

200.2013.759.AI

BOA/BEJ

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

**Jugement du 14 novembre 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 juillet 2013

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1961, divorcée, mère de trois enfants (nés en 1990, 1992 et 1993) est arrivée en Suisse en 1985. Sans formation certifiée, elle a été engagée en 1995 comme ouvrière au sein d'une entreprise spécialisée dans le traitement, la fabrication et la vente de mousses synthétiques, à raison de 3h30 par jour. En sus de cet emploi, l'assurée a travaillé de manière irrégulière dans différents domaines (notamment nettoyages, vente de vêtements).

L'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en août 2005, invoquant, après l'opération d'une hernie discale L4/L5 ayant eu lieu en juillet 2004, des douleurs dorsales en recrudescence. Par décision du 3 juillet 2007, l'Office AI Berne, sur la base d'un degré d'invalidité de 6%, a nié le droit de l'assurée à l'obtention d'une rente AI. Cette décision, contestée par l'assurée, a été confirmée par un jugement de la Cour alémanique des assurances sociales du Tribunal administratif du canton de Berne (TA, VGE 200/07/68442 du 5 mai 2008).

Le 3 février 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande tendant à l'octroi d'une rente AI. Des documents fournis à l'appui de cette demande ressort que l'assurée a subi une deuxième opération de la hernie discale en novembre 2010.

**B.**

Saisi de cette demande, l'Office AI a procédé à diverses mesures d'instruction, notamment auprès des médecins traitants de l'assurée et de ses employeurs. Le Service médical régional (SMR) a également été consulté à plusieurs reprises. Sur la base d'un rapport du SMR daté du 29 novembre 2011, l'Office AI a sollicité l'établissement d'une expertise neurochirurgicale, laquelle (après un changement d'expert suite à un examen au cours duquel l'assurée s'était sentie humiliée) a été rédigée le

16 avril 2012. Une enquête économique sur le ménage a également été ordonnée (rapport y relatif du 19 novembre 2012).

Sur cette base, l'Office AI a averti l'assurée, par préavis du 14 janvier 2013, qu'il entendait lui refuser toute rente d'invalidité.

En dépit des objections formulées par l'assurée, représentée en procédure, l'Office AI, par décision formelle du 4 juillet 2013, a confirmé le refus de rente d'invalidité.

### **C.**

Par acte du 5 septembre 2013, l'assurée, agissant par un avocat de l'organisation d'utilité publique la représentant, a recouru contre cette décision auprès du TA. Elle a requis l'assistance judiciaire (limitée aux frais de procédure) et a conclu à l'annulation de la décision du 4 juillet 2013 de l'Office AI, principalement en demandant le constat de son droit à une rente d'invalidité et, subsidiairement, en requérant le renvoi de la cause à l'Office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Dans son mémoire de réponse du 7 octobre 2013, l'Office AI a conclu au rejet du recours, renvoyant entièrement à sa décision du 4 juillet 2013.

Par ordonnance du 20 janvier 2014, l'assistance judiciaire (au sens de dispense des frais de procédure) a été octroyée à la recourante, après que cette dernière eut complété sa requête. Par courrier du 13 février 2014, le mandataire de la recourante a fait parvenir sa note d'honoraires.

Le 23 avril 2014, la recourante a transmis au Tribunal de céans plusieurs documents médicaux ayant été rédigés entre janvier et mars 2014, qui ont été transmis à l'intimé. Par courrier du 13 mai 2014, le mandataire de la recourante a renoncé à produire un complément à sa note d'honoraires du 13 février 2014.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision du 4 juillet 2013 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de la recourante à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte, quant à lui, sur l'annulation de cette décision ainsi que l'octroi d'une rente d'invalidité (conclusion formulée sous forme de constatation mais à interpréter comme une conclusion formatrice; quant à la recevabilité des conclusions en constat, voir par ex: ATF 132 V 257 c. 1) ou, éventuellement, le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sont particulièrement critiquées par la recourante, l'application de la méthode mixte pour le calcul de l'invalidité (notamment surpondération de l'activité de l'assurée [prétendument] affectée au ménage de même que l'appréciation par l'AI des empêchements dans ce domaine), l'estimation de sa capacité de travail par l'Office AI et l'utilisation de bases salariales statistiques pour le calcul de l'invalidité.

**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 un mandataire dûment légitimé, 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.

La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche dans la procédure faisant suite à la nouvelle demande (examen matériel) – d'une manière analogue à celle de la révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA – en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision de refus (en l'espèce le 3 juillet 2007) à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 c. 5.3, 130 V 71 c. 3.2.3; VSI 1999 p. 84 c. 1b; ici: le 4 juillet 2013).

**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; 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.**

**3.1** L'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande du 3 février 2011 et a procédé à un examen matériel du cas (art. 87 al. 2 et 3 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]; jusqu'au 31 décembre 2011: anc. art. 87 al. 3 et 4 RAI; SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2). Le TA doit donc également procéder à un examen au fond (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1).

**3.2** Au cas d'espèce, l'Office AI, pour arriver à un taux d'invalidité de 20%, 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 certes admis une modification de la situation depuis la décision de refus du 3 juillet 2007 fondée sur un partage de 43% d'activité lucrative et 57% de travaux ménagers (motif de révision: ATF 130 V 343 c. 3.5 et références). Il a cependant exclu le statut de personne active à

plein temps au motif que la recourante, depuis le début de son parcours professionnel, n'a jamais travaillé à plein temps, de sorte qu'il a préféré se référer implicitement au critère de la nécessité économique, en prenant en considération la moyenne des besoins financiers exprimés par l'assurée (dossier [dos.] AI 87/4 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 du 9 juillet 2012 c. 5.7 = SVR 2012 IV N° 53). 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 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. 7, procédure

d'opposition). En effet, lors de l'enquête économique sur le ménage, la recourante a expliqué qu'en bonne santé, pour des raisons financières, elle aurait travaillé à 100% (idéalement) dans une crèche, n'omettant pas de mentionner être bien consciente du fait qu'elle n'avait pas de formation dans ce domaine (dos. AI 87/4 ch. 3.5). Il convient de relever qu'en 2007 déjà, lors de la précédente enquête sur le ménage (rapport du 3 mai 2007), l'assurée avait exprimé son désir de travailler à temps plein. Il est vrai, comme le relève l'intimé, que le TA, dans son jugement du 5 mai 2008, avait alors suivi le statut mixte défini par l'intimé: part affectée à l'activité lucrative à hauteur de 43%, 57% étant dévolus au ménage. Ce statut, s'éloignant pourtant des déclarations de la recourante lors de l'enquête, n'avait pas été contesté, les griefs se focalisant à l'époque contre l'évaluation d'une capacité de travail entière. Il ne faut toutefois pas non plus perdre de vue qu'à ce moment-là, la situation familiale de l'assurée divergeait de celle d'aujourd'hui. En effet, la recourante vivait seule avec ses trois enfants et assumait encore des tâches éducatives (deux de ses enfants étaient encore écoliers, alors que l'aîné était en apprentissage de commerce), ce qui n'était pas aisément conciliable avec une activité lucrative à plein temps, alors qu'aujourd'hui, ses enfants sont indépendants financièrement. En raison de ces charges familiales également, le fait que la recourante n'ait pas travaillé à plein temps après la séparation de 1997, bien qu'aucune incapacité de travail n'ait été attestée à cette époque, ne contredit pas l'appréciation selon laquelle en bonne santé, elle aurait augmenté son taux d'activité lucrative au fur et à mesure que ses enfants devenaient plus indépendants. Même après la séparation, elle pouvait compter sur les contributions d'entretien pour les enfants avancées par l'autorité communale compétente (dos. AI 87/4 ch. 3.5). Sous l'angle professionnel, le TA retient qu'à défaut d'avoir pu augmenter son taux d'occupation dans l'entreprise qui la payée jusqu'à fin septembre 2013 (dos. AI 105/17, 98/2 et prise de position du 22 novembre 2013 de la recourante), l'assurée, en bonne santé et peu à peu libérée de ses tâches éducatives, aurait complété ses revenus avec des activités en sus de celle, fixe, chez son employeur, comme elle l'a fait par le passé (dos. AI 51/3), mais en tout cas depuis la fin de la scolarité de son cadet (environ 2008), de manière plus conséquente. Il ressort en effet du dossier que la recourante a toujours cherché à occuper divers emplois parallèlement à

son poste fixe à temps partiel d'ouvrière. De plus, le fait d'exercer une activité lucrative représente, pour elle, sans conteste, un élément positif et stabilisant. Elle tenait d'ailleurs à son ancien emploi et appréciait les aménagements et la souplesse déployés par son employeur (quelques heures de travail par jour, travail sur appel, dos. AI 102/2), qui a tenu compte des limitations familiales et physiques ("Protokoll per 07.10.2013, 14.09.2011, 01.05.2013"). Il sied aussi de relever que dans ses recherches d'emploi en vue de compléter son pensum, l'assurée a réussi (en dépit d'absence de formation professionnelle certifiée) à se faire engager en 2013 comme veilleuse de nuit remplaçante au sein d'une Fondation offrant une structure d'accueil aux personnes en difficulté, ce qui montre aussi la volonté de travailler plus. 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 grâce au produit de son travail, et ce, avec si possible plus d'aisance que le minimum vital assuré uniquement par la contribution financière de ses enfants qui, au vu notamment de l'extrait de compte de septembre 2013 (dos. recourante), va bien au-delà de ce qui est usuel.

**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), l'on ne saurait se rallier aux montants retenus par l'Office AI selon lesquels Fr. 3'000.- à Fr. 3'200.- (plus précisément Fr. 3'113.- selon le rapport d'enquête du 19 novembre 2012) suffiraient à la recourante pour subvenir à ses besoins. En effet, selon les extraits de compte bancaire transmis par la recourante, les montants supposés à disposition et sur lesquels cette dernière se fonde pour avancer qu'ils lui suffisent pour vivre fluctuent d'un mois à l'autre (activité de veilleuse de nuit exercée de manière irrégulière, difficultés à recouvrer les salaires dus par son employeur ["Protokoll per 07.10.2013, 05.06.13"], consommation des économies attestée par le montant versé le 6 septembre 2013 par une assurance-vie [prise de position du 22 novembre 2013 de la recourante], contributions des deux plus jeunes fils variant mensuellement). De plus, dans la mesure où ses enfants prennent à charge les courses et les autres dépenses (87/5 ch. 3.6), la recourante, lors de l'enquête, était d'autant moins en mesure de chiffrer de

manière fiable le budget dont elle doit disposer pour s'assumer financièrement.

**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) 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) et ce, pour toute la période couverte par la demande de rente de février 2011 (voir c. 7.1 ci-dessous pour le début de la période, la fin en étant fixée par la date de la décision contestée: ATF 130 V 138 c. 2.1). 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 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.**

Sur le plan médical, l'évolution de l'état de santé de la recourante, par rapport au moment du refus de rente du 3 juillet 2007 (voir c. 3.1 ci-dessus), se présente comme suit:

**5.1** L'expertise neurochirurgicale réalisée en août 2006 avait mis en exergue comme pathologie ayant des effets sur la capacité de travail, un syndrome lombo-vertébral douloureux irradiant dans la jambe gauche (occasionnellement dans le bras) et générant une mobilité réduite de la colonne vertébrale après une microdiscectomie L4/L5 ayant eu lieu en juillet 2004, sans constat toutefois de déficit sensorimoteur. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'experte avait relevé les douleurs éprouvées par l'assurée dans l'épaule et le bras. Tout en mentionnant qu'une activité sollicitant le corps n'était pas exigible, cette spécialiste avait considéré que les atteintes somatiques de la recourante à la colonne vertébrale étaient sans incidence sur sa capacité de travail dans l'exercice

d'une activité adaptée (comme celle que l'assurée exerçait, à savoir moyennant un pensum réduit et un travail ne nécessitant pas le port de charges). Dès lors, selon l'experte, la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans perte de rendement, évaluation sur laquelle l'Office AI avait fondé une absence totale d'incapacité de gain pour la part de 43% consacrée à l'activité lucrative.

**5.2** Dans le contexte de la nouvelle demande de rente du 3 février 2011, les médecins traitants de l'assurée ont eu à se prononcer à plusieurs reprises sur son état de santé.

En mars 2011, soit quatre mois après la deuxième opération d'une hernie discale L4/L5 récidivante ayant eu lieu le 2 novembre 2010, le chirurgien traitant de l'assurée a relevé des examens neurologique et radiologique post-opératoires normaux. D'un point de vue locomoteur, il a attesté que l'assurée pouvait se déplacer sur les talons et la pointe des pieds sans problème. Il a noté que la recourante éprouvait des douleurs durant la nuit lorsqu'elle se retourne, de même qu'en se levant. Il a aussi mentionné que la musculature lombaire était atrophiée.

Dans son rapport médical adressé le 12 mars 2011 (dos. AI 54/3) à l'Office AI, la généraliste traitant l'assurée, spécialiste en médecine interne, a mentionné comme ayant des répercussions sur la capacité de travail, les deux opérations des hernies discales pratiquées, une ostéochondrose et un soupçon d'instabilité L4/L5 toujours plus marqués. Cette praticienne a évalué la capacité de travail de l'assurée à hauteur de 20%, tout en tablant sur une amélioration (probable) jusqu' 50%.

Suite à une lithiase rénale du rein droit (sans congestion) diagnostiquée en juin 2011 (dos. AI 61/3) et extraction d'une concrétion de 3 mm en septembre 2011 (dos. AI 66/9), le médecin spécialiste en urologie a exclu en octobre 2011 toute pathologie rénale qui pourrait expliquer les douleurs dorsales éprouvées par la recourante (dos. AI 66/8).

Le rhumatologue consulté par l'assurée en octobre 2011 a diagnostiqué une symptomatique lombovertébrale chronique douloureuse au niveau des vertèbres L5 et S1. Il relie les douleurs éprouvées par l'assurée à sa pathologie dorsale qui génère une irritation thoraco-lombaire de même

qu'un syndrome lombosacral douloureux des deux côtés irradiant jusqu'aux terminaisons nerveuses (paresthésies aussi dans la jambe droite). Il exclut toute problématique infectieuse, notamment avec la prothèse dorsale implantée (dos. AI 66/3).

Dans un avis médical succinct daté du 20 novembre 2011, la généraliste traitante de la recourante a fait état d'une péjoration de l'état de santé de sa patiente depuis août 2011 en raison de douleurs intenses et d'épisodes de blocages. Sur la base de limitations physiques uniquement, cette généraliste est d'avis que l'assurée est dans l'incapacité totale de travailler lorsque l'activité professionnelle en question impose une position non physiologique du corps (telles que les activités de nettoyage ou comme ouvrière d'usine). Elle évalue toutefois, à partir du 1<sup>er</sup> mai 2011, à 50%, la capacité de travail de la recourante dans une activité légère. Cette praticienne estime qu'en raison de la quantité d'antalgiques prescrits, les facultés cognitives de la recourante sont réduites (dos. AI 66/1 et 2).

Le médecin spécialiste en radiologie et neuroradiologie, suite à l'IRM de la colonne vertébrale pratiquée en mars 2012, a diagnostiqué un status après discectomie (avec récurrence en 2010) ayant généré une fibrose épidurale au niveau des vertèbres lombaires. Il relève aussi une ostéochondrose de degré moyen au niveau des vertèbres cervicales, légère au niveau des vertèbres lombaires, de même qu'une spondylarthrose et plusieurs hernies discales plates dorsomédianes sans effet neurocompressif (dos. AI 81/ 2 et 3). Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assurée.

**5.3** Le spécialiste en médecine physique, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur mandaté par l'intimé, qui a procédé à un examen personnel de la recourante le 16 avril 2012, a retenu, dans son rapport d'expertise du 27 avril 2012, comme pathologies ayant des répercussions sur la capacité de travail, un lumbago avec sciatique suite à une décompression/neurolyse L4/5 ayant eu lieu en 2010 et une décompression en 2004. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné notamment un status après une opération aux deux genoux, une extraction de calculs rénaux et une hystérectomie. S'agissant des douleurs lombaires ressenties depuis fin 2003, il a précisé que celles-ci irradiaient latéralement, à gauche et à droite. L'expert a relevé aussi, que

depuis 2007, il n'y avait pas de modifications significatives des symptômes chez l'assurée. Sur la base des clichés réalisés, il n'existe, selon lui, aucune compression de la moelle épinière ou des nerfs. Il ne mentionne que des restrictions physiques, dans la région lombaire basse. L'expert considère que dans sa dernière activité, la recourante est limitée dans le port/soulèvement des charges et en position assise. Il estime qu'une activité n'imposant pas à l'assurée un port de charges de plus de 5 kilos (3 kilos si elle doit les déplacer) et ne la contraignant pas à rester en position assise ou immobile plus de deux heures est exigible. Sur cette base, il a évalué la capacité de travail de l'assurée, dans les bons jours, à hauteur de 60% (restriction due à la capacité limitée de rester assise), avec une perte de rendement de 10%, en raison d'éventuelles douleurs réfractaires aux traitements médicamenteux. Quant à la question de savoir si la capacité de travail de l'assurée pourrait être améliorée par la mise en place d'une thérapie ciblée, il a répondu par la négative.

**5.4** Postérieurement à l'expertise, l'avis médical succinct de la psychiatre traitante de la recourante, rédigé le 6 mars 2013, a mis en exergue un trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique (F.33.11). Cette spécialiste a attesté, chez l'assurée, une incapacité totale de travailler, tout en relevant que sa santé psychique devrait s'améliorer dans un délai de deux à trois mois. Elle a émis un pronostic favorable pour l'avenir.

Dans son rapport du 23 juin 2013 adressé à l'assureur-maladie de l'assurée, la généraliste traitante a dénié toute capacité de travail de sa patiente dans une quelconque activité physique, tout en réitérant les diagnostics précédemment retenus. Elle estime toutefois que la recourante, moyennant une perte de rendement de 10% (dos. AI 110/33 ch. 11) est à même de travailler à 50% dans un emploi adapté n'imposant pas le port de charges supérieures à 5 kg, un déplacement de charges au-delà de 3 kg, une position debout allant au-delà de 30 minutes ou assise plus de deux heures (dos. AI 110/33 ch. 4 et 11).

**5.5** Plusieurs (autres) avis médicaux émanant des médecins traitants de l'assurée ont été produits par la recourante dans la procédure de recours. Postérieurs à la décision contestée, ils ne peuvent toutefois être pris en compte

dans le présent jugement, car ils ne se réfèrent pas à la situation médicale telle qu'elle se présentait à la fin de la procédure administrative (SVR 2008 IV n°8 c. 3.4).

## **6.**

**6.1** L'intimé a fondé sa décision du 4 juillet 2013 sur les résultats de l'expertise qu'il a organisée, consignés dans le rapport du 27 avril 2012. Sur cette base, l'intimé a retenu que la recourante était à même d'exercer, à hauteur de 60%, une activité lucrative qui ne la soumettait pas au port de charges importantes, moyennant une perte de rendement de 10%. La recourante, en estimant pouvoir travailler à 50% (sur la base de l'évaluation de sa généraliste traitante), moyennant une perte de rendement de 10% (recours p. 10) et la prise en compte d'un abattement (supplémentaire) de 10% (recours p. 8), conteste l'évaluation de sa capacité de travail par l'Office AI.

**6.2** Il convient de relever, à titre liminaire, que les rapports médicaux versés au dossier concordent s'agissant des pathologies dorsales retenues. Un lumbago avec sciatique (irradient jusque dans les membres inférieurs) comprenant un status après deux discectomies (2004 et 2010) sur hernie discale L4-5 est en effet admis par l'ensemble des médecins impliqués. Il existe toutefois des divergences concernant l'estimation de la capacité de travail. Alors que l'expert retient un taux exigible de 60% dans un emploi adapté moyennant une perte de rendement de 10%, la généraliste traitante de l'assurée estime, quant à elle, dans son dernier avis médical versé au dossier, que la recourante peut travailler à 50% dans une activité bien profilée moyennant une perte de rendement de 10%.

**6.3** L'expertise rédigée en avril 2012 et sur laquelle s'est fondé l'Office AI pour évaluer, d'un point de vue somatique, la capacité de travail de l'assurée, est complète, convaincante, et satisfait aux exigences jurisprudentielles (voir c. 2.5 ci-dessus). Elle a été établie sur la base d'un examen personnel de l'assurée ayant duré près de quatre heures (dos. AI 82.1/1), de même que sur une étude fouillée et complète du dossier médical de la recourante (dos. AI 82.1/1 à 6 et 12). La synthèse opérée par l'expert a été rédigée avec minutie lors d'une appréciation tant médicale qu'asséculogique du cas. La qualification de l'expert, spécialiste en

médecine physique, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ne peut, au vu des pathologies dont souffre l'assurée, être mise en doute. Quant à ses conclusions, elles sont détaillées, bien étayées, s'avèrent logiques et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Les plaintes subjectives de la recourante ont au surplus été soigneusement consignées: l'expert a décrit de manière très précise la localisation des douleurs éprouvées, leur caractère et leur intensité (dos. AI 82.1/8 et 9). D'un point de vue médical, le TA (à l'instar de la généraliste traitante de l'assurée, dos. AI 110/34 ch. 15) considère que c'est sur la base d'un état de fait investigué à suffisance que l'expert s'est prononcé. En effet, la recourante a bénéficié d'examens spécialisés et ciblés, réalisés régulièrement, en fonction des douleurs éprouvées. Ainsi, depuis la deuxième opération de la hernie discale en novembre 2010, l'assurée a été examinée (en sus de consultations régulières chez sa généraliste traitante) notamment par un chirurgien orthopédique et traumatologue de l'appareil locomoteur, un rhumatologue et un spécialiste en radiologie/neuroradiologie. Des clichés de la colonne vertébrale ont été réalisés en novembre 2010 et en mars 2012, que l'expert a pris en considération (dos. AI 82.1/12). Suite à une recrudescence des douleurs invoquées en juin 2011, l'assurée a bénéficié d'examens urologiques complets, lesquels ont révélé une lithiase rénale du rein droit, nécessitant l'extraction d'une concrétion de 3 mm. Ces investigations ont aussi permis d'exclure toute gêne/douleurs en relation avec une quelconque affection au niveau des reins (dos. AI 66/8, 82.1/6 et 12 ch. 4.2). Enfin, toute problématique infectieuse en relation avec la prothèse dorsale implantée a pu être exclue (dos. AI 66/3). Quant à l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis la dernière expertise de 2006 (ayant mené à un refus de rente par l'AI en 2007, cf. let. A), il est vrai que l'expert estime qu'il n'existe pas de modifications significatives des symptômes (dos. AI 82.1/12). Toutefois, il apparaît que les troubles douloureux éprouvés par la recourante, certes de même nature et origine qu'en 2006, se sont étendus: notamment paresthésies jusque dans la jambe droite (auparavant, seule la jambe gauche était concernée, dos. AI 23/20), présence d'une fibrose au niveau des vertèbres lombaires, d'ostéochondrose et d'arthrose (dos. AI 81/2 et 3, c. 6.2) et nécessitent de surcroît une médication plus importante

(dos. AI 23/21, dos. AI 82.1/9). L'appréciation différente de la capacité de travail par rapport à celle évaluée dans l'expertise de 2006 est donc cohérente. L'expert a estimé que les douleurs ressenties par la recourante (dans le bas du dos, irradiant jusque dans la jambe gauche) relevaient de restrictions d'ordre physique uniquement. Il a d'ailleurs énuméré de manière détaillée les positions/mouvements proscrits et les activités que la recourante était (encore) à même d'exercer (dos. AI 82/1/13). C'est sur cette base et de manière convaincante qu'il a estimé la capacité de travail de l'assurée dans un emploi adapté à 60% dans les bons jours (dos. AI 82.1/14), diminuée d'une perte de rendement de 10%, en raison de douleurs persistantes (éventuelles).

Dans ces conditions, l'appréciation divergente de la capacité de travail par la généraliste traitante de l'assurée (50% de capacité de travail dans un emploi adapté en novembre 2011 [dos. AI 66/1], 45%, soit un taux de 50% diminué d'une perte de rendement de 10%, selon son dernier avis médical de juin 2013 [dos. AI 110/33 ch. 4 et 11]) doit céder le pas face aux constatations médicales de l'expert. En effet, dans le rapport de novembre 2011 adressé par la généraliste traitante à l'Office AI, tout en affirmant que l'état général de l'assurée s'était péjoré depuis août 2011 (douleurs intenses, épisodes de blocages), elle n'a toutefois attesté d'aucune variation de la capacité travail (même temporaire) depuis cette date. Elle a aussi affirmé de manière contradictoire que la recourante ne souffrait d'aucune restriction intellectuelle, tout en relevant des empêchements intellectuels (*selbst intellektuelle Arbeit ist eingeschränkt*) et le fait que la quantité d'analgésiques ingérés avait pour effet de réduire les facultés cognitives de la recourante (dos. AI 66/2 ch. 1 et 2). Quant au dernier rapport médical d'avril 2013, il a été rédigé hors du contexte de l'AI (il est adressé à l'assureur-maladie) et insiste sur la nécessité pour l'assurée de bénéficier d'un séjour stationnaire dans une clinique spécialisée pour la rééducation de l'appareil locomoteur. Partant, il n'explique nullement pourquoi la capacité globale de travail de la recourante (n')est (plus que) de 45%, au lieu des 50% attestés précédemment. Certes, le profil d'exigibilité reprend les modalités arrêtées par l'expert. La généraliste traitante ne détaille toutefois en rien pourquoi elle se distancie du taux exigible arrêté par l'expert (54%, soit 60% diminués d'une perte de rendement de 10%).

En présence de ces divergences, il ne faut pas perdre de vue que cette praticienne n'est, d'une part, pas spécialiste dans les domaines médicaux concernés. D'autre part, eu égard à la relation de confiance établie avec sa patiente, elle a posé une évaluation beaucoup plus axée sur le ressenti subjectif des douleurs éprouvées que celle de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/cc, 122 V 157 c. 1c). Cet avis médical ne saurait dès lors prévaloir sur l'expertise.

Au vu de ce qui précède, le TA retient, sur le plan somatique, que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée est exigible à 60% moyennant une perte de rendement de 10%.

**6.4** Sur le plan psychique, l'incapacité totale de travailler attestée médicalement par la psychiatre traitante de la recourante sur la base d'un trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique, selon la cote F.33.11 de la Classification statistique internationale des maladies et de problèmes de santé connexes (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ne saurait, elle non plus, emporter la conviction. Le contexte médical n'y est pas décrit (seul le diagnostic est arrêté), l'on ne sait pas depuis quand l'assurée souffre de cette pathologie et les conclusions de la psychiatre ne sont pas étayées. Si l'on se réfère à la description figurant au ch. F.33.11 de la CIM-10, le trouble dépressif récurrent est caractérisé par la survenance *répétée* d'épisodes dépressifs. Or, à la lecture du dossier administratif, il appert – exception faite de la généraliste traitante de la recourante qui a fait allusion, en janvier 2001, à des épisodes réactifs sévères datant de 1988, 1992 et 2007 – qu'à aucun moment de la période concernée par le présent litige, les médecins consultés n'ont suspecté (voire diagnostiqué) chez la recourante une pathologie psychique, susceptible d'avoir des répercussions sur sa capacité de travail. La généraliste traitante de la recourante, dans son rapport médical du 23 juin 2013 adressé à l'assureur-maladie de sa patiente n'a nullement fait allusion à une quelconque baisse de l'humeur. Le TA relève encore que si des troubles psychiques avaient existé, l'expert qui a pris en considération l'ensemble du dossier médical de la recourante et procédé à un examen approfondi de l'assurée l'aurait relevé, ce d'autant plus qu'il a été questionné sur ce point et l'a nié (dos. AI 82.1/13; c. 6.2 ci-

dessus) et qu'il dispose aussi d'une formation en psychothérapie déléguée. Il a uniquement énoncé une concentration en baisse (que la généraliste traitante de l'assurée a reliée à une médication importante, dos. Al 66/1 à 2) et une diminution de l'intégration sociale de l'assurée en raison des douleurs. La recourante elle-même ne revendique par ailleurs aucune limitation de sa capacité à travailler sous l'angle psychique. Dans ces conditions, la fragilité psychique passagère de l'assurée (estimée à quelques mois selon la psychiatre traitante) est à inscrire dans le contexte de la résiliation de son contrat de travail par son employeur pour le 31 mai 2013. Il n'y a donc pas lieu de considérer qu'elle puisse avoir un caractère incapacitant et, a fortiori, invalidant.

**6.5** Il suit de ce qui précède que l'expertise rédigée en avril 2012 renseigne de manière circonstanciée sur la situation médicale de la recourante pour la période concernée et que, d'un point de vue médical (et contrairement à l'avis de la recourante, recours p. 12) des mesures d'instruction complémentaires ne se justifient pas. Les travaux que la recourante est à même de réaliser sont décrits de manière suffisamment précise par l'expert, avis auquel il y a lieu de se référer. Il faut dès lors admettre une capacité de travail médico-théorique de 60% dans un emploi bien profilé. Afin de tenir compte des jours où l'assurée éprouve des douleurs qui la ralentissent dans son rythme de travail, il convient de retenir une perte de rendement de 10%. Rien n'indique que cette appréciation aurait subi des fluctuations dans la période couverte par la demande de rente de février 2011 jusqu'à la décision contestée.

## 7.

Il reste à évaluer le taux d'invalidité.

**7.1** Pour procéder à la comparaison des revenus (voir c. 2.2 ci-dessus), il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être prises en compte (ATF 129 V 222).

La recourante ayant déposé sa demande de prestations AI le 3 février 2011, un droit à une rente pourrait prendre naissance six mois plus tard, soit à partir du 1<sup>er</sup> août 2011 (art. 29 al. 1 et 3 LAI). Une incapacité de travail de 40% au moins est attestée à l'assurée, sans interruption notable, à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2010 (par ex. dos. AI 54.8, 87.4; le ch. 7 des réponses de l'expertise qui résume les attestations d'incapacité – et non capacité – de travail ne comprend pas de données pour la période de décembre 2007 à septembre 2010). Le délai d'attente d'un an de l'art. 28 al. 1 let. b LAI n'était donc échu que début septembre 2011 et c'est dès ce mois qu'un droit à une rente pourrait naître. L'année de référence pour procéder à la comparaison des revenus est donc 2011.

**7.2.** L'Office AI s'est fondé, pour évaluer le degré d'invalidité de la recourante, tant pour le revenu sans invalidité que celui avec handicap, sur la valeur "total" statistique des salaires servis aux femmes, dans des activités simples et répétitives, selon les chiffres relatifs à 2010, indexés à 2011, de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée régulièrement par l'Office fédéral de la statistique (OFS). La recourante prétend que le revenu avec handicap qui peut lui être imputé correspond à celui qu'elle a réalisé en dernier lieu et que si une base statistique est utilisée, il faut la diminuer de 10%.

En l'espèce, contrairement à ce que soutient la recourante, le salaire réalisé dans l'entreprise active dans le domaine de la mousse synthétique ne représente pas une donnée fiable pour la comparaison déterminant l'invalidité. Pour qu'il puisse servir de référence en tant que revenu avec handicap, il faudrait que l'activité lucrative qu'il rétribuait - cumulativement - repose sur des rapports de travail particulièrement stables, mette pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle et procure un gain correspondant au travail effectivement fourni sans contenir d'éléments de salaire social (ATF 135 V 297 c. 5.2; SVR 2011 IV n° 37 c. 4.1). Tel n'est pas le cas. Si le 18 février 2011, l'employeur attestait un salaire horaire de Fr. 20.- à raison de 3h30 par jour, deux jours et demi par semaine, par rapport à un horaire hebdomadaire normal de 41 heures, les derniers renseignements fournis par l'employeur, du 18 février 2011, faisant état d'un revenu de Fr. 16'890.- pour 2010 (les comptes individuels de

cotisations des années précédentes confirment cet ordre de grandeur), ne permettent absolument pas de reconstituer le taux d'occupation auquel la rémunération correspond (mention de deux jours par semaine depuis 2006 en fonction d'un horaire hebdomadaire normal de 55 heures). Ces indications, qui ne se recoupent pas avec celles fournies lors de l'enquête sur le ménage, n'attestent pas d'une mise en valeur pleine du profil d'exigibilité découlant de l'expertise. D'ailleurs, comme la recourante l'a elle-même reconnu, elle a plusieurs fois cherché en vain à élever son taux d'activité (dos. AI 105/17, 110/18). Ce revenu réalisé par la recourante ne permet pas non plus de définir (après indexation), un revenu hypothétique d'assurée valide. On ne peut supposer qu'en bonne santé, selon une vraisemblance prépondérante (degré de preuve usité en droit des assurances sociales: ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3), la recourante travaillerait à plein temps à ce poste au moment du début potentiel de la rente (ATF 139 V 28 c. 3.3.2, 134 V 322 c. 4.1). En effet, une élévation du taux d'emploi n'a jamais pu se réaliser et, en plus du fait que l'entreprise a été restructurée plusieurs fois (voir registre du commerce en ligne et "Protokoll per 07.10.2013": 01.05.2013), le contrat de travail a à présent été résilié, définitivement à fin septembre 2013 (voir c. 4.2. ci-dessus) pour des motifs ne relevant pas forcément des handicaps.

Dans de telles circonstances, c'est donc à bon droit que l'Office AI Berne a tablé sur deux revenus hypothétiques tirés de l'ESS publiée par l'OFS pour effectuer la comparaison (voir, pour le revenu avec handicap: ATF 135 V 297 c. 5.2; SVR 2010 IV n° 52 c. 4.3.1, et pour le revenu sans handicap: ATF 139 V 28 c. 3.3.2; TF I 517/02 du 30 octobre 2002 c. 1.2). On peut du reste relever que, l'assurée n'ayant pas de formation spécifiée, la comparaison doit s'effectuer en fonction de deux bases salariales semblables (valeur "total") et qu'on arriverait au même résultat si l'on partait de la base du dernier salaire réalisé pour les deux revenus à prendre en considération (en admettant que la dernière activité exercée corresponde au profil d'exigibilité, ce que l'expertise n'exclut à tout le moins pas). Puisque les données salariales à la base de la comparaison sont les mêmes, une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent suffit. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut à 100%, tandis que le revenu d'invalidé est estimé à un pourcentage plus bas, la

différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 c. 3a, 107 V 17 c. 2d, 104 V 135 c. 2b).

La recourante, selon l'évaluation de l'expert, dispose d'une capacité de travail résiduelle médicale de 60% diminuée d'une perte de rendement de 10%, soit 54%. Au vu des circonstances d'espèce (limitations liées au handicap, la recourante a dépassé la cinquantaine, elle n'a pas de formation certifiée), il y a lieu de procéder en sus à un abattement de 10% supplémentaire pour tenir compte du fait que le travailleur invalide, lorsqu'il accomplit un travail non qualifié, reçoit en règle générale, même sur un marché du travail équilibré, un salaire inférieur à celui d'un salarié valide (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3), ce à quoi, l'intimé, selon son mémoire de réponse du 7 octobre 2013, ne semble d'ailleurs pas s'opposer. On aboutit par conséquent à une capacité de gain de 48,6% (54% diminués de 10%), soit une incapacité de gain, équivalant au taux d'invalidité, de 51,4%, à arrondir à 51% (ATF 130 V 121). Ce taux vaut dès le 1<sup>er</sup> septembre 2011 et, à tout le moins, pour toute la période couverte par l'objet de la contestation. Des modifications qui seraient intervenues après la date de la décision attaquées doivent faire l'objet d'une nouvelle demande (art. 87 al. 2 RAI; voir aussi prise de position de l'intimé du 2 mai 2014 et lettre du 12 septembre 2014 de la juge chargée de l'instruction au mandataire de la recourante). Un degré de 51% d'invalidité ouvre le droit à une demi-rente AI (art. 28 al. 3 LAI).

## **8.**

**8.1** Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que le degré d'invalidité s'est modifié de façon déterminante (notamment de par l'application de la méthode générale de comparaison des revenus et non de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité) depuis la décision précédente de refus de rente. Le recours est admis et la décision de refus de rente rendue le 4 juillet 2013 par l'Office AI est annulée. Un droit à une demi-rente AI doit être reconnu à la recourante à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2011. Il appartiendra à l'Office AI de procéder au calcul de cette rente.

**8.2** Les frais de la présente procédure, fixés à un émolument forfaitaire de Fr. 700.- sont, au vu de l'issue de la procédure, mis à la charge de l'intimé qui succombe. L'avance de frais versée par la recourante lui est restituée (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI; art. 108 al. 1 et al. 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

**8.3** La recourante obtenant gain de cause dans la présente procédure et étant représentée par un avocat, elle a droit au remboursement de ses dépens dans la mesure fixée par le tribunal (art. 61 let. g LPGA et art. 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 13 février 2014, qui ne prête pas à discussion, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA en cas de représentation par un organisme de conseils juridiques reconnu d'utilité publique (tarif horaire de Fr. 130.-; voir notamment la circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales en cas de telle représentation, circulaire accessible à partir du site internet du TA, rubrique "Téléchargement & publications"), sont fixés à un montant de Fr. 2'148.90 (honoraires: Fr. 1'917.50; débours: Fr. 78.-; TVA: Fr. 153.40).

**8.4** Vu l'issue de la procédure, l'octroi (formel) de l'assistance judiciaire, décidé le 20 janvier 2014, reste sans effet.

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. Une demi-rente d'invalidité est allouée à la recourante dès le 1<sup>er</sup> septembre 2011. Dans la mesure où le recours concluait à plus, il est rejeté. Le dossier sera retourné à l'intimé pour calcul de la prestation lorsque le présent jugement sera entré en force.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais de Fr. 700.- 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. 2'148.90 (débours et TVA compris) au titre de remboursement de ses dépens pour la procédure judiciaire.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - au mandataire de la recourante,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

La greffière:  
e.r.: C. Haag-Winkler

**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).