

200.2014.1069.AI

ANP/BEJ

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

Jugement du 19 janvier 2016

Droit des assurances sociales

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



A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 7 octobre 2014

En fait:

A.

A. _____, née en 1960, divorcée et mère d'enfants adultes, ne dispose d'aucune formation professionnelle certifiée et a exercé divers emplois (aide de bureau, ouvrière à domicile et en milieu industriel, contrôleuse visiteuse), moyennant également des périodes sans activité lucrative et/ou de chômage. Dès le 1^{er} octobre 2008, elle a été engagée comme collaboratrice au département expédition d'une fabrique d'outils de précision, avant d'être licenciée à fin juin 2012 pour motifs économiques. Une incapacité de travail entière lui a été attestée de façon continue à compter du 3 octobre 2011, puis à 50% dès le 12 ou 22 novembre 2012 (même taux partiel déjà attesté du 16 novembre au 23 décembre 2011 par son généraliste traitant). L'intéressée est financièrement soutenue, depuis le 1^{er} mars 2014, par les services sociaux (pour tout ce qui précède: dossier [dos.] AI 1; 7; 8/3-4 ch. 2.14; 12/3 ch. 1.6; 19.1/2; 23/1; 48).

Dans le courant juillet 2012 (demande datée du 10 juillet 2012), l'assurée s'est annoncée à l'assurance-invalidité (AI) en vue de mesures professionnelles et d'une rente en invoquant une hernie discale en L4-L5 remontant à fin 2010.

B.

A réception de cette demande, l'Office AI Berne a notamment clarifié la situation médicale en sollicitant l'appréciation du médecin traitant (régulièrement actualisée par la suite) et a demandé à pouvoir consulter le dossier de l'assureur de la perte de gain en cas de maladie. Par le biais de ce dernier, il a reçu copie de rapports médicaux émanant d'un spécialiste en rhumatologie auprès d'un hôpital universitaire, ainsi que d'une décision du 29 octobre 2012 par laquelle le même assureur réduisait de 50% dès le 12 novembre 2012 le montant de l'indemnité journalière qu'il avait allouée, à partir du 3 octobre 2011, sur la base d'une incapacité de travail entière.

En date du 13 février 2013, l'Office AI a accordé à l'assurée une aide au placement et, en vue de déterminer les aptitudes à sa réadaptation professionnelle, a mis en place une observation professionnelle du 11 mars au 9 juin 2013 auprès d'un centre Orif. La demande de mesures professionnelles a été rejetée, en l'état, le 19 septembre 2013 par communication écrite du même office, lequel, après s'être enquis de l'avis de son service médical régional (SMR), a nié le droit à une rente (degré d'invalidité de 30%) selon un préavis du 27 août 2014. En dépit des objections de l'intéressée, ce prononcé provisoire a été entièrement confirmé dans une décision formelle rendue le 7 octobre 2014.

C.

Par acte du 4 novembre 2014, l'assurée, représentée par une mandataire, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Elle conclut préalablement à l'octroi de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice ainsi qu'à celui d'une expertise judiciaire, matériellement à l'annulation de la décision contestée moyennant, à titre principal, l'octroi d'un trois quarts de rente dès le 1^{er} janvier 2013 et le renvoi du dossier à l'Office AI pour mise en œuvre des mesures de reclassement et d'aide au placement et, subsidiairement, le renvoi du dossier au même office pour instruction complémentaire, expertise médicale et nouvelles décisions AI, le tout sous suite des frais et dépens. En date du 18 novembre 2014, elle a complété sa requête d'assistance judiciaire en produisant la formule idoine dûment remplie ainsi que diverses pièces justificatives.

L'intimé a renoncé le 16 décembre 2014 à présenter une réponse, se limitant à renvoyer à sa décision contestée et à conclure au rejet du recours. Par courrier du 12 janvier 2015, la mandataire de la recourante a fait parvenir sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision du 7 octobre 2014 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et refuse à la recourante le droit à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et, principalement, l'octroi d'un trois quarts de rente dès le 1^{er} janvier 2013 ainsi que le renvoi du dossier à l'Office AI pour mise en œuvre des mesures de reclassement et d'aide au placement, ou à titre subsidiaire, sur le renvoi du dossier au même office pour instruction complémentaire, expertise médicale et nouvelles décisions.

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 et représentée par une mandataire dûment constituée, 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 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). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (cf. art. 16 LPGA).

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).

2.3 L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA).

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

2.4 L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 138 V 218 c. 6).

3.

La recourante reproche à l'intimé une instruction «totalement lacunaire» de son cas et, à défaut dès lors pour le SMR d'être en mesure de livrer une synthèse de documents médicaux complets au dossier de la cause, dénie toute valeur probante à l'appréciation de ce service médical.

3.1 Les premiers éléments relatifs à la situation médicale de l'assurée ressortent du dossier de l'ancien assureur de la perte de gain en cas de maladie. Dans un premier rapport du 24 février 2012, le généraliste traitant, par ailleurs spécialiste en anesthésiologie, a fait état d'hernies discales au plan lombaire, de lombo-sciatalgies ainsi que d'une dépression psychique sous traitements, respectivement, antalgique et antidépresseur. Il attestait alors d'une reprise du travail à 100% dès le 24 janvier 2012 dans l'emploi usuel et précisait qu'une activité moins pénible était raisonnablement exigible à partir du 1^{er} février 2012, sans être cependant à même d'en indiquer le pourcentage, ni le genre (seules les exigences générales quant aux tâches offertes étant définies au moyen du questionnaire AI ad hoc pré-formulé; dos. AI 5.2/9 ch. 6 et 11). Il indiquait en outre ne pas être à même de s'exprimer quant aux éventuelles mesures d'ordre professionnel propres à améliorer la capacité de gain (dos. AI 5.2/9 ch. 12). A son appréciation était joint un rapport du 15 mars 2011 d'un spécialiste en rhumatologie dont il ressortait un diagnostic principal de syndrome lombo-vertébral chronique résistant aux thérapies en présence d'une dégénérescence facettaire avancée en L5/S1 et L4/5 et, à titre secondaire, un abus de nicotine, une dépression traitée par voie médicamenteuse ainsi qu'un status après hystérectomie. Aucune évaluation de la capacité de travail ne ressortait de cette appréciation spécialisée qui rapportait au surplus le résultat d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) pratiquée le 25 février 2011 et faisant état de modifications dégénératives marquées au niveau des articulations facettaires bilatérales L5/S1 et L4/L5, d'une protrusion discale L4/5, de foramens libres, d'un large espace spinal et d'un kyste méningé à la hauteur du sacrum droit (rapport d'IRM également joint au dossier AI). En date du 13 juin 2012, le généraliste de l'assurée a confirmé ses précédents diagnostics, excepté la dépression dont il n'a plus fait état (pas davantage non plus du traitement médicamenteux prescrit à cet effet). Il a encore mentionné que l'activité usuelle n'était plus exigible qu'à 50%, respectivement, en précisant uniquement les exigences générales, qu'un emploi moins contraignant était encore possible, sans en préciser ni le genre ni le pourcentage («difficile à évaluer»; dos. AI 5.2/2 ch. 6 et 11).

Dans le cadre de ses propres mesures d'instruction de la demande AI, l'intimé s'est enquis de l'appréciation du généraliste traitant qui a diagnostiqué, courant août 2012, une spondylarthrose, une hernie discale L4/5 et L5/S1 ainsi que des lombo-sciatalgies influençant négativement la capacité de travail à compter de janvier 2010 et, sans influence sur cette dernière, une dépression psychique présente depuis longtemps. Toujours d'après cette source, l'emploi usuel demeure exigible à 50% moyennant une baisse de rendement supplémentaire liée aux douleurs et un changement de fonction est propre à améliorer les restrictions qui requièrent de pouvoir alterner les différentes positions, de ne pas devoir se pencher, ni travailler avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie et à genoux, ni encore de soulever et porter des charges ou de monter sur une échelle ou un échafaudage. Le médecin généraliste a confirmé ses conclusions dans un rapport intermédiaire AI du 7 juin 2013, en soulignant la nécessité de trouver une nouvelle activité professionnelle. Son ultime rapport intermédiaire AI courant juin 2014 a réaffirmé ces dernières exigences, mais complété l'évaluation diagnostique en ce sens que la dépression psychique a été désormais rangée parmi les diagnostics influençant négativement la capacité de travail.

3.2 Pour sa part, le SMR, lors d'une première évaluation rudimentaire du dossier à fin novembre 2012 destinée à déterminer la voie à suivre, a fait état d'une hernie discale L4/5 et attesté d'une perte de rendement de 30% (en raison des pauses accrues imposées par les douleurs) dans une activité à temps complet adaptée aux problèmes de dos de l'assurée, à savoir un emploi corporellement léger permettant d'alterner les positions (assise, debout et à la marche) et n'impliquant pas de soulever ou de porter des charges de plus de 10 kg (constatations y relatives émises par un médecin praticien ou spécialiste en médecine générale [les qualifications professionnelles ne peuvent être retracées de façon exacte au moyen des informations disponibles sur le site www.doctorfmh.ch]).

Dans un rapport médical ultérieur en date du 24 juillet 2014, le SMR, par l'entremise d'un spécialiste en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome lombo-vertébral récidivant associé à une dégénérescence facettaire avancée en L4/5 et

L5/S1 et une hernie discale L4/5 et L5/S1 et, sans influence sur les aptitudes professionnelles, une dépression traitée par voie médicamenteuse, un status après hystérectomie ainsi qu'une adiposité. Attestant d'une résistance à l'effort réduite au niveau de la colonne vertébrale lombaire, le même médecin a confirmé le profil d'exigibilité défini à fin novembre 2012 par son confrère du SMR. Il a au surplus précisé que la problématique lombaire était apparue en 2010 et que la dépression, présente depuis longtemps, était stabilisée par traitement médicamenteux selon les indications du rhumatologue, respectivement, d'après le rapport d'août 2012 du généraliste traitant, qu'elle n'influçait pas la capacité de travail. Aussi, de l'avis du SMR, le diagnostic de dépression ne relève pas de l'AI et ce fait serait corroboré par l'incapacité de travail continue à 50% attestée par le généraliste traitant.

4.

Les rapports médicaux au dossier divergent quant à l'appréciation de la capacité de travail par le généraliste traitant, d'une part, qui conclut à un pensum résiduel de 50% dans un emploi adapté au handicap et le SMR, d'autre part, lequel atteste d'une capacité de travail à 70% sans avoir procédé à un examen clinique.

4.1 Pour revêtir une valeur probante comparable à celle d'autres expertises, les rapports du SMR doivent satisfaire aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (c. 2.2 supra), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales requises (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]). Il n'est en revanche pas strictement nécessaire que la personne assurée soit examinée personnellement. D'après l'art. 49 al. 1 phr. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) en effet, les SMR peuvent au besoin seulement procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Dans les autres cas, ils sont parfaitement fondés à s'appuyer sur le dossier médical pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Tel est notamment le cas lorsqu'il s'agit

principalement d'apprécier un état de fait médicalement établi et que la confrontation directe du médecin avec la personne assurée passe au second plan (TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références). Sous l'angle de l'appréciation des preuves, il y aura néanmoins lieu de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance doit être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée par l'AI. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée devront alors également être pris en considération. Si les constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3a/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 c. 4.4-4.6).

4.2 La fiabilité de l'avis du SMR est en l'occurrence d'emblée mise en doute par le fait que le médecin consulté au sein de ce service, en sa qualité de chirurgien orthopédique FMH, ne dispose pas de toutes les qualifications spécialisées nécessaires à l'appréciation des plaintes psychiques ici également concernées (voir TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 avec références; JTA AI 2012/174 du 7 décembre 2012 c. 4.1.2). Sur ce dernier plan médical, son appréciation, qui nie le caractère invalidant de l'état dépressif au vu du seul rapport d'août 2012 du généraliste traitant déniait à cette affection une influence sur la capacité de travail, est contredite par les dernières conclusions du même généraliste qui range désormais la dépression parmi les affections ayant des répercussions sur les aptitudes professionnelles de sa patiente. A cet égard, le fait que le même médecin ait continué d'attester un taux constant d'incapacité à 50% n'est nullement incompatible avec l'évolution observée dans son appréciation diagnostique. L'incapacité de travail fait médicalement état des restrictions encourues par une personne dans sa profession ou son domaine d'activité usuel en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale et/ou psychique. Cette notion peut ainsi couvrir plusieurs réalités médicales, sans qu'il soit besoin de déterminer l'ampleur des restrictions propres à chacune d'entre elles. En d'autres termes, ce

n'est pas une approche fragmentaire des affections concernées dont les empêchements s'additionneraient entre eux qui définit le taux d'incapacité de travail, mais une prise en compte globale des limitations induites par l'état de santé de la personne assurée. Des aptitudes professionnelles dans une mesure de 50% reconnues à une personne atteinte au plan somatique peuvent ainsi parfaitement permettre à cette dernière de surmonter, dans les mêmes proportions d'exigibilité, les restrictions induites par un trouble psychique dont elle serait par ailleurs atteinte.

Le fait, certes souligné par l'ancien rhumatologue traitant, que la problématique dépressive ait pu être contrôlée ou contenue par médication ne permet pas une autre conclusion, à défaut d'une spécialisation au plan psychiatrique de ce médecin propre à conférer à ses observations (de surcroît anciennes) une portée contraignante. Dès le départ, le généraliste traitant évoquait au reste la nécessité d'aménager «une place de travail calme» (élément pré-formulé du questionnaire médical AI encerclé par lui; dos. AI 12/6) à sa patiente, contrainte qui ne pouvait manifestement être dictée par les seules plaintes rhumatologiques de celle-ci. Sans autres investigations spécialisées alors même que la présence d'une atteinte psychique propre à influencer la capacité de travail à un degré de vraisemblance prépondérante (c. 2.4 supra) aurait déjà nécessité un examen personnel de l'assurée sur ce plan, le SMR ne pouvait par conséquent d'emblée restreindre son examen des exigences professionnelles au seul volet somatique du tableau clinique. De surcroît, ce dernier aspect n'apparaît pas non plus instruit à satisfaction par le SMR, à mesure que les exigences reconnues de ce point de vue sont contredites à la fois par les conclusions du généraliste traitant et celles du centre Orif attestant d'un taux de présence moyen de 42%, sans augmentation possible pendant la durée de la mesure d'observation professionnelle. Certes, les constatations des organes de l'orientation professionnelle relatives à la capacité résiduelle de travail ne revêtent pas une force probante comparable à celles qui procèdent de médecins (JTA AI 2011/1125 du 27 avril 2012 c. 3.3 avec références citées). L'appréciation du centre Orif émane néanmoins d'une institution de l'AI dont la fonction est de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure la personne est à même de mettre en valeur une capacité

de travail et de gain sur le marché du travail. Dans la mesure où cette appréciation diverge sensiblement de celle des experts médicaux, il y a à tout le moins lieu de confronter celles-ci, en requérant au besoin un complément d'instruction de la part de l'institution concernée de l'AI ou des médecins mandatés (pour tout ce qui précède: TF I 35/03 du 24 octobre 2003 invoqué dans le recours, c. 4.3 avec références citées). Au reste, le rhumatologue traitant recommandait quant à lui également une évaluation des aptitudes fonctionnelles de l'assurée.

4.3 On ne saurait par ailleurs admettre que le spécialiste du SMR avait uniquement à apprécier en l'occurrence un état de fait médicalement établi, respectivement que les documents recueillis à cet effet auprès du généraliste traitant et de l'assureur de la perte de gain en cas de maladie revêtaient une force probante suffisante pour compenser, cas échéant, l'absence d'examen personnel à la base de l'appréciation de ce service médical. La jurisprudence du Tribunal fédéral (TF) n'admet du reste qu'avec circonspection, en cas de litige, la force probante des constatations des médecins traitants, 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. 4.5 avec la référence citée). L'appréciation du généraliste de l'assurée n'est pas d'emblée exempte de contradictions, à mesure que ce médecin n'a jamais nié la pénibilité de l'emploi usuel et attesté de restrictions importantes liées à son exercice, mais néanmoins continué à attester de l'exigibilité de cet emploi mal profilé pour les handicaps de sa patiente. Le même généraliste n'a en outre nullement justifié son impossibilité à apprécier la capacité de travail pourtant reconnue en tant que telle dans un emploi moins pénible que la profession d'origine, ni à spécifier le type d'activités concrètement envisageables de ce point de vue. Il se limite à définir la catégorie des tâches envisageables (offrant d'alterner les postures et d'effectuer des rotations en position assise et debout, moyennant au surplus la possibilité préservée de monter des escaliers) en cochant trois fois la réponse positive (et neuf fois la variante négative) sur le questionnaire médical de l'AI (dos. AI 12/6). De surcroît, il revient sur ces exigibilités, déjà succinctes, dans

son ultime rapport médical AI courant septembre 2014, refusant désormais de remplir la grille des critères ad hoc («pas possible évaluer»; dos. AI 51/6).

Les informations du généraliste traitant à l'attention de l'assureur de la perte de gain en cas de maladie ne sont au reste pas non plus exemptes de contradiction. Ainsi, bien qu'attestant à l'origine (février 2012) un rendement normal dans une activité adaptée aux handicaps, à savoir un emploi excluant de soulever ou porter des charges de plus de 2 kg et de maintenir les postures debout, assise ou à la marche au-delà de deux heures par jour, le même médecin a néanmoins fait état d'un rythme de travail réduit de 2% (dos. AI 5.2/9). Par rapport à ses constatations initiales évoquant des limitations d'ordre à la fois somatique et psychique dans l'activité exercée jusqu'alors, il n'a plus mentionné de restrictions sur ce second plan dans son rapport ultérieur du 3 juin 2012, évoquant pourtant à nouveau cette problématique psychique (présente «depuis longtemps») et sa thérapie médicamenteuse quelque deux mois plus tard dans son premier rapport AI. Dans l'intervalle, un inspecteur des sinistres auprès du même assureur de la perte de gain, sur la base d'une discussion le 10 juillet 2012 avec l'assurée, évoquait pourtant toujours la prise d'un traitement antidépresseur (dos. AI 5.2/5). Dans son appréciation précitée du 3 juin 2012, le généraliste traitant a de surcroît plus largement décrit les exigences offertes par comparaison avec son précédent rapport médical et ce, alors même que ses propres constatations avaient dans l'intervalle évolué jusqu'à exclure une reprise de l'emploi usuel à temps complet (seul un pensum résiduel de 50% étant désormais admis; cpr. dos. AI 5.2/2 ch. 11 avec dos. AI 5.2/9 ch. 11).

4.4 Sur la base d'un état de fait médical aussi peu éclairci, l'évaluation du SMR ne peut manifestement emporter conviction, d'autant qu'elle est elle-même d'emblée affaiblie par le fait, notamment, d'écarter beaucoup trop tôt la problématique psychique attestée au dossier et ses possibles répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Or, il y a lieu sous l'angle de l'appréciation des preuves de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance doit être tranché sans qu'une expertise externe n'ait été préalablement ordonnée (c. 4.1 supra), laquelle, en tant que

première mesure d'investigation approfondie de l'administration, devrait au surplus être en principe pluridisciplinaire (TF 9C_207/2012 du 3 juillet 2013 c. 3.2). Aussi, l'intimé, en s'appuyant dans sa décision sur la seule appréciation médicale du SMR et en ne veillant pas à clarifier les incertitudes et les contradictions qui s'en dégagent par rapport aux conclusions du généraliste traitant, a violé le principe inquisitoire (c. 2.3 supra). Une vraisemblance prépondérante ne peut être prêtée à l'appréciation du SMR. Il se justifie dès lors d'annuler la décision querellée et de renvoyer le dossier à l'Office AI en vue d'une instruction médicale complémentaire, par le biais d'une expertise qui appréhendera, à tout le moins, les plans à la fois rhumatologique et psychiatrique concernés et, quant à ce second aspect médical, veillera si besoin à intégrer le catalogue d'indicateurs qui résulte de la nouvelle jurisprudence du TF en matière d'évaluation du droit à une rente de l'AI en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281).

Une fois en possession de ces nouvelles données médicales, l'intimé déterminera le degré d'invalidité et ses éventuelles fluctuations, en veillant de plus à examiner la question de l'abattement sur le revenu statistique d'invalidé tant en relation avec une éventuelle incapacité de travail que par rapport à une éventuelle perte de rendement attestée(s) par les experts (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3; TF 8C_463/2015 du 24 septembre 2015 c. 2 et 3). En se fondant sur le ou les degré(s) d'invalidité qu'il aura ainsi calculé(s), il rendra ensuite (après dû préavis) une nouvelle décision se prononçant sur un éventuel droit à une rente et qui sera sujette à recours devant le TA. 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. Il est d'ailleurs à juste titre requis par la recourante dans ses conclusions (subsidiaires). Une instruction au niveau du TA violerait le droit d'être entendue de l'assurée et la priverait d'une instance de décision (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4); elle aurait pour conséquence en outre de restreindre les investigations à mener à la date de la décision ici contestée.

5.

Au vu de ce qui précède, la décision du 7 octobre 2014 doit être annulée et le dossier de la cause renvoyé à l'Office AI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

5.1 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). La recourante étant représentée en procédure par une mandataire professionnelle, elle a droit au remboursement de ses dépens (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 12 janvier 2015, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA en cas de représentation par un organisme de conseils juridiques reconnu d'utilité publique (tarif horaire de Fr. 130.-; voir notamment la circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales en cas de telle représentation, visible sur le site www.justice.be.ch/ta -> Téléchargements & publications), sont fixés à un montant de Fr. 1'262.50 (honoraires: Fr. 1'131.-; débours: Fr. 38.-; TVA: Fr. 93.50).

5.2 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). La requête d'assistance judiciaire, limitée aux frais de procédure, perd dès lors son 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 Berne versera à la recourante la somme de Fr. 1'262.50 (débours et TVA compris) à titre de dépens pour la procédure
4. La requête d'assistance judiciaire 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).