

200.2019.779.AI
N° AVS
BOA/REN

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

Jugement du 12 février 2021

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 cette dernière du 13 septembre 2019



En fait:

A.

A. _____, née en 1961, mariée, mère de deux enfants (nés en 1988 et 1990), détentrice d'un CFC d'employée de commerce, a travaillé en dernier lieu à ce titre, au taux de 30% (25% dès 2011), depuis février 2001 jusqu'en septembre 2016, terme pour lequel son contrat de travail a été résilié.

Après la découverte d'un cancer (maladie de Hodgkin), en février 2001, l'assurée a subi six cycles de chimiothérapie de février à juin 2001. Une première récurrence a été diagnostiquée en août 2006, qui, après divers traitements a mené, en décembre 2006, à une rémission complète de la pathologie cancéreuse de l'assurée. Suite à une deuxième récurrence en mai 2011 soignée selon un protocole de six mois, les oncologues traitants ont estimé, en novembre 2011, que l'assurée était en rémission complète. Par décision du 26 septembre 2013, l'Office AI a informé l'assurée de son refus de lui octroyer des prestations AI suite à la demande déposée par cette dernière en décembre 2011. En octobre 2014, une troisième récurrence a été diagnostiquée, ayant nécessité deux cycles d'immunochimiothérapie (décembre 2014/janvier 2015) puis deux cycles d'immunothérapie de consolidation (janvier/février 2015). En avril 2015, une autogreffe suivie d'une chimiothérapie intensive ont été pratiquées. Une nouvelle rémission de la pathologie cancéreuse a été attestée par les oncologues en septembre 2015.

Invoquant une incapacité totale à travailler depuis octobre 2014 sur la base de multiples récurrences d'un lymphome diagnostiqué depuis 2001, l'assurée a déposé, en janvier 2015, une nouvelle demande de prestations AI.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI a recueilli des renseignements auprès des médecins traitants de l'assurée (notamment généraliste, oncologues,

pneumologue, cardiologue, hématologues). Après avoir sollicité l'avis d'un médecin spécialiste en médecine interne et rhumatologie du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR, rapport du 13 septembre 2016) et mandaté une collaboratrice de son service spécialisé pour procéder à une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée (conclusions rédigées le 13 mars suite à l'enquête du 28 février 2017), l'Office AI a informé l'assurée, dans un préavis du 5 avril 2017, qu'il envisageait de lui octroyer, sur la base d'un degré d'invalidité de 54%, une demi-rente AI limitée dans le temps (du 1^{er} octobre 2015 au 31 juillet 2016). Suite à l'opposition formulée le 27 avril 2017 (complétée par la suite) contre le préavis précité à l'appui de laquelle divers documents médicaux ont été versés au dossier AI, l'instruction médicale a repris et l'avis du médecin du SMR sollicité à réitérées reprises (notamment rapports des 23 octobre 2017, 18 avril et 25 octobre 2018). En se fondant sur les ultimes avis médicaux de son SMR (des 12 février et 4 juillet 2019, finalisant les prises de position antérieures), l'Office AI a émis un nouveau préavis (annulant celui du 5 avril 2017 mais néanmoins identique quant à sa teneur), informant l'assurée de son intention de lui octroyer, sur la base d'un degré d'invalidité de 54%, une demi-rente AI limitée dans le temps (du 1^{er} octobre 2015 au 31 juillet 2016). En dépit des objections formulées par un avocat employé de l'assurance protection juridique de l'assurée contre cette préorientation, après avoir à nouveau soumis le cas à son SMR, l'Office AI, par décision formelle du 13 septembre 2019, a confirmé le contenu de son préavis.

C.

Par acte daté du 11 octobre 2019, l'assurée, désormais représentée par un avocat indépendant, 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 13 septembre 2019 et à l'octroi de prestations AI, subsidiairement, au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Dans son mémoire de réponse du 18 novembre 2019, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Les parties ont répliqué et dupliqué les 28 janvier et 12 février 2020 maintenant, en substance, leurs précédentes conclusions. Le mandataire de la recourante a transmis sa note d'honoraires le 11 octobre 2019.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI du 13 septembre 2019 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et alloue à la recourante une demi-rente d'invalidité du 1^{er} octobre 2015 au 31 juillet 2016. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et vise à l'octroi de prestations AI, subsidiairement au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sont particulièrement critiqués par la recourante le caractère lacunaire de l'instruction menée par l'intimé (bases médicales somatiques non fiables du médecin généraliste/rhumatologue du SMR sur lesquelles l'intimé a fondé sa décision; volet psychique à tort nullement investigué par l'intimé) et la valeur probante de l'enquête (sous-)évaluant les empêchements ménagers.

A ce stade, au vu des motifs invoqués à l'appui du recours, il apparaît que la conclusion visant à l'annulation de la décision litigieuse porte également sur la période limitée dans le temps d'octroi de la (seulement) demi-rente AI. En tout état de cause, le pouvoir d'examen du juge ne serait (de toute façon) pas restreint. En effet, 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 et le pouvoir d'examen du juge s'étend, sous réserve du respect du droit d'être entendu, aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 131 V 164 c. 2.2, 125 V 413 c. 2; VSI 2001 p. 274 c. 1a).

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, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable au présent recours, qui était pendant devant le TA à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2021, de la modification du 21 juin 2019 de la LPGA; voir art. 83 LPGA: disposition transitoire de la modification du 21 juin 2019).

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 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 LPGA). Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 145 V 215 c. 5.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

2.4 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. 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). 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 RAI (ATF 133 V 263 c. 6.1; SVR 2019 IV n° 2 c. 2).

2.5 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).

2.6 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).

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

3.

3.1 Dans sa décision contestée du 13 septembre 2019, sur la base du rapport de son service des enquêtes du 13 mars 2017 (lui-même fondé sur le rapport du SMR du 13 septembre 2016) complété le 1^{er} mai 2017, l'Office AI a estimé que la recourante, sans atteinte à la santé, exercerait une activité lucrative à hauteur de 35% 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 à 54% (comprenant une perte de gain de 35% dans l'activité lucrative et 19,18% d'empêchement dans les activités ménagères) prévalant depuis le 7 octobre 2015 (après un an d'incapacité de travail ininterrompue) jusqu'au 30 avril 2016, l'intimé a octroyé une demi-rente d'invalidité à la recourante limitée à la période allant du 1^{er} octobre 2015 au 31 juillet 2016. Pour la suite, en se fondant sur les prises de position de son SMR, rédigées en fonction des différents événements de santé ayant affecté l'assurée, l'Office AI a conclu que, depuis le 1^{er} mai 2016, l'état de santé de l'assurée s'était durablement amélioré et que cette dernière présentait, depuis lors, une incapacité de gain pondéré de 0% dans la part dévolue à l'activité lucrative (sur la base de capacités de travail de 50% [mai/juin 2016], 80% [juillet/août 2016] et pleine capacité de travail depuis septembre 2016) et un empêchement de

19,18% pour le ménage, conduisant à un degré d'invalidité global pondéré de 19% dès le 1^{er} mai 2016, insuffisant à l'octroi d'une rente AI. En application de l'art. 88a al. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.2019), l'Office AI a dès lors estimé qu'il convenait de supprimer toutes prestations AI en faveur de l'assurée au-delà du 31 juillet 2016.

3.2 La recourante, quant à elle, a conclu formellement à l'annulation de la décision contestée et à l'octroi de prestations AI, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'Office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans son argumentation juridique, l'assurée a fait valoir que l'Office AI s'était déterminé sur la base d'un dossier médical lacunaire, notamment sur le plan oncologique (prise en considération manifestement insuffisante des séquelles somatiques induites par les différents traitements oncologiques endurés, notamment une fatigue chronique [Cancer-related Fatigue - CrF]). Quant au volet psychique, toujours selon la recourante, il aurait été totalement ignoré par l'intimé, alors même que les médecins traitants ont fait état, à réitérées reprises, d'une atteinte psychique indéniablement ancrée.

3.3 Le refus de prestations AI du 26 septembre 2013 était justifié par la récupération d'une capacité de travail totale avant l'échéance de l'année d'attente (voir c. 2.2). Cette condition de durée n'étant pas remplie, une invalidité au sens juridique n'existant pas, l'intimé n'avait procédé à aucun calcul de taux. D'emblée, il faut par conséquent constater que dans l'examen de la nouvelle demande déposée en janvier 2015, il n'y a pas matière à passer par l'étape de raisonnement, applicable lorsqu'un précédent refus se fonde sur un taux d'invalidité trop bas ou nul, voulant, par analogie avec la situation de révision (voir c. 2.4), qu'on tranche d'abord la question de savoir si l'invalidité a subi une modification notable au sens de l'art. 17 al. 1 LPG. En l'espèce l'invalidité de la recourante peut être évaluée sans procéder à une comparaison avec la situation ayant prévalu en septembre 2013. La problématique de la révision n'est concernée que dans la mesure où des fluctuations ont pu se produire entre le moment où un droit à la rente a pu naître au plus tôt, soit comme l'a correctement défini l'intimé, en octobre 2015 (incapacité de travail attestée

médicalement ayant duré un an sans interruption au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI et période de 6 mois échue depuis le dépôt en janvier 2015 de la demande de prestations [art. 29 al. 1 LAI]) et la date de la décision contestée (le 13 septembre 2019; ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1).

4.

Hormis les rapports médicaux du généraliste/rhumatologue du SMR (rédigés entre septembre 2016 et juillet 2019, cf. c. 4.2) régulièrement actualisés en fonction de l'évolution de l'état de santé de la recourante et dont la force probante est mise en doute par cette dernière dans la mesure où ils ont servi de fondement à la décision contestée, au dossier figurent les avis médicaux suivants (c. 4.1):

4.1

4.1.1 Après la découverte d'un cancer (maladie de Hodgkin), en février 2001, l'assurée a bénéficié de six cycles de poly-chimiothérapie de février à juin 2001, ayant abouti à une rémission de la maladie. Une première récurrence a été diagnostiquée en août 2006 (atteinte ganglionnaire, cervicale, jugulaire et supra-claviculaire), qui, après divers traitements (notamment excision d'un ganglion cervical droit et administration d'un anticorps monoclonal) a débouché sur une nouvelle rémission complète de la pathologie cancéreuse en décembre 2006. En mai 2011, une deuxième récurrence a été constatée (atteinte ganglionnaire cervicale bilatérale qui a été excisée) suivie d'un traitement hormonal durant six mois ayant également mené les oncologues traitants à considérer l'assurée, en novembre 2011, comme étant en rémission complète.

4.1.2. En octobre 2014, une troisième récurrence de la maladie de Hodgkin a été diagnostiquée suite à la découverte d'un lymphome cervical bilatéral (qui a été excisé en décembre 2014) en sus d'une atteinte pulmonaire (broncho-pneumonie générant de sévères difficultés respiratoires) survenue également en octobre 2014 et ayant nécessité une intubation de l'assurée durant son hospitalisation. Après deux cycles d'immuno-chimiothérapie (décembre 2014/janvier 2015) et d'immunothérapie de

consolidation (janvier/février 2015), la pathologie cancéreuse de l'assurée a été qualifiée, en février 2015, au vu des résultats de la tomographie par ordinateur pratiquée, comme étant en excellente rémission parallèlement à une symptomatologie pulmonaire en amélioration, en présence néanmoins d'un état de santé décrit comme fragile chez une patiente ayant des difficultés respiratoires. En avril 2015, une autogreffe de cellules souches suivie d'une chimiothérapie intensive ont été pratiquées. Suite à l'analyse de la tomographie du thorax effectuée en septembre 2015, les oncologues ont exclu (cliniquement et radiologiquement) toute nouvelle récurrence en dépit de la constatation de deux nodules sur les poumons.

4.1.3 En raison d'un déficit sévère en immunoglobulines considéré comme un effet secondaire à la maladie de Hodgkin (pouvant expliquer la survenue de multiples infections pulmonaires), l'assurée a bénéficié, depuis juillet 2016, d'un traitement de substitution en immunoglobulines.

4.1.4 Le rapport médical du 12 juillet 2016 des oncologues de l'Hôpital C._____, sollicités en raison d'un nouvel infiltrat dans le lobe du poumon gauche découvert en mai/juin 2016 par le pneumologue traitant, a mis en évidence la survenue d'une (quatrième depuis le début de l'année) pneumonie nécessitant une (nouvelle) antibiothérapie chez une patiente régulièrement sujette à des infections à répétitions (principalement pulmonaires). Les données de laboratoire ont, quant à elles, révélé la présence d'une anémie chez l'assurée. Les médecins ont également relevé que la patiente leur avait fait part d'un asthme en sensible régression depuis l'administration d'un nouveau traitement inhalateur.

4.1.5 L'examen de contrôle, en septembre 2016, par le spécialiste en pneumologie a retenu le diagnostic d'un asthme chronique en présence d'une toux persistante chez l'assurée (il était question précédemment d'une bronchopneumopathie chronique obstructive [BPCO]). Quant à l'infiltrat pulmonaire suspect découvert en mai/juin 2016, le pneumologue a estimé, en septembre 2016, qu'il était résorbé. Confirmant les observations de ses confrères (c. 4.1.4), le pneumologue a estimé que l'asthme était désormais bien stabilisé suite à l'administration d'un traitement ciblé. Au vu de l'examen clinique pratiqué, le pneumologue a conclu à une situation pulmonaire devant être qualifiée de satisfaisante (dos. AI 71/11 et 18).

4.1.6 Dans son rapport du 18 octobre 2016, l'oncologue traitante, réitérant les diagnostics connus, a fait part d'une importante fatigue et d'une faiblesse musculaire existant, selon les dires de l'assurée, depuis la greffe de cellules souches en avril 2015, symptômes que cette spécialiste a mis en lien avec les différents traitements administrés jusqu'ici. En dépit de doses d'immunoglobulines de substitution (le recours à ce substitut étant nécessaire afin de renforcer le système immunitaire de l'assurée) administrées selon un dosage réduit afin d'améliorer l'état général de la recourante, la fatigue ressentie par l'assurée a néanmoins perduré, en sus de céphalées frontales et une difficulté psychique à accepter la substitution en immunoglobulines (rapports de novembre et décembre 2016). La spécialiste a exclu toute récurrence du lymphome, tant d'un point de vue radiologique (scanner de septembre 2016) que clinique (examen clinique de décembre 2016).

Suite au premier préavis de l'Office AI daté du 5 avril 2017 et de l'opposition formulée par la recourante le 27 avril 2017, de nouveaux documents médicaux ont été versés au dossier AI.

4.1.7 L'assurée a subi plusieurs hospitalisations durant l'année 2017.

4.1.7.1 Les spécialistes en médecine interne travaillant en milieu hospitalier ont tout d'abord fait état d'un séjour stationnaire (du 3 au 7 avril 2017) de la recourante, notamment pour une infection respiratoire, une embolie pulmonaire sous-segmentaire gauche et une gastro-entérite virale (avec en sus notamment une insuffisance rénale et des douleurs thoraciques d'étiologie incertaine, dos. AI 79/10). Le rapport subséquent du pneumologue traitant datant du 8 mai 2017, tout en réitérant les diagnostics retenus jusqu'ici, a attesté d'un état de santé très précaire (*sehr schwierig*) chez une patiente, à son sens, devant régulièrement faire face à de nouvelles pathologies, et ce, même si l'asthme chronique affectant l'assurée depuis des années est cliniquement stabilisé.

4.1.7.2 Suite à la consultation du service des urgences, l'assurée a été hospitalisée, dans un état général affaibli, du 1^{er} au 6 juillet 2017 en raison d'une gastro-entérite ayant provoqué une déshydratation (traitement par antibiothérapie). Le dossier AI a fait également état d'une nouvelle

consultation du service des urgences, le 5 août 2017, en raison d'une infection respiratoire de nature virale (accompagnée notamment d'un état grippal persistant et d'une toux avec sécrétion, dos. AI 82/4). En sus des pathologies retenues jusqu'ici, les médecins travaillant en milieu hospitalier et ayant soigné la recourante ont attesté de l'existence d'une dépression chronique chez l'assurée (qui est soignée par un antidépresseur, dos. AI 82/11).

4.1.8 En lien avec la fragilité psychique de sa patiente, le généraliste traitant, dans son rapport du 21 août 2017, a décrit l'assurée comme étant chroniquement asthénique et a changé sa médication dépressive (antidépresseur de type activateur, dos. AI 82/2).

4.1.9 Le rapport médical rédigé en septembre 2017 par l'oncologue traitante a retenu comme diagnostics, en sus de la pathologie cancéreuse de l'assurée (et ses récurrences), des infections récurrentes (digestives et au niveau pulmonaire notamment), un status après une embolie pulmonaire périphérique et un état dépressif réactionnel (du fait du processus maladif et d'une situation socio-familiale difficile [notamment chômage de l'époux de l'assurée]).

4.1.10 Un séjour à hôpital ayant eu lieu du 23 janvier au 25 janvier 2018 est documenté au dossier AI suite à l'apparition, sur la peau de la recourante, d'un ensemble de taches cutanées (purpura). La biopsie de la peau pratiquée ayant révélé une vasculite (inflammation des parois vasculaires) leucocytoclastique (sans malignité), l'assurée a été soignée par un traitement de cortisone.

4.1.11 Le rapport du service des urgences du 7 mars 2018 de l'hôpital ayant soigné l'assurée (décrite comme diminuée) en raison d'une douleur dorsale thoracique gauche irradiant vers l'estomac, respirodépendante et d'une toux grasse, a mis en évidence, suite au scanner effectué, des lésions pulmonaires à gauche d'origine inflammatoire en raison d'une possible pneumonie survenue peu avant.

4.1.12 Les oncologues de l'hôpital C._____, dans leurs prises de position d'avril 2018 transmises à l'Office AI par le généraliste traitant, ont exclu, suite à différents examens pratiqués, toute récurrence de la pathologie

oncologique chez la recourante. Les examens de laboratoire n'ont révélé aucune particularité, à l'exception d'une anémie plus marquée. Sur la base des déclarations de l'assurée, les spécialistes ont rapporté un état général décrit comme péjoré, en présence d'une toux plus marquée accompagnée d'expectations, d'une fatigue exacerbée, de douleurs dans les articulations et (nouvellement) d'une sensation de fourmis dans les mains et les jambes.

4.1.13 Suite au complément d'information requis par le médecin du SMR dans son rapport du 18 avril 2018, l'oncologue traitante, dans son avis médical du 9 août 2018, a tout d'abord précisé que si le scanner effectué en mars 2018 montrait certes des signes inflammatoires (lésions bronchiques actives et lésions réticulo-nodulaires), il n'existait néanmoins aucun signe de récurrence tumorale. Elle a ensuite confirmé les diagnostics retenus jusqu'ici, qu'elle a estimé inchangés (maladie de Hodgkin ayant nécessité de multiples traitements ayant laissé des séquelles, bronchite chronique avec infections récidivantes et un status après une embolie pulmonaire périphérique) et a considéré ceux-ci comme ayant une incidence sur la capacité de travail de l'assurée. Suite à l'examen clinique pratiqué le 2 août 2018, l'oncologue traitante a attesté l'existence de problèmes respiratoires majeurs chez sa patiente, de fatigue et de malaises fluctuants. Au vu d'un état de santé décrit comme très fluctuant, l'oncologue traitante a estimé que la recourante était dans l'incapacité totale de travailler de manière régulière et rentable, dans la mesure où sa patiente serait même contrainte, certains jours, de rester alitée (dos. AI 95).

4.1.14 A la demande de la recourante, la médecin-chef en oncologie de l'hôpital C. _____ a fait parvenir un rapport daté du 17 mai 2019 à l'Office AI, dans lequel est confirmée l'absence de récurrence en lien avec le lymphome connu de l'assurée. Y est également fait mention un déficit en immunoglobulines pouvant générer de nombreuses infections à caractère récidivant, notamment des voies respiratoires (pulmonaires) dès lors altérées. La spécialiste en oncologie a également attesté d'un état général (psychique et physique) altéré de manière significative, en raison notamment d'un syndrome de fatigue chronique en lien avec les traitements oncologiques administrés. Quant à l'anémie dont souffre l'assurée, l'oncologue l'a mise en lien avec les multiples traitements de

chimiothérapie endurés et la transplantation autologue de cellules souches, lesquelles, à son sens, ont subi des lésions irréversibles.

4.2 Dans ses rapports finaux des 12 février et 4 juillet 2019 (renvoyant s'agissant du profil d'exigibilité et du pensum exigible aux conclusions figurant dans son rapport du 13 septembre 2016), le médecin du SMR, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a retenu, à l'instar de ses collègues, comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, la maladie de Hodgkin diagnostiquée en 2001 (ayant récidivé en 2006, 2011 et octobre 2014), de l'asthme (précédemment il était question d'une probable bronchopneumopathie chronique obstructive), une cardiopathie ischémique (depuis 2012) et une (seule) embolie pulmonaire sous-segmentaire gauche (en avril 2017). Dans l'appréciation de la capacité de travail de la recourante, le médecin du SMR a avancé, tout d'abord, que seule la pathologie cancéreuse (en rémission) avait durablement influencé la capacité de travail de l'assurée et que celle-ci, et plus précisément les traitements y afférents ne généraient plus de limitations une année après la fin des traitements. Puis, après avoir exclu toute incapacité de travail significative et de longue durée en raison des (différentes) autres atteintes survenues durant le processus malade de l'assurée (cf. c. 4.1.3 à 4.1.14), le généraliste du SMR a conclu que l'assurée disposait depuis mai 2016 (12 mois après le dernier traitement oncologique) d'une capacité de travail lui permettant de reprendre une activité professionnelle adaptée (avant tout en position assise, ne nécessitant pas de ports de charges et dans un endroit à l'abri de l'humidité) à hauteur de 50% durant les deux premiers mois (mai et juin 2016) et à 80% durant les deux mois suivants (juillet et août 2016). Depuis le 1^{er} septembre 2016, le médecin du SMR a estimé que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail.

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 LPG (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 D'un point de vue formel tout d'abord, à première vue, dans l'examen de la force probante des rapports du médecin du SMR, finalisés dans ses ultimes prises de position des 12 février et 4 juillet 2019, le TA estime que les appréciations du SMR remplissent la fonction que lui assigne la pratique judiciaire. En effet, elles restituent avec un soin particulier les principales sources au dossier de médecine somatique, le médecin du SMR ne se contentant pas de retranscrire les conclusions formulées en allemand par ses confrères, mais allant bien plutôt jusqu'à les résumer avec un soin particulier, en français, tout en en faisant systématiquement la synthèse et en les soumettant à discussion avant de livrer, en conclusion, dans les rapports finaux de février et juillet 2019, une estimation concrète (par renvoi à sa prise de position de septembre 2016) des aptitudes fonctionnelles résiduelles de l'assurée en tenant compte des derniers événements de santé survenus (les ultimes rapports médicaux des médecins traitants de l'assurée ayant par ailleurs été versés au dossier AI à la requête du médecin du SMR [notamment dos. AI 100/17]). L'approche du médecin du SMR doit ainsi être qualifiée de sérieuse et rigoureuse.

5.3 Matériellement, sous l'angle somatique tout d'abord, 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 entièrement convaincre.

5.3.1 D'emblée, il convient de relever que rien ne permet de mettre en doute la (au moins) demi-rente AI limitée dans le temps octroyée par l'Office AI à l'assurée (du 1^{er} octobre 2015 au 31 juillet 2016) sur la base de l'appréciation du médecin du SMR, qui a retenu que l'assurée était dans l'incapacité totale à travailler depuis octobre 2014 (en raison d'une récurrence cancéreuse) jusqu'en avril 2016. En effet, le TA estime, à l'instar du corps médical unanime concernant la période couverte par la demi-rente AI, que la troisième rechute cancéreuse (diagnostiquée en octobre 2014) a nécessité un protocole de soins particulièrement lourd et fastidieux (deux cycles de chimiothérapies suivies d'une immunothérapie de consolidation en janvier/février 2015, autogreffe de cellules souches en avril 2015 suivie d'une chimiothérapie intensive, infections pulmonaires à répétitions en

2016). Dans ces conditions il n'y a pas lieu de s'écarter de la perte de gain à hauteur de 100% retenue par l'Office AI pour la part dévolue à l'activité lucrative. Quant aux 19% d'empêchements ménagers fixés par l'enquêtrice et repris comme tels par l'Office AI, le TA ne s'y oppose pas dans la mesure où ils constituent un minimum (cette question devant être réactualisée par l'Office AI, cf. c. 6). Dans ces conditions, il y a donc lieu de confirmer la (au moins) demi-rente AI allouée à la recourante du 1^{er} octobre 2015 au 31 juillet 2016.

5.3.2 En revanche, dans l'examen de la suppression de toute rente AI à partir du 1^{er} septembre 2016, sous l'angle (post-)oncologique, il est vrai que le médecin du SMR s'est conformé aux diagnostics retenus par ses confrères, spécialistes en oncologie en retenant que la pathologie cancéreuse de l'assurée était, depuis septembre 2015 (cf. notamment c. 4.1.1, 4.1.6, 4.1.12), en rémission totale. En dépit de cette constatation, il n'en demeure pas moins que le raisonnement de ce médecin, purement mathématique, consistant à retenir qu'une année après le dernier traitement oncologique, une patiente n'endure plus de séquelles en lien avec les protocoles endurés (en l'espèce plusieurs chimiothérapies et une greffe de cellules souches en avril 2015) apparaît pour le moins hâtif et réducteur au vu de ce qui suit. En effet, il est patent que les oncologues traitants n'ont eu cesse de répéter (fait que le médecin du SMR semble minimiser) qu'en raison de sa pathologie primaire (lymphome hodgkinien découvert en 2001) et de trois rechutes successives (en 2006, 2011 et 2014), l'assurée a enduré de lourds traitements (notamment diverses chimiothérapies et en dernier lieu une transplantation de cellules souches en avril 2015). Les différents examens cliniques pratiqués tant par le généraliste que les oncologues traitants ont mis en lumière, un état général depuis le dernier protocole (autogreffe puis chimiothérapie intensive subséquente en avril 2015) de toute évidence altéré, au sens où il apparaît que l'assurée ne se serait jamais vraiment remise des thérapies dont elle a bénéficié (*Aufgrund der intensiven Therapien hat sich Frau A. _____ jedoch nie von den erwähnten Behandlungen erholt* [dos. AI 114/2]; au titre de diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail sont retenues non seulement la maladie d'Hodgkin mais également les séquelles des traitements en lien avec la maladie cancéreuse [dos. AI 95/3]). La lecture

du dossier médical de l'assurée jalonné de nombreux problèmes de santé survenus régulièrement depuis le dernier traitement oncologique (avril 2015) jusqu'à la date de la décision contestée (septembre 2019) corrobore les observations des médecins traitants ayant décrit un état de santé fragilisé. Quant à la problématique spécifique du syndrome de fatigue chronique évoquée par la recourante, il y a lieu de relever que les constatations ayant servi à fonder les conclusions du médecin du SMR ont été rapportées sur la seule base du dossier médical de l'assurée, le généraliste/rhumatologue du SMR n'ayant procédé à aucun examen clinique. A cela s'ajoute encore le fait qu'en retenant une fatigue non persistante (au seul fait que l'on n'en trouverait pas trace tout au long du dossier), la retranscription par le médecin du SMR des observations cliniques de ses confrères doit être qualifiée de lacunaire dans la mesure où il apparaît bien plutôt que l'assurée s'est plainte à son oncologue traitant d'une fatigue récurrente et d'une faiblesse musculaire marquée existant depuis la greffe de cellules souches (avril 2015), à laquelle l'oncologue a bien tenté de remédier en réduisant le dosage d'un traitement incisif encore en cours (immunoglobulines de substitution), mais sans succès. Enfin, la conclusion du médecin du SMR, quant au fait que la fatigue éprouvée par l'assurée doit être qualifiée de ressenti subjectif et non objectivable, une fatigue ne pouvant fonder, à son sens, de limitations fonctionnelles objectives à la base d'incapacités de travail significatives de longue durée (dos. AI 83/3), elle ne saurait, elle non plus, emporter la conviction du TA au vu des prises de position diamétralement opposées des spécialistes en oncologie, ces derniers ayant clairement mis en lien la fatigue chronique éprouvée avec les traitements oncologiques endurés (dos. AI 95/2 et 114/2). Il apparaît également que la littérature médicale spécialisée en oncologie, que le médecin du SMR passe sous silence, semble elle également et à première vue, admettre qu'il est usuel que des patients ayant bénéficié de chimiothérapies suite à un lymphome éprouvent à long terme un syndrome de fatigue chronique (à titre exemplatif: www.nature.com/articles/s41409-018-0342-y; www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1470204516300936). Dans ces conditions, l'explication fournie par le médecin du SMR (dont la spécialisation ne relève nullement de l'oncologie), à savoir que la fatigue éprouvée par l'assurée est causée par une anémie passagère (en raison de saignements

de nez en lien avec un traitement anticoagulant, dos. AI 101/5, 116/2, alors que l'oncologue parle d'altération définitive de certaines cellules depuis l'autogreffe), améliorable, et, partant, sans effets invalidants, ne saurait convaincre en l'état actuel du dossier et au vu du contexte médical particulier du cas d'espèce. Dans ce contexte, il faut se rappeler que l'application de l'ancienne pratique jurisprudentielle relative à l'appréciation du caractère invalidant des troubles psychosomatiques (présomption du caractère surmontable de ces derniers), avait spécifiquement été déniée à la CrF (ATF 139 V 346 c. 3.4).

5.3.3 En sus d'éventuels effets invalidants liés à l'existence d'une fatigue/faiblesse omniprésentes chez l'assurée, plusieurs autres éléments de santé somatique semblent également avoir été sous-estimés par le médecin du SMR.

Ainsi sur le plan pneumologique, le médecin du SMR a relevé que l'assurée ne souffrait d'aucune insuffisance respiratoire (dos. 83/11) et que, dès lors, aucune limitation ne pouvait être retenue sous cet angle-là. A la lecture du dossier AI, il apparaît néanmoins que le dossier médical fait montre, chez l'assurée, d'une indéniable fragilité pulmonaire, des infections respiratoires/pulmonaires à répétition affectant régulièrement la recourante (en juillet 2016, il est déjà question de la quatrième pneumonie depuis le début de l'année) et nécessitant des hospitalisations fréquentes (plusieurs hospitalisations ont eu lieu en 2017 en raison d'infections respiratoires [c. 4.1.7] en sus d'une embolie pulmonaire qui s'est déclarée en avril 2017 et considérée par le SMR comme une problématique d'origine passagère sans incidence sur l'appareil respiratoire de l'assurée [dos. AI 83/11]). Le TA relève que même si les conclusions du spécialiste en pneumologie ont mis en évidence, après les phases aiguës d'infection (et dont il y a tout lieu d'inférer qu'elles s'accompagnent de fragilités respiratoires [ne serait-ce que passagères]), un état de santé pulmonaire satisfaisant chez une patiente atteinte d'une légère limitation des fonctions respiratoires en décembre 2017 (dos. AI 71/11 et 86/2) et d'un d'asthme chronique, il ne faut néanmoins pas perdre de vue que le pneumologue traitant a également décrit sa patiente comme ayant un état de santé pulmonaire très précaire (*sehr schwierig*, dos. AI 79/6). Dans ces conditions, les

conclusions du médecin du SMR sur le plan pneumologique, en sus d'être empreintes d'optimisme au vu du parcours médical pulmonaire de l'assurée, apparaissent comme étant en discordance avec celles de son confrère pneumologue, voire des oncologues et généralistes traitants, lesquels ont régulièrement pu observer les difficultés respiratoires de leur patiente lors des différents examens cliniques pratiqués. A cela s'ajoute encore le fait (et indépendamment de toute considération restreinte à l'aspect pneumologique) que l'état général de la recourante a été décrit de manière concordante, par les oncologues ayant procédé subséquentement à un examen clinique de l'assurée, comme étant *péjoré* en avril 2018 (cf. 4.1.12) et *très fluctuant, l'assurée étant contrainte certains jours, en raison de malaises à répétition, à rester alitée*, en mai 2019.

5.3.4 Au vu des éléments qui précèdent (cf. c. 5.3.2 et 5.3.3), il n'est pour le moins pas exclu que la recourante souffre d'atteintes somatiques de nature invalidante, ainsi que l'ont diagnostiqué les oncologues traitants et son généraliste traitant. Dans ce contexte somatique devant dès lors, sans autres investigations spécialisées, être qualifié comme étant instruit de manière lacunaire, ni le tableau clinique (somatique) dressé par le médecin du SMR ni son estimation subséquente de la capacité de travail (récupération d'une capacité de travail dans une activité adaptée dès mai 2016 et durablement stabilisée au 1^{er} septembre 2016) ne sont en mesure, selon une vraisemblance prépondérante (degré de preuve exigée en droit des assurances sociales, ATF 144 V 427 c. 3.2), d'emporter la conviction du TA.

5.4 Ces lacunes et contradictions constatées sur le plan somatique doivent également être relevées sur le plan psychique, le spécialiste en médecine interne/rhumatologie du SMR ayant jugé inutile d'investiguer l'état de santé psychique de l'assurée, cette dernière étant, à son sens, exempte de toute symptomatologie psychique déterminante du point de vue de l'AI.

La fiabilité des conclusions univoques et pour le moins tranchées du médecin du SMR excluant toute atteinte psychique au motif qu'aucun des médecins traitants n'a évoqué voire même arrêté un diagnostic psychiatrique clair et précis et n'a posé l'indication d'un suivi spécifique

surprend à plus d'un titre. Si une telle affirmation doit d'emblée être relativisée du fait que la spécialisation médicale de ce médecin (médecine générale/rhumatologie) n'est pas du ressort de la psychiatrie (voir TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références; JTA AI/2012/174 du 7 décembre 2012 c. 4.1.2), il apparaît, de plus, qu'en tout état de cause, l'exclusion de toute pathologie psychiatrique chez l'assurée aurait nécessité, à tout le moins, un examen personnel de la recourante. A cela s'ajoute encore le fait qu'à la lecture des rapports médicaux versés au dossier AI, il apparaît qu'en octobre 2016, l'oncologue traitante avait déjà évoqué la difficulté psychique pour l'assurée à accepter la situation. En août 2017, lors de l'hospitalisation de la recourante, les médecins travaillant en milieu hospitalier ont arrêté expressément un diagnostic psychiatrique (contrairement à l'avis du médecin du SMR [dos. AI 83/11] il ne saurait donc être question d'une pathologie reprise automatiquement [sans réflexion] par le système informatique d'un hôpital), celui d'une dépression chronique, ayant nécessité, à ce stade déjà, un traitement médicamenteux approprié par antidépresseurs (la nécessité d'une telle médication s'est confirmée par la suite, le généraliste traitant ayant ajusté le type d'antidépresseur en août 2017). Depuis lors, et comme le médecin du SMR l'a très justement avancé dans sa prise de position du 23 octobre 2017, tant l'oncologue traitante en septembre 2017 que les oncologues de l'hôpital C._____, qui, en raison de leur spécialisation ont un *œil très avisé sur ce genre de co-problème* (dos. AI 83/11), ont retenu une symptomatique dépressive, décrite comme un état dépressif réactionnel (dos. AI 86/8) chez une patiente présentant un état général psychique altéré de manière significative (dos. AI 114/2). Le fait qu'il n'apparaît pas, dans les documents médicaux versés au dossier AI, que la recourante soit suivie par un psychiatre, ne permet nullement d'inférer que cette dernière ne souffre pas d'une pathologie psychique. Il ne faut en effet pas perdre de vue que le suivi médical de l'assurée en raison de sa pathologie primaire cancéreuse et de son état général est déjà lourd.

C'est donc à tort que le généraliste/rhumatologue du SMR a exclu toute pathologie psychiatrique chez la recourante en présence d'un état de santé psychique nullement investigué.

5.5 Les autres appréciations médicales au dossier que celles du SMR ne sauraient non plus revêtir une force probante suffisante au regard des exigences en matière de preuves médicales posées par le TF. La force probante des constatations des médecins traitants n'est en effet 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, même si les diagnostics retenus par le généraliste traitant et les spécialistes en oncologie concordent, il n'en demeure pas moins que l'incapacité totale de la recourante à travailler, que ses médecins traitants (oncologues, pneumologue, généraliste traitants) ont attesté de manière généralisée, quelle que soit l'activité exercée, sans même envisager un profil d'exigibilité, même aussi restrictif soit-il, ne saurait pallier les lacunes au dossier médical de l'assurée et constituer ainsi une donnée fiable sur laquelle le TA peut se fonder.

6.

Il s'ensuit que l'état de fait médical (tant d'un point de vue somatique que psychique) s'avère insuffisamment éclairci. L'incapacité de travail totale admise jusqu'à fin avril 2016 (cf. c. 5.3.1) doit être confirmée; il n'en va pas de même de la suite (cf. c. 5.3.2 à 5.3.4, c. 5.4 et c. 5.5). L'intimé, en s'appuyant dans sa décision litigieuse sur les seules appréciations médicales du généraliste/rhumatologue 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 globale par la mise sur pied d'une expertise bi- ou pluridisciplinaire investiguant les volets somatique et psychique, après actualisation des rapports des médecins

traitants. 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, ainsi que de l'exigibilité de la mise à profit des capacités fonctionnelles résiduelles de l'assurée sur le marché du travail. Il conviendra également de (ré)évaluer l'estimation des empêchements ménagers. En effet, les 19% d'empêchements arrêtés invariablement par l'enquêtrice (alors que la capacité de travail de l'assurée a sensiblement fluctué [incapacité de travail totale entre octobre 2014 et avril 2016, capacité de travail de 50% en juillet/août 2016 et pleine capacité de travail dès septembre 2016) paraissent, déjà en l'état, pour le moins surprenants. A cela s'ajoute encore le fait que l'Office AI devra tenir compte des modifications législatives concernant le calcul de l'invalidité pour les assurés exerçant une activité à temps partiel (art. 27 et 27^{bis} RAI) entrées 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). Vu l'issue de la procédure, il s'avère superflu d'examiner plus avant les griefs avancés par la recourante quant au rapport du service des enquêtes de son SMR.

7.

7.1 En conclusion, le recours est admis et la décision attaquée est annulée dans la mesure où elle n'octroie pas plus qu'une demi-rente AI du 1^{er} octobre 2015 au 31 juillet 2016. Pour le surplus (éventuel niveau de rente plus élevé qu'une demi-rente du 1^{er} octobre 2015 au 31 juillet 2016 et éventuel droit à une rente dont l'ampleur est à déterminer dès le 1^{er} août 2016), la cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire.

7.2 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).

7.3 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 11 octobre 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. 2'750.65 (honoraires; Fr. 2'520.-; débours; Fr. 34.-; TVA Fr. 196.65).

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée dans la mesure où elle n'octroie pas plus qu'une demi-rente AI du 1^{er} octobre 2015 au 31 juillet 2016. Pour le surplus (éventuel niveau de rente plus élevé qu'une demi-rente du 1^{er} octobre 2015 au 31 juillet 2016 et éventuel droit à une rente dont l'ampleur est à déterminer dès le 1^{er} août 2016), la cause est renvoyée à l'intimé 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.
3. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 2'750.65 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).