient), d'un état de santé péjoré à raison d'une comorbidité anxio-dépressive ayant nécessité un suivi

auprès d'un médecin psychiatre. La même doctoresse a de plus rendu crédible que cette situation avait pu ne pas être perçue à sa juste mesure par les spécialistes traitants en raison du fait que l'assurée était suivie en alternance au centre hospitalier universitaire et à l'hôpital D.\_\_\_\_\_, qui plus est par de multiples intervenants au sein du second établissement (du reste également dans le premier hôpital). Ce constat se défend à plus forte raison encore au vu de la nature des troubles adaptatifs en cause qui, selon l'ancien psychologue traitant, donnent lieu à des malentendus et à des difficultés avec les divers intervenants, en particulier ceux du domaine de la santé. On ne peut partant exclure que le comportement de l'assurée ait visé, consciemment ou non, à occulter une éventuelle problématique sur le plan psychique. L'amplification des symptômes physiques rapportée à plusieurs endroits du dossier en dépit de ressources quotidiennes en grande partie préservées d'après les observations (à l'époque du moins) du SE peut au demeurant elle aussi procéder du même souci de la patiente de surinvestir, au détriment d'une possible explication psychique, les causes physiques de son mal-être (dos. AI 110/4; 114/6; 124/6; 143/6). L'on ne saurait au surplus occulter le fait que les douleurs de l'assurée demeurent largement inexpliquées au vu des substrats organiques pour l'essentiel dans la norme révélés par les examens radiologiques et qu'une médication à visée certes antalgique (venlaflaxine - même cumulée pendant quelques temps à une seconde médication du même ordre [cymbalta]), mais de type psychiatrique, est toujours en cours pour lui permettre de mieux se distancier de ses maux. Qui plus est, cette problématique de douleurs ne peut être abstraite du contexte psychosocial d'espèce, certes sans portée invalidante en tant que tel mais non exclusif pour autant d'une réelle problématique psychiatrique qui se serait autonomisée au fil du temps. En effet, le contexte psychosocial rend ici compte de zones de fragilité dans l'entourage familial (époux alcoolique, fille bipolaire) mais également dans le propre parcours de vie de la recourante qui a jadis souffert d'une alcoolodépendance dont elle s'est heureusement libérée mais dont on ignore, hormis l'actuel tabagisme, s'il a laissé place à d'autres manifestations de vulnérabilité ayant cas échéant valeur malative. Seul un avis médical spécialisé permettra dès lors de déterminer si, à l'aune d'une analyse structurée des éventuels troubles psychiques qui seront diagnostiqués

(c. 2.2 supra), l'assurée présente un handicap fonctionnel important propre à limiter sa capacité de travail et de gain.

**5.4** Sur la base d'un état de fait aussi peu éclairci, l'évaluation du SMR ne permet en conséquence pas de trancher de manière sûre les droits litigieux. Aussi, l'intimé a violé le principe inquisitoire en s'appuyant dans sa décision sur cette unique source médicale (c. 2.5 supra). Une instruction médicale complémentaire s'avère indispensable sous l'angle non seulement psychique, mais également du point de vue somatique puisqu'une évolution déterminante sur ce plan (en tout cas défendue par la généraliste traitante; c. 4.3 supra) ne peut être exclue à la date de la décision contestée. En revanche, rien au dossier ne remet en cause le fait que l'état prévalant depuis le 1<sup>er</sup> mai 2014 (perte de rendement de 20% dans une activité adaptée) s'est aggravé en automne 2016 pour aboutir à un taux d'invalidité pondéré de 91% (statut mixte) de novembre 2016 à en tout cas fin mars 2017. Sur cette base, eu égard aussi au taux moyen d'incapacité de travail de 58,49% (dans l'ancienne activité professionnelle) ayant prévalu pendant le délai d'attente du 21 janvier 2014 au 20 janvier 2015, l'octroi d'une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> novembre 2016 au 31 janvier 2017 (en fonction du taux moyen d'incapacité de travail pendant le délai d'attente; ATF 121 V 264 c. 6, arrêt TF 9C\_900/2013 du 8 avril 2014 c. 6.1), puis d'une rente entière du 1<sup>er</sup> février 2017 au 30 juin 2017 (art. 88a RAI et c. 2.3 ci-dessus) se justifie, ce qui n'est du reste pas contesté. Il convient dès lors d'annuler partiellement la décision querellée en tant qu'elle refuse toute rente au-delà du 30 juin 2017 et de renvoyer le dossier à l'Office AI en vue d'une expertise pluridisciplinaire permettant de définir les atteintes fonctionnelles, la capacité de travail et leurs fluctuations éventuelles pour la période restant litigieuse. En possession de ces données médicales, l'intimé ordonnera une nouvelle enquête sur le ménage en vue de réunir l'ensemble des éléments de fait (hormis les constatations médicales) nécessaires à l'évaluation de l'invalidité et de ses possibles fluctuations au cours de la période déterminante. Muni de ces informations, l'Office AI rendra (après dû préavis) une nouvelle décision sur le droit à la rente (qui sera aussi sujette à recours devant le TA). In casu, le renvoi à l'Office AI pour instruction des points litigieux se justifie pleinement, dès lors qu'il touche à des questions qui n'ont pas du tout été

éclaircies par l'assureur social. Il est d'ailleurs à juste titre requis par la recourante dans ses conclusions subsidiaires. Une instruction au niveau du TA violerait le droit d'être entendue de celle-ci et la priverait d'une instance de décision (TF 9C\_243/2010 du 28 juin 2011 c. 4.4.1.4); elle aurait pour conséquence en outre de restreindre les investigations à mener à la date de la décision présentement contestée.

## **6.**

**6.1** Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre le recours et d'annuler partiellement la décision du 12 mars 2019 dans la mesure où elle refuse toute rente dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017, ainsi que de renvoyer le dossier à l'intimé afin qu'il procède à une instruction complémentaire au sens des considérants et rende ensuite une nouvelle décision.

**6.2** Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 et al. 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais versée par la recourante lui sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement.

**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 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. Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 12 juillet 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 en cas de représentation par un organisme de conseils juridiques reconnu d'utilité publique (tarif horaire de Fr. 130.-; voir notamment la circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales en cas de telle représentation, visible sur le site [www.justice.be.ch/ta](http://www.justice.be.ch/ta) -> Téléchargements & publications),

sont fixés à un montant de Fr. 1'565.- (honoraires de Fr. 1'397.50, débours de Fr. 55.60 et TVA de Fr. 111.90).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis et la décision attaquée est partiellement annulée en tant qu'elle refuse toute rente à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017. La cause est renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais versée par la recourante lui sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 1'565.- (débours et TVA compris) à 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 F. \_\_\_\_\_ SA.

La présidente:

La greffière:  
e.r. Joël Desy, greffier

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).