

200.2013.612.AI

BOA/BEJ

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

Jugement du 15 août 2014

Droit des assurances sociales

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



A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 4 juin 2013

En fait:

A.

A. _____, née en 1965, sans formation professionnelle, divorcée, mère de trois enfants (nés en 1987, 1991 et 1993), a occupé divers postes de travail, notamment dans la vente, la restauration ou comme ouvrière, avant de travailler, en dernier lieu et depuis le 1^{er} décembre 2002, comme contrôleuse dans une entreprise de traitements et de revêtements de métaux.

L'assurée a subi un accident de la circulation en novembre 2004 alors qu'elle était passagère d'un véhicule. Elle a souffert de multiples fractures (notamment de l'omoplate droite, des vertèbres lombaires L1 à L3 et de l'os cuboïde du pied gauche) et d'un traumatisme crânien avec perte de connaissance. Elle a bénéficié du versement d'indemnités journalières de la SUVA et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle.

Elle a été déclarée en incapacité de travail depuis le 21 novembre 2004 jusqu'au 31 mars 2006 (d'abord à 100%, puis à 50%). Dès le 1^{er} avril 2006, elle a repris son activité dans la même mesure et chez le même employeur qu'avant l'accident, soit au taux de 52%.

L'assurée a déposé une demande de rente AI (datée du 12 janvier 2012) à l'Office AI Berne le 1^{er} février 2012, invoquant des douleurs lombaires irradiant dans les membres inférieurs.

Depuis novembre 2011, l'assurée est soutenue par les services sociaux.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne (ci-après: l'Office AI ou l'intimé) a procédé à diverses mesures d'instruction, notamment auprès du médecin traitant de l'assurée et de son employeur. Le service médical régional (SMR) de l'AI a également été consulté, lequel a rendu son rapport le

11 juillet 2012, puis une enquête économique sur le ménage a été ordonnée (rapport du service des enquêtes y relatif du 16 avril 2013).

Sur cette base, l'Office AI a nié à l'assurée, par préavis du 23 avril 2013 (lequel n'a suscité aucune réaction de l'assurée), un droit à une rente d'invalidité.

C.

Par acte du 5 juillet 2013, l'assurée, dorénavant représentée en justice par une avocate, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Elle y conclut à la modification de la décision rendue le 4 juin 2013 par l'Office AI au sens de l'octroi d'une rente d'invalidité correspondant à un taux d'invalidité de 48,71%, le tout sous suite de frais et dépens, en mettant la recourante au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite, tant pour les frais de justice que s'agissant des dépens.

Dans son mémoire de réponse du 6 septembre 2013, l'Office AI a conclu au rejet du recours en renvoyant entièrement à la prise de position du service des enquêtes du 28 août 2013. L'assurée, par son avocate, a répliqué le 26 septembre 2013, l'intimé ayant quant à lui renoncé à une duplique. La note d'honoraires de la mandataire de la recourante a été transmise le 17 octobre 2013.

En droit:

1.

1.1 La décision du 4 juin 2013 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de la recourante à des prestations AI. L'objet du litige porte, quant à lui, sur l'annulation de cette décision ainsi que l'octroi d'une rente d'invalidité correspondant à un taux d'invalidité de 48,71% (soit un quart de rente d'invalidité). Sont

particulièrement critiquées par la recourante, l'application de la méthode mixte pour le calcul de l'invalidité, en particulier, la (sur)pondération de l'activité de l'assurée (prétendument) affectée au ménage, de même que l'appréciation par l'AI des empêchements dans le ménage.

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

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

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

2.

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

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 (art. 28 al. 2 LAI).

2.2 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).

Chez l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une (art. 5 al. 1 LAI et 8 al. 3 LPGa), l'invalidité est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGa, en fonction de son incapacité d'accomplir ses travaux habituels (méthode spécifique; art. 28a al. 2 LAI; ATF 125 V 146 c. 2a). Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants, ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

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 respectives de l'activité lucrative ou du travail 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; art. 28a al. 3 LAI; jusqu'à fin 2007: anc. art. 28 al. 2^{ter} LAI; ATF 125 V 146 c. 2a).

2.3 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un

élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 c. 4, 125 V 256 c. 4).

2.4 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 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 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

2.5. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. S'il est conforme à ces exigences, le rapport d'enquête a entière valeur probante. Le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes. Cette retenue découle en particulier du fait que la personne chargée du rapport d'enquête bénéficie de connaissances spécialisées et est plus proche des circonstances concrètes du cas

d'espèce que le tribunal compétent en cas de recours (ATF 130 V 61 c. 6.2; SVR 2012 IV n° 54 c. 3.2).

3.

Au cas d'espèce, l'Office AI, pour arriver à un taux d'invalidité de 27%, a fait application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité en se fondant sur une répartition entre l'activité lucrative et le ménage à raison de 70% et 30%. Il a exclu le statut de personne active à plein temps au motif que la recourante, depuis le début de son parcours professionnel, en 1983, n'avait jamais exercé sur le long terme une activité lucrative à plein temps, de sorte qu'il a préféré se référer au critère de la nécessité économique, en prenant en considération la moyenne des besoins financiers exprimés par l'assurée (dos. AI 34/4 ch. 3.5). La recourante, en considérant qu'elle aurait exercé une activité lucrative à 100% si sa santé le lui avait permis, conteste l'application de la méthode mixte au cas d'espèce.

4.

4.1 Le Tribunal fédéral (TF) a jugé qu'il n'y avait pas lieu de s'éloigner des déclarations dites de la "première heure" dont rien n'indique qu'elles résultent d'une mauvaise compréhension des questions pour leur substituer une évaluation hypothétique fondée en majeure partie sur les besoins financiers d'une personne assurée. La nécessité économique d'exercer une activité lucrative ne revêt en effet pas à elle seule une importance prépondérante dans la détermination du statut de la personne assurée (TF 9C_406/2011 c. 5.7). Pour déterminer la méthode applicable dans un cas d'espèce, le TF a précisé que la nature de l'activité que la personne assurée exercerait est décisive. Il convient donc d'examiner si la personne assurée, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de la personne assurée, on tiendra compte d'éléments, tels que la situation financière du ménage,

l'éducation des enfants, l'âge de la personne concernée, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 125 V 146 c. 2c; VSI 1997 p. 298 c. 2b). A cet égard, il faut se fonder sur l'expérience générale de la vie pour apprécier la situation concrète et les indications de la personne assurée (ATF 117 V 194 c. 3b).

4.2 Le TA relève tout d'abord que les déclarations spontanées (déclarations dites de la première heure) de l'assurée à la collaboratrice du service des enquêtes sont cohérentes et n'ont pas varié au cours de la procédure (cf. recours p. 4, réplique). Dès l'enquête économique sur le ménage, la recourante a expliqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100% (dossier [dos.] AI 34/4 ch. 3.5), relevant de surcroît la période favorable (au moment de la décision contestée) vécue par l'entreprise qui l'emploie (6 employés aujourd'hui, alors qu'elle n'en comptait que 5 [y compris l'apprenti] en 2004 [dos. AI 13.1/309]). Il n'y a pas lieu de mettre en doute ses allégations lorsqu'elle avance que cette bonne conjoncture lui aurait certainement aisément permis, si elle s'en était sentie capable, de travailler davantage, d'autant plus que son employeur était satisfait de son travail (dos. AI 13.1/310). A défaut d'avoir pu augmenter son pensum chez son employeur actuel, le TA estime que l'assurée aurait aussi pu compléter ses revenus avec des emplois en sus de celui fixe chez son employeur, comme elle l'a fait par le passé (dos. AI 9/5). Contrairement à ce qu'allègue l'intimé, même si l'extrait du compte individuel (CI) de l'assurée met en exergue que cette dernière n'a travaillé que 18 mois (novembre 1999 à juin 2001 [dos. AI 9/5]) à 100%, la recourante, lorsqu'elle a dû quitter cet emploi, s'est alors inscrite au chômage comme recherchant une activité lucrative à plein temps (dos. AI 13.1 309/319). En dépit de l'absence de formation professionnelle, elle a réussi à retrouver un travail (et l'a conservé). A défaut toutefois de pouvoir travailler à plein temps - son employeur n'offrant qu'une place à temps partiel -, c'est alors d'un commun accord avec ce dernier et en raison aussi de sa situation économique (femme mariée dont l'époux exerce une activité lucrative) qu'elle a accepté de travailler à mi-temps dès le 1^{er} décembre 2002 au sein de l'entreprise qui l'emploie aujourd'hui encore. A la lumière de sa situation familiale aussi, le TA considère que les déclarations de l'assurée selon lesquelles, en bonne santé, elle aurait exercé une activité lucrative à temps plein dès

2006 sont d'autant plus vraisemblables que cette date coïncide avec la fin des traitements médicaux (et chirurgicaux) de son deuxième fils (opération au niveau de la tête en juillet 2006 encore [dos. AI 13.1/103]). D'un point de vue financier également, il ne faut pas négliger, dans l'appréciation du statut de l'assurée, la perspective valorisante pour cette dernière de subvenir à ses besoins (elle vit seule depuis 2010) grâce au produit de son travail, et ce, avec si possible plus d'aisance que le minimum servi par les services sociaux, qui la soutiennent depuis 2011. Cela est d'autant plus vrai que les soucis financiers vécus par la recourante par le passé l'ont affectée moralement. Le TA relève aussi que même dans l'adversité, après l'accident, la reprise du travail a été un élément positif de stabilisation pour l'assurée (dos. AI 13.1/185). L'on ne saurait de plus retenir comme élément déterminant pour écarter l'hypothèse d'un travail à plein temps le fait (implicitement invoqué par l'enquêtrice) que la recourante n'a pas effectué de démarches pour augmenter son taux d'occupation. En effet, en raison des diverses problématiques de santé concernées (cf. c. 5.1) survenues après l'accident et jusqu'à la date de la décision contestée, il n'est pas exclu que l'état de santé de la recourante ne lui ait jamais véritablement permis d'envisager un emploi au-delà de 50%. Sur la base de ce qui précède et au vu du degré de la vraisemblance prépondérante (degré de preuve exigé en droit des assurances sociales: ATF 138 V 218 c. 6), le TA retient qu'en bonne santé, l'assurée ne se serait pas contentée d'un emploi à 52% après son deuxième divorce et la fin des problèmes de santé de son deuxième fils, mais aurait exercé une activité lucrative à temps complet.

4.3 En tout état de cause, le TA relève encore que même si le critère de nécessité devait s'appliquer (comme l'allègue l'intimé, dos. AI 34/4 ch. 3.5), l'on ne saurait se rallier aux montants retenus. En effet, les allégations de l'assurée attestant que "*son 50% lui suffisait*" (dos. AI 34/4 ch. 3.5) doivent tout d'abord être replacées dans le contexte d'alors. Durant les 15 mois ayant précédé une prise en charge par les services sociaux (novembre 2011), l'assurée vivait en concubinage. En relation avec cette période, aucune donnée ne figure au dossier permettant de déterminer quels étaient les besoins de l'assurée et en particulier, quelle était la participation de l'ancien compagnon de celle-ci aux frais du ménage (loyer, nourriture, repas, transports [l'assurée ne conduit pas], etc.). Quant à la période

antérieure, celle pendant laquelle l'ex mari de l'assurée était tenu de verser une contribution d'entretien à hauteur de Fr. 800.- [dos. AI 3/6]), c'est à tort que l'intimé estime qu'elle constitue une base de référence fiable. En effet, à cette époque, l'assurée n'a jamais véritablement pu disposer du budget escompté, tant en raison du fait que son ex-mari ne s'est pas régulièrement acquitté de ses obligations (not. dos. AI 13.1/235, 243 à 245, 272), mettant l'assurée en difficulté, que par le fait que l'un de ses enfants n'a eu cesse de réduire encore les moyens de sa mère en lui volant régulièrement argent et matériel (not. AI 13.1/145, 121, 196, 242). Ces éléments faussaient par conséquent également les montants supposés à disposition. Dès lors que la recourante a dû se résoudre malgré elle à vivre dans des conditions d'existence précaires (comme l'a relevé d'ailleurs son psychiatre traitant, dos. AI 13.1/67), l'Office AI ne saurait retenir que le montant annuel de Fr. 37'498.- (calculé comme suit: Fr. 2'146.- [salaire mensuel de l'assurée] x 13 = Fr. 27'898.- / 12 = Fr. 2'324.- [revenu mensuel résultant de l'activité lucrative] + Fr. 800.- (contribution ex-époux) = Fr. 3'124.- mensuels x 12 = Fr. 37'498.- [montant annuel nécessaire selon l'AI]) suffirait à la recourante pour couvrir ses besoins, dans l'hypothèse où elle se sentirait en bonne santé.

4.4 Eu égard aux éléments de fait précités, sur le vu de la situation concrète du cas particulier, il apparaît, au degré de vraisemblance prépondérante requis pour cette question (ATF 125 V 146 c. 2c) et à la date déterminante où la décision litigieuse a été rendue (ATF 129 V 167 c. 1), que c'est à tort que l'intimé a retenu un statut mixte à l'assurée (70% pour l'activité lucrative et 30% pour le ménage). Le critère de la nécessité économique n'est, à lui seul, pas prépondérant (SVR 2012 IV n° 53 c. 5.7), de surcroît lorsqu'il va, comme en l'espèce, à l'encontre des déclarations de "la première heure" (ATF 121 V 45 c. 2a, 115 V 133 c. 8c; RAMA 2004 p. 418 c. 1.2). Il s'ensuit qu'il convient donc de qualifier la recourante de personne exerçant une activité lucrative à 100%. L'invalidité de l'assurée doit par conséquent être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus, conformément aux souhaits exprimés lors de l'enquête ménagère.

5.

5.1 Le dossier fournit de très nombreux rapports médicaux décrivant l'évolution de la situation depuis l'accident de novembre 2004 (cf. let. A).

Il en découle que l'accident a provoqué un polytraumatisme, un traumatisme crânio-cérébral avec perte de connaissance, des fractures de l'omoplate droite, de la colonne vertébrale (L1-L3) et de l'os cuboïde du pied gauche. Aux douleurs provoquées par les fractures, s'en sont ajoutées d'autres à l'hémithorax et au genou droit (chondropathie et petit kyste de Baker). Dès le 25 avril 2005, le médecin spécialiste FMH en chirurgie et en traumatologie a mentionné un état d'anxiété (dos. AI 13.1/215, 285 et 300, rapports des 10 janvier et 2 février 2005). Dans un document visé par le médecin d'arrondissement de la SUVA le 28 avril 2005, un suivi psychologique a été proposé (dos. AI 13.1/208). En juillet 2005, ce même médecin a estimé que l'assurée serait à même de travailler à raison de deux matinées par semaine et pouvait porter des charges allant jusqu'à 10 kilos (dos. AI 13.1/170, 171). Le 27 septembre 2005, le généraliste traitant a décrit une bonne évolution, qualifiant les douleurs de résiduelles. Il a évoqué la possibilité d'une reprise (normale) du travail (dos. AI 13.1/143). Suite à son examen médical du 30 mars 2006, le médecin d'arrondissement de la SUVA a considéré que l'assurée subissait une baisse de rendement de 25% dans sa capacité de travail (dos. AI 13.1/107). Un état douloureux chronique (au niveau de l'omoplate droite irradiant parfois jusque dans la région cervicale, de même que des douleurs lombaires basses, de type mécanique, ont été mis en évidence dès juillet 2006 par le médecin d'arrondissement de la SUVA, puis le généraliste traitant (26 septembre 2007, 29 février 2008), de même que le spécialiste en chirurgie et traumatologie (19 juin 2008). Le médecin traitant a aussi évoqué des troubles psychologiques avec tension nerveuse et une surcharge personnelle et professionnelle, et le spécialiste en chirurgie et traumatologie a préconisé un traitement dans une clinique de la douleur (dos. AI 13.1/72, 80, 82, 95). Le psychiatre consulté dès août 2008 a diagnostiqué un symptôme dépressif, un trouble panique et une évolution douloureuse post-traumatique, se greffant sur une détresse sociale (dos. AI 13.1/64 et 67: avis formulés les 31 octobre et 21 novembre 2008). Le

premier médecin spécialiste en rhumatologue qui a examiné la recourante, le 27 janvier 2009, a relié les troubles mécaniques dont elle souffrait (douleur scapulaire droite, état post-fracture de l'omoplate à droite) à une polysymptomatologie douloureuse de type fibromyalgique, en mentionnant aussi un syndrome douloureux de la tête métatarsienne du pied gauche. Il a associé les douleurs de l'appareil locomoteur à des troubles digestifs, des troubles du sommeil et un syndrome de fatigue chronique (dos. AI 13.1/61). L'assurée ayant déménagé et changé de généraliste, cette dernière, en juillet 2010, a envisagé l'évolution du cas au sens d'un dommage permanent et a organisé diverses investigations chez plusieurs spécialistes (dos. AI 13.1/26, 50 et 51). Quant au nouveau psychiatre, en novembre 2010, il a relevé un état de tristesse, des troubles du sommeil, une diminution de l'élan vital et des symptômes d'angoisse (dos. AI 13.1/41). Un deuxième médecin, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, en signalant une surcharge pondérale et une nette insuffisance musculaire, a communiqué à la généraliste traitante, le 23 février 2011, qu'il mettait en relation les douleurs préscapulaires avec la fracture de l'omoplate (douleurs post-traumatiques), qu'il suspectait un canal lombaire trop étroit au niveau L2/L3 et éventuellement une instabilité L4/L5 susceptibles d'être à l'origine des lombalgies bilatérales et que les douleurs diffuses ressenties par l'assurée sur d'autres parties du corps devaient être attribuées à un syndrome fibromyalgique (dos. AI 13.1/31-32). Le spécialiste en chirurgie de la colonne vertébrale sollicité pour des investigations supplémentaires a émis l'hypothèse, le 29 mars 2011, que le syndrome lombaire douloureux irradiant jusque dans les extrémités inférieures (suspicion de claudication) pouvait être lié à une instabilité au niveau des vertèbres L4 et L5 (avec rétrécissement du canal rachidien, trop étroit) et une arthrose des disques au niveau L3/L4, encore plus marquée au niveau L4/L5. Le 3 mai 2011, il a pratiqué une infiltration épidurale (dos. AI 13.1/23-25). La généraliste traitante de l'assurée, dans son rapport adressé en avril 2012 à l'AI, a confirmé les diagnostics retenus par ses confrères, sans évoquer le résultat de l'infiltration. Elle a attesté une incapacité de travail à hauteur de 50%, tout en mentionnant que l'état de la recourante ne lui permettait pas de reprendre une quelconque activité professionnelle (sans espoir de mesures à même d'apporter une amélioration). Concernant les types de travaux encore exigibles, compte tenu de l'état de santé de l'assurée, cette

généraliste mentionne uniquement une activité variant les positions et ne sollicitant pas le port de charges (dos. AI 23).

5.2 Sur la base du dossier, le SMR, par le biais d'un collaborateur spécialiste en médecine interne (voir indications à ce sujet sous www.doctorfmh.ch), a, dans son avis du 11 juillet 2012, synthétisé les diagnostics posés par ses confrères en énumérant, s'agissant des pathologies ayant des répercussions sur la capacité de travail, des douleurs musculaires à l'omoplate sur status de fracture avec développement d'une pseudo-arthrose et un syndrome lombo-vertébral en présence d'un déséquilibre musculaire et de surpoids, d'un status sur fracture vertébrale L1-3, de modifications dégénératives de la colonne vertébrale surtout lombaire (hernies discales, canal spinal étroit, spondylarthrose, spondylolisthésis) et en l'absence de symptomatologie radiculaire. Quant aux pathologies n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail, il a fait état d'un status après une commotion cérébrale, d'un status après une fracture de l'os cuboïde du pied gauche et d'épisodes dépressifs récidivants datant de 2005/06 et 2010. Le médecin du SMR estime que tant le genre que le taux (52%) de l'emploi actuel entrent dans le profil d'exigibilité médicale qu'il déduit des renseignements à sa disposition, à savoir une activité permettant d'alterner les positions et d'éviter les charges au-delà de 10 kilos et les postures contraignantes, ainsi que les tâches à accomplir en se penchant vers l'avant ou présentant une résistance pour l'épaule droite. Il est d'avis que la plupart des restrictions décrites découlent de l'accident et sont accentuées par les troubles dégénératifs lombaires, mais relève que le déséquilibre musculaire et les surpoids représentent les causes pathogènes principales des maux de dos, causes qui pourraient être influencées de façon positive, moyennant un effort de volonté (dos. AI 25/2 à 4).

5.3 Aucune des sources médicales au dossier (résumées sous les c. 5.1 et 5.2) ne permet une estimation fiable de la capacité de travail de l'assurée.

A leur lecture, l'on note tout d'abord qu'il n'existe aucune évaluation récente des limitations encourues tant sur les plans rhumatologique que psychique. Le dernier rapport médical spécialisé en relation avec la colonne vertébrale

de la recourante est daté du 29 mars 2011, soit près de deux ans avant la décision contestée. Ce dernier avis spécialisé ne formule de surcroît pas d'estimation de la capacité de travail (éventuellement résiduelle) de la recourante ni, partant, ne décrit de profil d'activités encore exigibles en fonction d'éventuelles restrictions encourues. Les confrères précédemment consultés ne se sont pas non plus exprimés à ce sujet. Le dernier rapport psychiatrique date du 29 novembre 2010 est très succinct, ne se prononce pas sur la capacité de travail et émane d'un spécialiste traitant la recourante depuis moins d'un mois. Or, les deux rhumatologues consultés ont émis l'avis que seule une partie des douleurs s'expliquait au vu des pathologies post-traumatiques ou dégénératives dorsales objectivées et tous deux ont suspecté la présence de syndromes douloureux de nature fibromyalgique. Aux termes de la jurisprudence relative à l'évaluation du caractère invalidant des syndromes sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (notion comprenant la fibromyalgie et aussi le syndrome de fatigue chronique, qui a également été évoqué, ATF 137 V 64 c. 4.2), un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu est indispensable (ATF 136 V 279 c. 3.2.1). Quand bien même il existe une présomption déniait tout caractère invalidant à ces syndromes, des avis psychiatriques satisfaisant les conditions posées par la jurisprudence sont nécessaires pour vérifier que les critères permettant exceptionnellement de renverser la présomption ne sont pas réunis (voir à ce sujet: ATF 137 V 64 c. 4.1, 136 V 279 c. 3.2.1, 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.3)

Certes, le rapport de synthèse finale du SMR établi le 11 juillet 2012, soit 11 mois avant la décision contestée, pourrait de prime abord répondre aux exigences relatives à la valeur probante des moyens de preuve médicaux (cf. c. 2.4), avec toutes les réserves qu'il convient encore d'apporter lorsqu'on se trouve en présence d'évaluation émanant de médecins internes aux assureurs et qu'il s'agit de trancher le cas d'assurance sans qu'une expertise externe soit ordonnée selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 c. 4.4 - 4.6). La force probante du rapport du SMR en l'espèce doit cependant d'emblée être relativisée. Tout d'abord, il manque d'actualité. Sur la base des propos retranscrits par la collaboratrice du service des enquêtes (dos. AI 34/3), il est fait état d'une hospitalisation de l'assurée le

16 janvier 2013 et d'une incapacité de travail subséquente de 100% jusqu'à fin avril 2013. Or, l'intimé n'a nullement sollicité des compléments d'information en relation avec cette information, cas échéant à dessein de la démentir. De plus, le médecin du SMR auteur du rapport ne dispose d'aucune spécialisation dans les domaines médicaux concernés (rhumatologie et, surtout, psychiatrie) et sur lesquels il s'est prononcé. Surtout, il s'avère que ce médecin n'a pas examiné personnellement l'assurée alors qu'une composante psychique pouvait ici interagir dans le tableau clinique, volet que le SMR n'a pas du tout investigué, alors que les deux rhumatologues suspectent l'existence d'une fibromyalgie et qu'il découle du dossier que l'assurée a été suivie en 2008 et 2010 par deux psychiatres, sans que l'on puisse constater de réussite du traitement au dossier.

Quant au dernier avis médical de la généraliste traitante de l'assurée (avril 2012), certes coordonné quant aux diagnostics retenus, il n'émane à nouveau pas d'un médecin spécialisé quant aux types d'affections médicales concernées. De plus, l'estimation de la capacité de travail qu'il comprend est totalement contradictoire, puisque tout en attestant une capacité de travail de 50%, il est fait mention du fait que l'assurée n'est pas en mesure de reprendre une quelconque activité (alors que la recourante travaille effectivement à 50%).

5.4 Il est cependant vrai qu'au vu du statut mixte retenu (à tort) par l'AI (cf. c. 4), l'intimé n'a (à raison) pas jugé nécessaire d'instruire plus en détails la question de la capacité de travail de l'assurée, du fait que cette dernière travaillait, pour la part de l'activité lucrative, à mi-temps, et que dès lors, il aurait fallu des empêchements extrêmement contraignants dans le ménage pour arriver au seuil d'invalidité ouvrant le droit à une rente. L'intimé s'est donc naturellement fondé sur le taux d'activité exigible exercé alors (et sur lequel les parties semblent s'accorder). Dans la mesure où le TA arrive au résultat que l'assurée doit être considérée comme une personne exerçant une activité lucrative à temps complet, l'instruction menée par l'intimé s'avère toutefois insuffisante pour évaluer de manière concrète (profil d'exigibilité) et chiffrée (taux) la capacité de travail de

l'assurée, de sorte qu'il n'est pas possible de statuer sur un éventuel droit à une rente.

6.

Au vu de ce qui précède, la décision de refus de rente doit être annulée et le dossier de la cause renvoyé à l'intimé afin qu'il organise des investigations médicales globales, sur les plans à la fois rhumatologique et psychiatrique, par le biais d'une expertise pluridisciplinaire qui permettra de coordonner l'ensemble de ces aspects. Dans le cadre de leur mandat, les experts veilleront à établir clairement les atteintes à la santé (physiques et psychiques) dont souffre la recourante, en précisant leurs répercussions sur la capacité de travail et de rendement dans une activité lucrative adaptée aux handicaps et, également, leur début et leurs éventuelles fluctuations pour toute la période couverte par la demande de prestations déposée à l'agence de C._____ en janvier 2012. Une fois en possession de toutes ces données médicales et éventuellement d'informations complémentaires d'ordre professionnel, l'Office AI, le cas échéant après avoir rendu l'assurée attentive à son obligation de diminuer le dommage (réduction de poids, entraînement musculaire que l'on pourrait exiger de sa part, par exemple), évaluera l'invalidité et rendra une nouvelle décision.

En l'espèce, 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. En effet, une instruction au niveau du TA violerait le droit d'être entendue de la recourante 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 contestée dans la présente procédure.

7.

7.1 Les frais de la procédure de recours fixés forfaitairement à Fr. 700.- sont mis à la charge de l'Office AI qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

7.2 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 LPGGA (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). La recourante étant représentée en procédure par une mandataire professionnelle, elle a droit au remboursement de ses dépens (art. 61 let. g LPGGA et 104 al. 1 LPJA). Après examen de la note d'honoraires du 17 octobre 2013, qui ne prête pas à discussion, ceux-ci, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, sont fixés à un montant de Fr. 3'309.25 (honoraires: Fr. 3'037.50; débours: Fr. 26.60; TVA: Fr. 245.15).

7.3 Vu l'issue de la procédure, la requête d'assistance judiciaire s'avère sans objet.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. L'Office AI versera à la recourante la somme de Fr. 3'309.25 (débours et TVA compris) à titre de remboursement de ses dépens pour la procédure judiciaire.

4. La requête d'assistance judiciaire et de désignation d'un mandataire d'office déposée pour la procédure de recours, devenue sans objet, doit être rayée du rôle du Tribunal administratif.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la 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 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).