

**200.2019.630.AI**

N° AVS  
ANP/REN

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

**Jugement du 6 octobre 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 9 août 2019



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1965, vivant en couple après un veuvage et mère de trois enfants adultes issus de cette précédente union, dispose d'une formation certifiée de vendeuse et a été engagée à 50% dans sa profession à compter du 10 décembre 2001. Déjà opérée du dos dans le passé, elle a subi le 10 septembre 2014 une microdiscectomie L2/L3 bilatérale avec duroplastie, puis une révision de cette intervention en date du 7 novembre 2014. Dans l'intervalle, elle s'est annoncée à l'assurance-invalidité (AI) pour des récurrences de hernies discales, ces atteintes remontant à octobre 2008 et étant à l'origine d'une (nouvelle) période d'incapacité de travail continue (entière ou partielle) depuis le 25 avril 2014. A réception de cette demande datée du 31 octobre 2014, l'Office AI Berne, déjà en possession de pièces médicales par l'assurance maladie assumant la perte de gain, a recueilli l'appréciation du généraliste traitant et celle du neurochirurgien ayant pratiqué les interventions de 2014. Le 24 février 2015, l'assurée a été informée de la résiliation à fin mai 2015 de son contrat de travail.

**B.**

Du 1<sup>er</sup> juin au 23 août 2015, l'intéressée a bénéficié par le biais de l'AI d'une observation professionnelle auprès d'un centre d'intégration et de formation professionnelle (centre C. \_\_\_\_\_ à D. \_\_\_\_\_); cette mesure a été prolongée jusqu'au 20 septembre 2015. Une préparation à un reclassement professionnel auprès de ce centre lui a été accordée du 21 septembre 2015 au 31 mars 2016 ainsi que durant la période du 1<sup>er</sup> avril au 30 juin 2016 où elle a aussi bénéficié d'une adaptation et d'une instruction ergonomique. L'assurée s'est ensuite vu octroyer un reclassement professionnel moyennant une phase préparatoire du 1<sup>er</sup> juillet au 31 octobre 2016 au sein du même centre suivie d'une formation scolaire du 1<sup>er</sup> novembre 2016 au 30 juin 2017 comme employée administrative (avec diplôme); ce reclassement a été prolongé jusqu'au 18 décembre

2017, puis jusqu'au 31 janvier 2018. L'assurée a entretemps effectué des stages en entreprise, puis a obtenu début 2018 son diplôme et s'est annoncée dès février 2018 à l'assurance-chômage. Le 1<sup>er</sup> octobre 2018, l'Office AI a mis fin à une aide au placement qu'il lui avait accordée en décembre 2017.

### **C.**

Après avoir recueilli l'avis de son service médical régional (SMR), l'Office AI a ordonné une enquête ménagère qui a été réalisée sur la base d'un statut mixte (activité lucrative/ménage) de 50%/50% reconnu à l'assurée (rapport y relatif du 29 mars 2019). Par préorientation du 11 avril 2019, ce même office a informé l'intéressée qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations compte tenu d'un degré d'invalidité global et pondéré s'élevant à 13% à compter du 1<sup>er</sup> avril 2015 et à 23% depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018 (nouveau mode d'évaluation dès cette date de l'invalidité au moyen de la méthode mixte). L'assurée, représentée par un avocat, a formulé le 10 mai 2019 des objections contre ce préavis et a produit à l'appui un certificat médical daté du même jour de son généraliste traitant. En possession d'une nouvelle prise de position du SMR faisant partie intégrante de sa décision, l'Office AI a formellement statué le 9 août 2019 que les objections à l'encontre de sa préorientation ne s'appuyaient sur aucun élément objectif nouveau et de fait confirmé celle-ci.

### **D.**

Par acte du 22 août 2019, l'assurée, représentée par son mandataire, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite de frais et dépens, elle conclut à l'annulation de la décision rendue le 9 août 2019 par l'Office AI ainsi qu'au renvoi du dossier audit office pour investigations complémentaires au sens des considérants du recours et nouvelle décision. A l'appui de ce dernier, elle produit entre autres éléments copie d'un nouveau certificat médical établi le 14 août 2019 par son généraliste traitant. Dans sa réponse du 2 octobre 2019,

l'Office AI a conclu au rejet du recours, 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. Les parties ont encore répliqué et dupliqué les 22 octobre et 4 novembre 2019 (moyennant production par le mandataire de l'assurée d'une note d'honoraires également datée du 22 octobre 2019).

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision du 9 août 2019 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie à l'assurée le droit à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision ainsi que le renvoi du dossier à l'Office AI pour investigations médicales complémentaires et nouvelle décision. Sont critiquées les bases médicales du SMR ayant servi à l'évaluation du degré d'invalidité.

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

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

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

## **2.**

**2.1** 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 LPGA) 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 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts de l'activité lucrative ou du travail non rémunéré dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; ensuite, le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (méthode dite "mixte" d'évaluation de l'invalidité; ATF 144 I 21 c. 2.1, 142 V 290 c. 4).

**2.2** 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). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas

seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (cf. art. 16 LPGA).

**2.3** 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).

**2.4** 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 ni le statut mixte de 50%/50% reconnu à l'assurée ni la part d'empêchements de 20% admise dans les travaux ménagers (taux d'incapacité s'élevant à 10% après pondération) ne sont litigieux. A mesure qu'aucun élément au dossier ne permet de douter de la fiabilité de ces éléments constitutifs du calcul de l'invalidité, il n'y a pas lieu de s'en écarter.

**3.2** L'intimé est d'avis que la recourante n'est pas à ce point restreinte dans son activité lucrative qu'il en résulterait un droit à une rente (même en tenant compte des handicaps ménagers). Il s'appuie à cette fin sur le profil d'exigibilité du SMR reproduit dans le rapport d'enquête du 29 mars 2019 faisant partie intégrante de sa décision attaquée, à teneur duquel une activité légère alternant les postures est exigible à 100% avec un rendement réduit de 20% du fait des pauses accrues nécessaires. De son avis, une force probante entière doit être reconnue à cette appréciation du SMR qu'il n'estime pas valablement contredite par les rapports "très sommaires" du généraliste traitant dont l'un est de surcroît postérieur à la décision contestée. L'Office AI déplore en outre le fait que l'assurée ait attendu le préavis de refus de rente pour invoquer une péjoration médicale, son comportement contrevenant selon lui d'autant plus à la bonne foi qu'elle avait auparavant achevé un reclassement financé par l'AI.

Pour sa part, la recourante conteste le refus de rente prononcé à son encontre ainsi que l'appréciation du SMR qui sous-tend ce refus. Elle reproche à ladite évaluation de s'appuyer sur des rapports médicaux "tous vieux de plus de quatre ans" et établis quelques semaines seulement après de lourds traitements opératoires, partant à une époque où "l'évolution de son état de santé n'était pas connue, et ne pouvait qu'être pronostiquée". Elle oppose aux conclusions du SMR les certificats établis les 10 mai et 14 août 2019 après un examen médical auprès de son généraliste traitant, estimant que leur contenu déjoue les pronostics favorables émis quatre ans

auparavant et atteste même d'une péjoration depuis le début de son suivi en 2016 chez ce médecin. En présence d'avis médicaux contradictoires, elle juge indispensable d'ordonner une expertise médicale externe en vue d'évaluer l'évolution de son état de santé.

**3.3** En procédure de recours, l'assurée a produit un certificat médical du 14 août 2019 de son généraliste traitant (dossier recourante [dos. rec.] 3). 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, le certificat médical précité est certes postérieur à la décision contestée du 9 août 2019. A mesure cependant qu'il permet des déductions utiles quant à la situation qui prévalait déjà avant le prononcé de cette décision (il n'est du reste postérieur que de cinq jours à celle-ci), 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.

**4.1** Dans un rapport AI rédigé le 20 novembre 2014, l'ancien généraliste traitant, spécialisé en médecine interne et gériatrie, a diagnostiqué avec influence sur la capacité de travail un status post-cure hernie discale L4-L5 en 2008 ainsi qu'une hernie discale L2-L3 depuis mai 2014 opérée deux fois et, sans influence du point de vue des exigences professionnelles, des troubles anxieux consécutifs au décès du mari en 2006. Il a objectivement constaté que les douleurs et la mobilité s'étaient améliorées depuis la dernière opération du 7 novembre 2014. Admettant sur le principe une possible reprise de l'activité professionnelle avec un rendement cependant réduit en raison des douleurs et des effets secondaires du traitement antalgique (fatigabilité, troubles de la concentration), il a estimé qu'il était prématuré d'apprécier les exigences résiduelles offertes dans ce type de

travail. En cochant les rubriques correspondantes du tableau type pré-imprimé dans le questionnaire médical, il a néanmoins alors précisé qu'une activité adaptée devrait permettre d'alterner les postures assise et debout, prévoir des limites de charges, éviter que l'assurée se tienne penchée, accroupie ou à genoux, que cette dernière ne doive effectuer des rotations en positions assise et debout, soulever et porter des charges ainsi que monter sur une échelle ou un échafaudage, de même que tenir compte du fait que la capacité de concentration et la résistance étaient limitées.

**4.2** Le médecin neurochirurgien ayant pratiqué les opérations de 2014 a quant à lui diagnostiqué dans un rapport AI daté du 12 décembre 2014 un status après une microdiscectomie L2/L3 droite et L2/L3 gauche avec duroplastie le 10 septembre 2014, ainsi qu'une révision de la duroplastie, un accès par voie transarticulaire au foramen et une re-microdiscectomie intervertébrale L2/L3 et intraforaminale le 7 novembre 2014. Rapportant une évolution post-opératoire favorable en présence d'une atténuation significative des plaintes lombo-fémoralgiques et -ischialgiques ainsi que d'une légère parésie de la flexion dorsale du pied gauche, il a estimé qu'il ne devrait en principe subsister que de faibles restrictions fonctionnelles et que la reprise de l'activité de vendeuse pourrait se faire progressivement. Aussi, il a continué d'attester une incapacité de travail entière jusqu'au 3 novembre 2015, puis a retenu que le pensum à temps partiel usuellement exercé dans la vente était à nouveau réalisable d'après le généraliste traitant.

**4.3** Dans un rapport médical rédigé le 10 mai 2019 à l'attention de l'assurée, le nouveau généraliste traitant depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 a certifié que sa patiente, compte tenu des quatre opérations subies au niveau lombaire, présentait "un degré d'invalidité important" rendant impossible le port de charges et les stations debout prolongées. Ce médecin a en outre fait mention de séquelles douloureuses. A l'appui de son courrier du 14 août 2019 adressé au mandataire de l'assurée (et produit à l'appui du recours), il a encore indiqué que la recourante présentait une majoration de ses lombalgies avec des séquelles de ses opérations sous forme de crampes ainsi que d'une faiblesse dans les jambes rendant impossible le port de charges de plus de 10 kg, respectivement très rapidement pénible

la station debout prolongée, à l'instar de toute posture statique en continu. Selon ses précisions, l'arthrose nécessairement évolutive avec l'âge contribuait également à majorer les symptômes.

**4.4** Pour sa part, le SMR, par un médecin interniste et rhumatologue, a retenu le 19 mars 2019 le diagnostic, avec influence sur la capacité de travail, d'un syndrome lombo-radiculaire L4 gauche (en lien avec la parésie documentée) associé à des status opératoires d'une microdissection L2/L3 bilatérale avec plastie du sac dural le 10 septembre 2014 et d'une révision de cette plastie avec accès transarticulaire du foramen L2/L3 et nouvelle microdissection intraforaminale le 7 novembre 2014; sans répercussion sur la capacité de travail a été évoqué un trouble anxieux en lien avec le décès du mari en 2006. Il s'est distancié de certaines des exigences retenues par le généraliste traitant à mesure que, selon lui, l'instabilité générée par le déficit de force à l'un des pieds cumulé à la problématique lombaire rendaient impossible un travail avec les bras au-dessus de la tête ainsi que de devoir monter des escaliers. Hormis ces limitations, il a estimé exigible à temps complet avec un rendement diminué de 20% du fait des pauses requises une activité légère alternant les postures assise et debout ainsi qu'excluant le travail au niveau des épaules, le port de charges loin du corps, le travail sur échelle ou échafaudage, les activités répétées en antéflexion du tronc, les positions agenouillée et accroupie répétées, de même que la marche en terrain instable et la marche répétée dans des escaliers. Le 4 juillet 2019, ce médecin a considéré que les objections à l'encontre du préavis et le certificat établi le 10 mai 2019 par le généraliste traitant ne recelaient pas d'élément nouveau objectivant des limitations fonctionnelles susceptibles de fonder une incapacité de travail significative de longue durée.

## **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 LPG. 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 des expertises médicales ou des examens médicaux auxquels il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). 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 (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 (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 fait la synthèse (quoique très succincte) des autres avis médicaux au dossier, les soumet à discussion avant de livrer une estimation théorique de la capacité de travail. Pour parvenir à cette estimation, le médecin mandaté au sein du SMR conteste le "degré d'invalidité important" attesté par le généraliste traitant au motif que les

opérations de 2014 servant de justification à celui-ci n'ont pas entraîné de péjoration médicale et se sont bien davantage avérées être un franc succès aux dires mêmes du chirurgien les ayant pratiquées. Ces prémisses factuelles qui sous-tendent la prise de position du SMR ne peuvent cependant être corroborées. Hormis le fait qu'une révision chirurgicale pratiquée le 7 novembre 2014 témoigne à elle seule déjà de la réussite toute relative de la première opération en date du 10 septembre 2014 ("1<sup>ère</sup> intervention sans succès" selon l'ancien généraliste traitant), un tel constat ne saurait être ici émis sur la base de l'unique rapport médical AI du chirurgien traitant établi près de quatre ans et huit mois avant le prononcé de la décision contestée. A l'appui dudit rapport, ce spécialiste se limitait en effet à conjecturer une possible et progressive reprise de l'emploi usuel au vu de l'évolution favorable constatée à sa consultation du 8 décembre 2014, sans que ses observations à cette date-là, postérieures d'un mois seulement à la dernière opération, n'aient cependant été considérées comme suffisamment mûres pour envisager une reprise immédiate du travail. Bien plus, ses conclusions à ce moment-là étaient intrinsèquement soumises à la condition que ce pronostic prometteur puisse se confirmer à terme et étaient dès lors exemptes d'un caractère définitif ("Sollten eigentlich kaum Einschränkungen bestehen, die berufliche Tätigkeit als Verkäuferin bei E. \_\_\_\_\_ sollte steigernd wieder aufgenommen werden können"). L'on ne saurait non plus exclure que ces bonnes prévisions étaient elles-mêmes influencées par l'importante pharmacopée antalgique à l'époque en cours (voir dos. int. 17/3 ch. 1.5), dont le chirurgien préconisait certes la réduction progressive mais ce dont il ignorait les répercussions du point de vue des douleurs. Enfin, le même spécialiste renvoie s'agissant de la potentielle récupération à partir du 5 janvier 2015 du pensum usuel (à 50%) exercé dans la vente à une estimation semble-t-il contemporaine de l'ancien généraliste traitant concernant la capacité de travail ("anschliessend Teilpensum im angestammten Tätigkeitsbereich wieder realisierbar, gemäss Hausarzt [...]). Cependant, en-dehors de son descriptif des travaux encore possibles sous l'angle fonctionnel, ce médecin généraliste ne s'est nullement prononcé dans son rapport AI sur les exigences offertes dans l'activité usuelle ou dans un autre type d'emploi cas échéant mieux profilé pour les handicaps,

jugeant un tel examen en l'état alors prématuré ("Trop tôt pour se prononcer. Dépend de l'activité exigée/exercée").

**5.3** Il s'ensuit que l'appréciation du SMR ne peut justifier par son étayage au travers des seules conclusions du chirurgien traitant d'une assise suffisamment solide pour compenser l'absence à sa base d'un examen médical de l'assurée. Ce résultat s'impose à plus forte raison que le médecin du SMR s'écarte finalement des conclusions spécialisées dont il se prévaut pour postuler, en lieu et place du pensum à hauteur du taux d'occupation usuel (50%) retenu à leur appui, une capacité résiduelle de travail entière grevée d'une baisse de rendement de 20%. Si le profil d'exigibilité du SMR qui motive ces estimations est défini de manière à ce point large qu'il intègre au final également les handicaps décrits par l'actuel généraliste traitant, il apparaît toutefois qu'il n'a nullement été éprouvé au regard de la situation d'espèce et des domaines d'activités susceptibles d'entrer en ligne de compte pour l'assurée. Certes, le médecin du SMR se réfère dans son premier rapport médical à un email du 2 juillet 2015 du centre C.\_\_\_\_\_ rappelant que l'observation professionnelle en cours à l'époque tendait à une augmentation à 50% du taux de présence de 40% auquel avait débuté la mesure. Il est également vrai que cet objectif se calquait selon toute vraisemblance sur le taux d'activité en vigueur avant la survenance de l'invalidité et ne reflétait ainsi pas nécessairement les aptitudes professionnelles réellement exigibles de la recourante. Dans ses rapports de synthèse, le centre C.\_\_\_\_\_ a toutefois relaté que ce taux de départ de 40% était "adéquat" vu les restrictions alors présentes, et qu'une élévation de celui-ci à 50% tentée en cours d'observation puis pendant la réadaptation professionnelle n'avait pu être maintenue sur le long terme étant donné qu'elle compromettrait la santé de l'assurée. Or, le SMR ne s'est nullement prononcé sur ces aspects, ni sur le point de savoir si l'atteinte médicale qu'il avait appréhendée sous ses aspects de stricte contrainte fonctionnelle avait cas échéant pu évoluer en intensité. Certes, l'actuel généraliste qui défend cette thèse en reconnaissant "un degré d'invalidité important" à sa patiente sort des prévisions médicales pour s'aventurer sur le champ d'exploration juridique (voir c. 2.2. supra). Ni dans son certificat du 10 mai 2019, ni dans celui du 14 août 2019, il ne procède de plus à une évaluation chiffrée de la capacité de travail susceptible de

traduire l'importance des "séquelles douloureuses" dont il fait état. A mesure toutefois que son appréciation rend compte d'un suivi régulier en l'absence de toute autre source médicale récente au dossier, le SMR ne pouvait s'en distancier sans s'épargner au préalable des investigations médicales complémentaires. Peu importe à cet égard que, selon les propos consignés le 9 juillet 2018 par le service d'aide au placement de l'AI (voir dossier TA), la recourante, suite à l'insuccès de ses recherches d'emploi, ait indiqué qu'elle ne souhaitait plus bénéficier d'une telle aide et ait donné l'impression qu'elle n'attendait désormais plus que l'octroi d'une rente d'invalidité. On ne peut en effet rien inférer de ces déclarations sous l'angle des exigences professionnelles.

**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. Contrairement à ce que défend l'intimé, il n'incombait pas à la recourante d'établir une détérioration de son état de santé ni de supporter les conséquences de l'absence d'une telle preuve. Tel n'aurait été le cas que si l'intéressée avait déposé une nouvelle demande AI consécutivement à un précédent refus de rente ou requis la révision d'une rente déjà en cours, auxquels cas il lui aurait effectivement appartenu de rendre plausible une modification des circonstances propre à influencer son invalidité. Au présent cas toutefois, l'intimé était appelé à évaluer l'incapacité de gain dans le cadre d'une première demande de prestations AI et il lui revenait de faire à cet effet toute la lumière sur la situation médicale en vigueur à la date où a été rendue sa décision contestée (voir c. 2.4 et 3.3 supra). Dans ce contexte où il n'était ainsi nullement question d'une détérioration médicale, peu importe également que l'assurée ait accompli avec succès sa réadaptation professionnelle en tant qu'employée administrative, ni qu'elle ait ultérieurement bénéficié d'une aide au placement de l'AI puis ait été considérée comme apte au placement par l'AC. Il s'ensuit que l'Office AI a bien violé le principe inquisitoire en n'instruisant pas suffisamment l'état de fait déterminant et en s'appuyant sur la seule appréciation médicale du SMR pour statuer sur le droit à la rente de l'intéressée. Comme on l'a vu (c. 5.2 et 5.3 supra), ni l'appréciation du chirurgien traitant, beaucoup trop ancienne, ni celle de l'actuel généraliste traitant, guère étayée et précise, ne permettent de déterminer l'intensité des

répercussions fonctionnelles encourues par la recourante. Il se justifie dès lors d'annuler la décision querellée et de renvoyer le dossier à l'Office AI en vue d'une instruction complémentaire sous forme d'une expertise médicale. En possession de ces données, 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 éventuelles fluctuations au cours de la période litigieuse. 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 dans les conclusions principales du recours. Une instruction au niveau du TA violerait le droit d'être entendue de l'assurée 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 la décision du 9 août 2019, 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 de Fr. 800.- versée par la recourante sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.

**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 22 octobre 2019 qui ne prête pas à discussion, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité objectives de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, sont fixés à Fr. 3'667.10 (honoraires de Fr. 3'307.50, débours de Fr. 97.40 et TVA de Fr. 262.20).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais de Fr. 800.- versée par la recourante sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 3'667.10 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,

et communiqué:

- à la Caisse de pension F.\_\_\_\_\_.

La présidente:

La greffière:

**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).