

200.2020.84.AI
N° AVS
BEP/REN

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

Jugement du 23 avril 2021

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
Ph. Berberat, greffier

A. _____

recourante

contre

Office AI Berne

Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne

intimé

relatif à une décision de ce dernier du 23 janvier 2020



En fait:

A.

A. _____, née en 1964, mère de trois enfants, dont le cadet encore à sa charge, a travaillé à plein temps en tant qu'ouvrière pour la même entreprise horlogère de 1993 à janvier 2010. Par la suite, elle a connu des périodes de chômage, travaillé dans des emplois temporaires et aussi à temps partiel dans le nettoyage. Elle a subi une période d'incapacité de travail totale pour raisons de santé du 27 novembre 2015 au 2 janvier 2017. Une reprise du travail à un taux d'occupation réduit pendant un certain temps n'a pas pu être pérennisée. L'assurée bénéficie de prestations d'aide sociale depuis avril 2012. Le 29 janvier 2010, elle a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office AI Berne, qui a été rejetée par décision de ce dernier du 12 octobre 2010, considérant que selon les rapports médicaux figurant au dossier, l'intéressée ne présentait plus d'incapacité de travail depuis le 1^{er} février 2010. La deuxième demande de prestations de l'AI, introduite le 20 novembre 2013 par l'assurée, a abouti à l'octroi, par communication de l'Office AI Berne du 22 avril 2014, d'une aide au placement en vue de la recherche d'un emploi, à laquelle l'office prénommé a mis fin par communication du 7 août 2015, constatant que l'assurée avait trouvé un travail à temps partiel et qu'elle exerçait en outre une activité bénévole.

B.

Le 5 janvier 2018, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations de l'AI, indiquant souffrir de douleurs permanentes après avoir été opérée au genou droit, avec la pose d'une prothèse. Saisi de la demande, l'Office AI Berne l'a instruite en requérant notamment des informations auprès des médecins ayant traité l'assurée ainsi qu'un rapport circonstancié du 14 décembre 2018 auprès d'une spécialiste en médecine interne de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR). L'office a encore procédé à des investigations complémentaires en organisant le 11 avril 2019 une enquête au domicile de l'assurée; le rapport

d'enquête a été produit le 26 juillet 2019. Par préorientation du 6 septembre 2019, l'Office AI Berne a communiqué à l'assurée qu'il entendait lui refuser une rente d'invalidité, considérant que ses investigations avaient révélé qu'elle n'était pas restreinte dans son activité lucrative au point de fonder un droit à une rente. Nonobstant les objections de l'assurée reçues par l'Office AI Berne en date du 20 septembre 2019, ce dernier, par décision formelle du 23 janvier 2020, a confirmé son refus d'allouer une rente, pour les mêmes motifs que ceux de la préorientation du 6 septembre 2019.

C.

Par acte posté le 29 janvier et complété les 10 et 20 février 2020, l'assurée a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision précitée du 23 janvier 2020, concluant implicitement à son annulation et à un complément d'instruction médicale consistant dans une expertise auprès d'un médecin de l'AI. Elle a par ailleurs requis le bénéfice de l'assistance judiciaire en ce qui concerne les frais de procédure. Dans son mémoire de réponse du 6 mars 2020, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours, se référant à deux prises de position respectives des 22 février et 2 mars 2020 d'un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie et de la spécialiste en médecine interne en charge du dossier du SMR.

En droit:

1.

1.1 La décision du 23 janvier 2020 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 sur l'annulation de cette décision et l'octroi d'une rente. La recourante conteste en particulier l'évaluation de l'invalidité basée sur l'estimation de sa capacité de travail par le SMR et requiert un examen personnel par les médecins de l'AI.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes minimales prescrites et par une partie disposant de la qualité pour recourir, 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 du 19 juin 1959 sur l'AI [LAI, RS 831.20] et art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

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

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 exigibles (art. 7 al. 1 LPGA, teneur en français corrigée au 1^{er} janvier 2021 mais qui n'apporte pas de modification matérielle par rapport à la teneur antérieure formellement applicable; art. 83 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1).

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

2.2 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.3 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 d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1). Il incombe tout d'abord au médecin (expert) d'évaluer l'état de santé et, si nécessaire, de décrire son évolution dans le temps, c'est-à-dire de réunir

les résultats des investigations en procédant à un examen médical selon les règles de l'art, en tenant compte des plaintes subjectives, puis de poser un diagnostic en se fondant sur ces résultats. En cela, l'expert accomplit sa tâche spécifique, pour laquelle l'administration et les tribunaux ne sont pas compétents. Le médecin n'a en revanche pas la compétence de statuer en dernier ressort sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Il se contente bien plus de prendre position sur l'incapacité de travail, à savoir de procéder à une évaluation qu'il motive de son point de vue le plus substantiellement possible. En fin de compte, les données fournies par le médecin constituent un élément important pour l'appréhension juridique de la question des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré. Au besoin, afin de déterminer la capacité économiquement exploitable, il convient de recourir, en complément du dossier médical, aux spécialistes de l'intégration et du conseil professionnels (ATF 140 V 193 c. 3.2; SVR 2017 IV n° 75 c. 4.1.1).

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 moyens de preuve disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

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 144 V 427 c. 3.2).

2.5 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui

ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1).

3.

3.1 A l'appui de la décision contestée, l'Office AI Berne s'est référé au rapport de son Service des enquêtes du 26 juillet 2019 ainsi qu'à celui de son SMR du 14 décembre 2018. Dans le premier d'entre eux, l'enquêtrice a notamment constaté que sans son atteinte à la santé, pour subvenir à ses besoins et à ceux de son fils, l'assurée aurait poursuivi son activité lucrative en qualité d'ouvrière à 100%. Dans son rapport du 14 décembre 2018, la spécialiste en médecine interne du SMR a retenu comme diagnostics influençant la capacité de travail une gonarthrose des deux côtés avec, au genou droit, la présence depuis le 25 juillet 2016 d'une prothèse cimentée sans remplacement patellaire, complétée par une opération patellaire effectuée le 12 mars 2018, une ostéotomie ayant déjà eu lieu le 31 mai 2013, ainsi qu'une arthroscopie après pseudoarthrose le 10 décembre 2013, et au genou gauche, un status après ostéotomie entreprise en avril 2010. Sans influence sur la capacité de travail, un syndrome du tunnel carpien des deux côtés a été relevé, ainsi qu'un hallux valgus à droite opéré le 26 août 2009, une hypercholestérolémie, des attaques de panique et une claustrophobie (ch. F40.01 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]). S'agissant de la capacité de travail, la spécialiste indique que l'activité de nettoyage d'immeuble et de ménage n'est plus possible depuis mai 2013, lorsqu'il s'était avéré évident qu'une opération était devenue inévitable. En revanche, elle estime que des travaux légers à exceptionnellement moyennement lourds, en position alternée ou principalement assise, avec port de charges régulier de 5 kg au maximum, sont exigibles à raison de 8,5 heures par jour, sans réduction de rendement supplémentaire et en évitant les activités comprenant essentiellement la position debout et la marche, les positions contraignantes, les travaux en position penchée en avant, accroupie et à genoux, la marche sur terrain accidenté, les longues marches à la descente, le saut d'une hauteur, le fait de monter sur une échelle ou un

échafaudage, de monter fréquemment les escaliers, ainsi que l'exposition au froid, à l'humidité et aux courants d'air. Selon la spécialiste du SMR, une telle activité adaptée à l'état de santé reste exigible à 100%.

3.2 Pour sa part, la recourante conteste le refus de rente et demande une expertise médicale auprès d'un médecin de l'AI. Elle affirme vouloir travailler mais ne plus le pouvoir. Elle déclare en substance ne plus être en mesure d'effectuer les choses les plus simples, telles que monter les escaliers, porter des charges lourdes, se mettre à genou ou rester assise plus de 20 minutes, et désire savoir sur la base de quels critères une rente est accordée.

4.

4.1 Au cours de la présente procédure de recours de droit administratif, la recourante a produit deux rapports médicaux de la clinique d'orthopédie de l'Hôpital B._____ des 1^{er} février et 6 septembre 2019, qui résument l'évolution de son état de santé. Dans son mémoire de réponse du 6 mars 2020, l'intimé a précisé qu'il n'avait pas eu connaissance de ces deux rapports auparavant. Les diagnostics posés dans le plus récent des deux rapports en question sont les suivants:

1. gonarthrose médiale avancée au genou gauche;
2. status après arthrotomie au genou droit le 12 mars 2018, comprenant une résection de cicatrice et un remplacement patellaire, après:
 - un décubitus cartilagineux postérieur à l'implantation, le 25 juillet 2016, d'une prothèse totale du genou droit sans remplacement patellaire,
 - un status après ostéotomie de valgisation tibiale le 31 mai 2013,
 - un status après opération, le 10 décembre 2013, d'assainissement d'une pseudoarthrose,
 - un status après enlèvement de pièces métalliques le 27 novembre 2015 et
 - un status après arthroscopie du genou le 15 avril 2016;

3. status après opération du tunnel carpien à gauche le 26 juillet 2018.

Dans leur anamnèse, les médecins cliniciens indiquent que leur patiente est satisfaite de la dernière opération au genou droit, mais qu'elle souffre maintenant du genou gauche, dont elle souhaite être opérée en avril 2020. Les deux rapports précités ne se prononcent pas quant à la capacité de travail de la patiente.

4.2 Confronté aux deux rapports cités ci-dessus, l'intimé a invité son SMR à prendre position à leur égard et à évaluer une nouvelle fois les atteintes à la santé de la recourante et leurs répercussions sur sa capacité de travail.

4.2.1 Dans un rapport du 22 février 2020, un spécialiste en chirurgie orthopédique du SMR a constaté, au vu du dossier, une résistance durablement diminuée des deux genoux, et estimé que l'évolution consignée dans le dossier était plausible et ne révélait pas d'incohérences. Il considère que le profil d'exigibilité formulé par sa consœur dans le rapport du 14 décembre 2018 restait valable et ce, depuis la date déjà établie du 1^{er} mai 2013, tout en relevant qu'il y avait eu depuis lors des périodes d'incapacité de travail totale, même pour des activités idéalement adaptées à la pathologie:

- du 31 mai 2013 (date de l'ostéotomie de repositionnement du tibia droit) au 6 mars 2014 (fin du traitement après correction d'une pseudoarthrose du tibia droit le 10 décembre 2013, selon le rapport de consultation du 2 avril 2014);
- du 27 novembre 2015 (ablation du matériel d'ostéosynthèse) au 26 décembre 2015 (convalescence postopératoire);
- du 15 avril 2016 (arthroscopie du genou droit pour douleurs au repos, arthroplastie totale du genou droit le 25 juillet 2016) au 1^{er} janvier 2017 (reprise du travail comme femme de ménage, selon le rapport de consultation du 20 février 2017);
- et du 12 mars 2018 (date du resurfaçage prothétique postérieur de la rotule droite) au 19 août 2018 (selon le rapport de consultation du 31 juillet 2018).

Le spécialiste en chirurgie orthopédique déclare que l'arthroplastie du genou gauche prévue pour avril 2020 entraînera à nouveau plusieurs mois d'incapacité de travail pour toute activité, mais qu'après cela, en revanche, le profil d'exigibilité actuel devrait à nouveau être valable s'il n'y a pas de complications postopératoires. Il estime par ailleurs qu'une expertise orthopédique supplémentaire n'est pas nécessaire, la situation médicale étant claire, le parcours de traitement étant documenté sans lacunes et aucune question ne restant en suspens du point de vue orthopédique. Invité en outre par l'intimé à répondre à la question de savoir si le délai de sept mois entre la formulation de l'indication de l'opération du genou gauche, dans le rapport précité de la clinique d'orthopédie du 6 septembre 2019, et la date prévue en avril 2020 était compatible avec la grande souffrance invoquée, l'orthopédiste précise que l'indication chirurgicale était posée en tenant compte de l'anamnèse et des observations cliniques et radiologiques, et que le moment de l'opération était proposé à l'assurée en fonction de sa souffrance. Il est d'avis qu'apparemment, au moment où l'indication de l'arthroplastie du genou gauche a été posée, l'assurée ne souffrait pas assez pour consentir à être opérée rapidement, le spécialiste traitant ayant consigné les observations suivantes dans son rapport: "démarche prudente mais stable. Appui unipodal possible sans problème à gauche", et la mobilité du genou gauche étant bonne à l'époque. Il conclut que le profil d'exigibilité reste valable jusqu'à l'opération, et qu'il ne semble pas nécessaire de demander à l'orthopédiste traitant des renseignements actualisés.

4.2.2 Dans sa prise de position complémentaire du 2 mars 2020, la spécialiste en médecine interne du SMR en charge du dossier de l'assurée a déclaré quant à elle que, comme l'indique l'appréciation de son confrère orthopédiste du 22 février 2020, aucune raison de revenir sur l'appréciation faite dans son rapport du 14 décembre 2018 ne ressortait des deux rapports de la clinique d'orthopédie des 1^{er} février et 6 septembre 2019. Elle conclut elle aussi que le profil d'exigibilité posé le 14 décembre 2018 restait valable, car il tenait suffisamment compte de la diminution durable de la résistance des genoux, même dans l'optique de l'opération du genou gauche prévue pour avril 2020. Elle ajoute que, comme son confrère orthopédiste l'a également noté, cette intervention entraînera une

incapacité de travail totale de plusieurs mois, mais pas permanente, pour toute activité, et que le profil d'exigibilité sera à nouveau acceptable après la fin de la phase de cicatrisation postopératoire.

5.

5.1 Cela étant, il s'agit tout d'abord d'examiner la valeur probante du rapport du SMR du 14 décembre 2018, sur lequel s'est entièrement fondé l'Office AI Berne pour rendre la décision contestée.

5.2 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

5.3 Pour autant que les rapports du SMR satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertises médicales (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires, ils ont une valeur probante comparable à celle d'autres expertises (SVR 2018 IV n° 4 c. 3.2, 2009 IV n° 53 c. 3.3.2). Selon la jurisprudence, les expertises réalisées sur la seule base du dossier ne peuvent être remises en doute si les pièces au dossier fournissent une image complète de l'anamnèse, de l'évolution et du status actuel et si ces données sont incontestées. Les résultats des examens doivent être exhaustifs. L'expert doit être en mesure de se faire, sur la base des documents à disposition, une image complète et exhaustive (RAMA 2006 p. 170 c. 3.4, 1988 p. 366 c. 5b). Si toutefois un cas d'assurance devait être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée, il convient alors de poser des exigences sévères en matière d'appréciation des preuves. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne

assurée doivent également être pris en considération. Si les conclusions des 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 alors 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 142 V 58 c. 5.1, 135 V 465 c. 4.4 à 4.6).

5.4 En l'occurrence, sur le plan purement formel, le rapport daté du 14 décembre 2018 de la spécialiste en médecine interne du SMR sur lequel s'est fondé l'intimé pour rendre la décision contestée n'est pas critiquable. Il intègre les diagnostics posés par les spécialistes consultés par la recourante, de même que les limitations fonctionnelles qui en découlent, s'agissant de la capacité de charge limitée des deux genoux et des douleurs qui en résultent. Par ailleurs, les avis médicaux antérieurs des médecins traitants de l'assurée ont été énumérés et pris en considération, démontrant une étude approfondie et consciencieuse du dossier. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions de cette spécialiste sont motivées et étayées. Finalement, ses qualifications médicales (en médecine interne) ne prêtent pas flanc à la critique pour l'appréciation du cas d'espèce (ce qui n'est du reste pas contesté).

5.5 Du point de vue matériel, il convient premièrement de constater que les conclusions de la médecin du SMR ont été pleinement confirmées de manière convaincante et dûment motivée par son confrère spécialiste en chirurgie orthopédique dans son rapport précité du 22 février 2020, après avoir été appelé par l'intimé à se prononcer sur le cas de la recourante au cours de la présente procédure. En ce sens, c'est de façon pleinement cohérente que la spécialiste en médecine interne du SMR a repris le profil d'exigibilité posé dans son rapport du 14 décembre 2018, qui tient précisément compte des limitations fonctionnelles mentionnées par les médecins traitants de la recourante dans leurs rapports antérieurs. A cet égard, les deux derniers rapports des 1^{er} février et 6 septembre 2019 du spécialiste en orthopédie ayant opéré la recourante, produits à l'appui de son recours, comme déjà relevé plus haut, ne fournissent aucune

évaluation de la capacité de travail. Au surplus, il faut souligner que le rapport antérieur du même spécialiste du 31 juillet 2018, qui prenait en considération l'opération au genou droit du 12 mars 2018 et l'opération du tunnel carpien du 26 juillet 2018, concluait à un recouvrement de la capacité de travail de la recourante dans son activité courante, en tenant compte comme seules limitations d'un port de charges restreint à 5 kg et d'un empêchement de monter et descendre régulièrement des escaliers.

5.6 Au vu de ce qui précède, le rapport du SMR du 14 décembre 2018 s'est donc appuyé sur les rapports des médecins traitants de la recourante pour émettre un profil d'exigibilité cohérent au vu des limitations fonctionnelles décrites par ceux-ci, en particulier par le chirurgien orthopédiste qui a opéré l'intéressée. Les conclusions de la médecin du SMR s'agissant du profil d'exigibilité et de la capacité de travail sont dûment étayées et motivées, de sorte que des investigations médicales supplémentaires sont superflues quant à l'établissement de l'état de santé de la recourante le 23 janvier 2020 (appréciation anticipée des preuves: ATF 136 I 229 c. 5.3), date à laquelle la décision litigieuse a été rendue et moment déterminant l'état de fait à prendre en considération pour l'issue du présent litige (voir ci-dessus c. 2.5). Il convient par conséquent d'admettre une pleine capacité de travail de la recourante dans toute activité correspondant au profil d'exigibilité posé dans le rapport du 14 décembre 2018 (voir ci-dessus c. 4.1).

6.

Il convient ensuite d'examiner les conséquences de ces constatations sur le droit de la recourante aux prestations de l'AI.

6.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré 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 (art. 16 LPGA).

Pour déterminer le droit à la rente de la recourante, il s'agit donc de procéder à la comparaison des revenus avec et sans invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b). Les deux revenus doivent être définis en se plaçant aux moments (hypothétiques) de la naissance du droit à la rente et de ses modifications jusqu'à la date de la décision (ATF 143 V 295 c. 4.3.1, 129 V 222).

6.2 En l'espèce, l'Office AI Berne s'est fondé, tant pour le revenu sans invalidité que pour celui avec handicap, sur deux mêmes bases statistiques (en les indexant à 2019) publiées dans l'ESS 2016 et reflétant la valeur centrale des salaires versés aux femmes pour des activités non qualifiées (physiques ou manuelles simples). Ce choix de bases statistiques pour les deux revenus de la comparaison se justifie pleinement. D'après l'extrait de son compte individuel de cotisations sociales (CI) figurant au dossier, il apparaît que les dernières cotisations versées par la recourante à l'AVS/AI en fonction d'une activité lucrative ont été très fluctuantes depuis qu'elle a perdu son emploi à plein temps en 2010 pour des raisons étrangères à l'invalidité (voir ch. 3.3 du rapport d'enquête du 26 juillet 2019); rien ne permet dès lors d'admettre que sans son atteinte à la santé, selon un degré de vraisemblance prépondérante (voir ci-dessus c. 2.4), elle exercerait encore la même activité. La règle voulant que le dernier salaire gagné par la personne assurée, adapté le cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires réels (ATF 139 V 28 c. 3.3.2), serve de référence ne peut donc pas s'appliquer en l'espèce (ATF 144 I 103 c. 5.3 et références). Comme depuis la survenance de l'incapacité de travail, la recourante n'a pas non plus exercé d'activité lucrative régulière durable à plein temps, l'évaluation de son revenu d'invalidité doit aussi se fonder, selon la jurisprudence, sur une base statistique - l'ESS étant communément utilisée dans ce contexte (ATF 143 V 295 c. 2.2 et références). Quant au salaire statistique retenu par l'intimé, il ne peut être critiqué et n'est d'ailleurs pas contesté par la recourante, dans la mesure où elle a toujours exercé des activités non qualifiées, notamment aussi, pendant des années, dans un

emploi essentiellement assis, permettant de se lever, sans charges à porter ni positions ou marche contraignantes et sans exposition au froid ou à l'humidité (voir questionnaire complété le 19 février 2010 par l'entreprise horlogère pour laquelle la recourante a travaillé de 1993 à 2010).

6.3 Lorsque les revenus de valide et d'invalidé doivent être calculés à partir du même salaire statistique, le degré d'invalidité correspond alors au degré de l'incapacité de travail sous réserve d'un éventuel abattement sur le salaire statistique (SVR 2018 UV n° 29 c. 5.2). Il importe peu que les deux revenus soient, chacun selon un même taux, indexés au renchérissement, ou même adaptés au nombre usuel d'heures hebdomadaires pour l'année en cause (les salaires bruts standardisés de l'ESS sont fondés sur un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures; ATF 126 V 75 c. 3b/bb). En l'espèce par conséquent, c'est à bon droit que l'intimé a conclu à un degré d'invalidité de 0%, puisque, du point de vue du droit régissant l'AI, la recourante doit être considérée comme capable d'exercer à plein temps sans limitation de rendement une activité lucrative non qualifiée, comme par le passé. Cela vaut même si l'activité exigible doit dorénavant tenir compte des limitations énumérées dans le profil d'exigibilité établi dans le rapport du SMR du 14 décembre 2018, ces restrictions laissant encore un choix suffisant d'emplois adaptés sur le marché du travail équilibré qui entre en considération (voir ci-dessus c. 2.1).

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et doit être rejeté.

7.2 Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent donc être mis à la charge de la recourante qui n'obtient pas gain de cause (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu de lui allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

7.3 La recourante a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée aux frais de justice.

7.3.1 Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès (art. 111 al. 1 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

7.3.2 Au vu des pièces produites à l'appui de sa requête, la condition financière est manifestement remplie, la recourante bénéficiant de prestations d'aide sociale (ATF 128 I 225 c. 2.5.1). En outre, les chances de succès du recours ne pouvaient être d'emblée niées (ATF 129 I 129 c. 2.3.1, 122 I 267 c. 2b et les références citées). La requête peut dès lors être admise et la recourante mise au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure. Ceux-ci sont provisoirement supportés par le canton.

7.3.3 La recourante doit toutefois être rendue attentive à son obligation de remboursement envers le canton si elle devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272] par renvoi de l'art. 112 al. 2 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire, limitée aux frais de procédure, est admise.
3. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).