

200.2016.1214.AI

BOA/BEJ

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

Jugement du 4 mai 2018

Droit des assurances sociales

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



A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 8 novembre 2016

En fait:

A.

A. _____, née en 1966, assistante dentaire de formation, a travaillé dans sa profession au taux de 80% depuis 1988. Elle a subi l'ablation d'une tumeur cancéreuse et de plusieurs ganglions lymphatiques au sein gauche en juin 2011, puis des traitements de chimiothérapie et radiothérapie ont été administrés entre juillet et décembre 2011. En relation avec cette affection, sur demande d'août 2011, l'assurée s'est vu octroyer, par l'Office AI, la prise en charge d'une perruque à titre de moyen auxiliaire. Déclarée en incapacité de travail à 100%, dès avril 2011, en raison de sa pathologie cancéreuse, elle a aussi déposé, en mars 2012, une demande de mesures professionnelles/rente auprès de l'assurance-invalidité (AI). L'assurée a encore déposé une demande de ce type, datée du 4 et réceptionnée le 10 mars 2014, en indiquant souffrir de dystonie cervicale depuis août 2013. Sur le plan professionnel, le contrat de travail qui liait l'assurée au médecin-dentiste qui l'employait depuis 1988, a été résilié par ce dernier pour le 31 août 2012. Après une période de chômage de septembre 2012 à août 2013, l'assurée a retrouvé un emploi d'assistante dentaire à 75%, qu'elle a occupé du 1^{er} septembre 2013 au 28 février 2014 (contrat de durée déterminée). De mars à décembre 2014, elle a continué à travailler de manière sporadique auprès de son dernier employeur, qui, dès janvier 2015, l'a engagée, pour une durée indéterminée, au taux de 38%.

B.

Saisi de ces demandes, l'Office AI a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins de l'assurée (d'abord, auprès des oncologue, gynécologue et généraliste traitants, puis, subséquentement, auprès de ses neurologues traitants) et d'une médecin généraliste du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui a rédigé son (premier) rapport médical le 6 janvier 2015. L'Office AI a également collecté des informations auprès des employeurs de l'assurée et diligenté une enquête économique sur le ménage, effectuée le 29 mai 2015 au domicile

de l'assurée par une spécialiste du service des enquêtes de l'Office AI (rapport du 18 septembre 2015). Suite à l'annonce d'une péjoration de l'état de santé de l'assurée (novembre 2015), l'intimé a requis un (nouveau) rapport médical auprès des neurologues traitants (avis médical du 16 décembre 2015). Après avoir à nouveau sollicité son SMR, l'Office AI, dans un préavis daté du 15 avril 2016, a informé l'assurée qu'il envisageait de lui octroyer, à partir du 1^{er} avril 2012 et sur la base d'un degré d'invalidité de 88%, une rente entière AI limitée dans le temps (du 1^{er} avril au 30 novembre 2012). En dépit des objections formulées par la recourante, représentée par un mandataire, et après avoir sollicité à nouveau une prise de position médicale de son SMR, l'Office AI, par décision formelle du 8 novembre 2016 (en remplaçant une autre du 25 octobre 2016 après modification concernant les versements sur le paiement rétroactif à des tiers), a confirmé le contenu de son précédent préavis.

C.

Par acte daté du 8 décembre 2016, l'assurée, toujours représentée, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation partielle de la décision du 8 novembre 2016, au constat du bien-fondé de l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril au 30 novembre 2012 et au renvoi de la cause à l'Office AI pour nouvelle décision, portant sur une instruction médicale complémentaire par expertise du droit de la recourante à une rente d'invalidité à compter d'octobre 2013.

Dans sa réponse du 18 janvier 2017, l'Office AI a conclu, principalement, à ce que le TA n'entre pas en matière sur la conclusion visant à constater le bien-fondé de la rente entière d'invalidité octroyée d'avril à fin novembre 2012 et rejette les autres conclusions, subsidiairement, à ce qu'il rejette l'ensemble des conclusions et, en tout cas, mette les frais de la procédure à la charge de la recourante et lui refuse l'allocation de dépens. Les parties ont répliqué et dupliqué les 24 février et 17 mars 2017, maintenant, en

substance, leurs précédentes conclusions. Le mandataire de la recourante a envoyé sa note d'honoraires le 13 avril 2017.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 8 novembre 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et alloue à la recourante une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril au 30 novembre 2012. Il faut dès l'abord rappeler qu'en matière de rente AI, la période couverte par l'objet de la contestation court jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). L'objet du litige porte sur l'annulation partielle de la décision du 8 novembre 2016, au sens où il vise au constat du bien-fondé de l'octroi d'une rente AI d'avril à novembre 2012, et, pour le surplus, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, portant sur un droit de la recourante à une rente AI à raison d'un nouveau problème de santé ayant commencé en octobre 2013. Sont particulièrement critiquées par la recourante les bases médicales sur lesquelles l'Office AI a fondé sa décision et l'application de la méthode mixte au cas d'espèce pour déterminer le degré d'invalidité.

1.2 Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]). Comme le relève l'intimé, il est vrai que la recevabilité d'une conclusion en

constatation est soumise à l'existence d'un intérêt digne d'être protégé au constat qui ne puisse, notamment, pas être préservé par une décision formatrice (ATF 130 V 388 c. 2.4; SVR 2017 FZ n° 1 c. 2.1). Le fait qu'une conclusion comprenne les termes constat ou constater ne suffit pas en soi à lui conférer une nature constatatoire (voir par ex. l'ambiguïté d'une conclusion, formatrice, tendant au constat qu'une décision doit être annulée ou qu'une des parties a droit à l'octroi d'une prestation ou autorisation). Replacée dans son contexte, la conclusion n° 2 de la recourante doit ainsi être comprise comme précisant l'étendue de l'annulation partielle requise à la conclusion n°1 de nature formatrice, à savoir qu'elle demande d'annuler partiellement la décision du 8 novembre 2016 dans la mesure où, pour toute la période qu'elle couvre, elle n'octroie une rente que du 1^{er} avril au 30 novembre 2012 (et que, pour la période subséquente, particulièrement depuis octobre 2013, le dossier doit être renvoyé pour examen d'un éventuel nouveau droit à une rente selon la conclusion n° 3). En ce sens, la conclusion n° 2 doit être considérée comme recevable. C'est au TA de juger dans quelle mesure le caractère partiel (temporel) de l'annulation demandée peut être admis (matériellement) en fonction de la jurisprudence qui veut que l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité temporaire (ici, du 1^{er} avril au 30 novembre 2012 par rapport à la période qui court jusqu'au 8 novembre 2016) règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige et qui implique que, lorsque seule la suppression (ou la réduction) des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413; VSI 2001 p. 274 c. 1a).

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

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

2.

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

2.2 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).

2.3 Selon l'art. 28a al. 3 LAI, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts de l'activité lucrative ou du travail non rémunéré dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; ensuite, le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (méthode dite "mixte" d'évaluation de l'invalidité; ATF 142 V 290 c. 4; TF 9C_752/2016 du 6 septembre 2017 [destiné à la publication] c. 2.1).

2.4 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4). L'expert évalue les capacités fonctionnelles de la personne concernée en fonction des indicateurs pertinents. Les organes d'application du droit vérifient ensuite librement les indications fournies, en particulier le point de savoir si les

médecins ont respecté le cadre normatif déterminant, c'est-à-dire s'ils ont exclusivement tenu compte de déficits fonctionnels qui découlent d'une atteinte à la santé (art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA) et si leur appréciation de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA; ATF 141 V 281 c. 5.2.2).

2.5 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). 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).

3.

3.1 Dans sa décision contestée du 8 novembre 2016, sur la base du rapport de son service des enquêtes du 18 septembre 2015 (lui-même fondé sur le rapport du SMR du 6 janvier 2015) et des avis médicaux subséquents de la généraliste du SMR des 12 janvier et 29 juillet 2016, l'Office AI a estimé que la recourante, sans atteinte à la santé, exercerait une activité lucrative à hauteur de 80% et a donc fait application de la méthode mixte pour évaluer le degré d'invalidité. Ce faisant, sur la base d'un degré d'invalidité global pondéré arrondi de 88% (comprenant des taux d'invalidité de 80% de perte de gain dans l'activité lucrative et 7,68%

d'empêchement dans les activités ménagères), l'intimé a octroyé une rente entière d'invalidité à la recourante pour la période allant du 1^{er} avril au 30 novembre 2012. Sur la base des conclusions de son SMR et de la spécialiste du service des enquêtes, l'intimé a estimé que, depuis septembre 2012, l'état de santé de l'assurée s'était amélioré et que cette dernière présentait depuis lors une incapacité de gain de 11,91% dans la part dévolue à l'activité lucrative et de 7,68% pour le ménage, conduisant à un degré d'invalidité global pondéré de 20%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. En se référant à l'art. 88a al. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'Office AI a dès lors estimé qu'il convenait de supprimer toute prestation AI en faveur de l'assurée au-delà du 30 novembre 2012. Dans ses réponse et duplique, hormis sa contestation formelle de la conclusion 2 et l'information selon laquelle la rente accordée avait déjà été payée, l'intimé a confirmé que la dystonie constatée dès octobre 2013, traitée, n'avait pas d'influence sur la capacité de travail recouvrée en septembre 2012. Il a aussi contesté que la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme (CourEDH) puisse s'appliquer en l'espèce.

3.2 La recourante, quant à elle, conclut à l'annulation partielle de la décision contestée, dans la mesure où l'octroi d'une rente (entière) AI est limité au 30 novembre 2012 (en relation avec le traitement d'un carcinome mammaire), et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction (en particulier neurologique) des fluctuations de la capacité de travail et nouvelle décision portant sur un droit à une rente AI susceptible d'être né à partir d'octobre 2013. A l'appui de son argumentation (également dans sa réplique), l'assurée conteste les bases médicales sur lesquelles l'intimé a fondé sa décision, en particulier les rapports médicaux de la généraliste du SMR, qui nient toute atteinte neurologique. Ils s'opposent, selon elle, diamétralement à ceux des différents spécialistes en neurologie consultés, qui ont clairement établi l'apparition de mouvements incontrôlés de la tête incapacitants (et invalidants) dès fin août 2013, mois au cours duquel la recourante a de nouveau été employée dans son ancienne activité. La recourante s'insurge également contre le choix de la méthode mixte pour l'évaluation de son invalidité, en particulier sous l'angle de la jurisprudence de la CourEDH.

3.3 D'emblée, il convient de relever que l'octroi à l'assurée d'une rente entière d'invalidité pour la période allant du 1^{er} avril au 30 novembre 2012 n'est pas litigieux entre les parties. Au vu du dossier, rien ne permet de remettre ce droit en cause. Même à supposer que la méthode mixte de calcul de l'invalidité ne soit pas applicable, l'invalidité ne pourrait pas descendre en dessous du seuil de 70% ouvrant le droit à une rente entière, étant donné que pendant cette période la recourante subissait une perte de gain de 100% et que son taux d'activité, en bonne santé, serait resté à 80% (voir aussi c. 5.3 à ce sujet). Quant à sa durée, le début du droit à la rente accordée a correctement été fixé au 1^{er} avril 2012, puisque la recourante, durant ce mois, a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI) et qu'à cette date, la période de six mois dès la (première) demande AI d'août 2011 était échue (art. 29 al. 1 LAI; peu importe que la première annonce ait plus spécifiquement porté sur un moyen auxiliaire car, compte tenu des circonstances, elle pouvait aussi concerner d'autres prestations: ATF 121 V 195 c. 2; SVR 2013 AHV n° 12 c. 3.2). La suppression de la rente se fonde sur l'amélioration déterminante de l'état de santé oncologique unanimement constaté depuis septembre 2012, aboutissant à un degré d'invalidité inférieur à 40% conduisant à la suppression de la rente après le 30 novembre 2012 (art. 88a al. 1 RAI).

4.

4.1

Hormis les rapports médicaux du SMR, rédigés entre janvier 2015 et juillet 2016 (cf. c. 4.2), dont la force probante est mise en doute par la recourante et sur lesquels l'Office AI s'est fondé pour accorder à la recourante une rente entière AI limitée dans le temps (du 1^{er} avril au 30 novembre 2012), au dossier figurent les avis médicaux suivants:

4.1.1 Suite à la découverte, en avril 2011, d'un carcinome mammaire canaliculaire invasif, l'assurée a subi une mastectomie, simultanément avec l'ablation de plusieurs ganglions lymphatiques (curage axillaire) en juin 2011. La tomographie par émission de positrons (TEP), pratiquée le 23 juin

2011, n'a pas révélé la présence de métastases. Suite à l'ablation de la tumeur cancéreuse, la recourante a débuté les premiers cycles de chimiothérapie le 11 juillet 2011, lesquels se sont achevés en octobre 2011. Des séances de radiothérapie ont également eu lieu entre le 24 novembre et le 29 décembre 2011. Sur le plan gynécologique, les contrôles post-chimio/radiothérapie ont été qualifiés, depuis lors, de sans particularités. Dans son rapport d'octobre 2014, la gynécologue traitante a relevé que l'assurée se plaignait notamment de fatigue, de problèmes de concentration et de sensibilité diminuée dans les mains.

4.1.2 Sur la base de douleurs invoquées par l'assurée à la jambe gauche, une IRM de la colonne lombaire (avec myélographie) a été prescrite par le généraliste traitant, et effectuée le 21 octobre 2013. Tout signe de métastases a pu être écarté. Une hernie discale circonférentielle accentuée à droite au niveau L3/L4 avec compression de la racine L4 dans le canal rachidien, des hernies discales plates au niveau L2/L3 et L4/L5 avec une légère compression et une petite hernie médiale au niveau L5/S1 sans compression des structures neuronales ont été mises en évidence.

4.1.3 En raison de dodelinements incontrôlés de la tête vers la gauche, apparus depuis août 2013, en recrudescence depuis octobre/novembre 2013 selon l'assurée, et de douleurs paracervicales gauches, le généraliste traitant a adressé sa patiente à un spécialiste en neurologie, qui a effectué des examens médicaux entre décembre 2013 et janvier 2014. L'IRM cérébrale s'est ainsi révélée sans particularités (pas de tumeur ni de modification du parenchyme), seule une légère extension du ventricule latéral gauche a été observée. Suite à l'examen clinique pratiqué, ce spécialiste a arrêté le diagnostic de dystonie cervicale, sur la base de symptômes qu'il considère comme étant typiques. Il a prescrit de recourir à des infiltrations dans les muscles contractés et a requis, pour ce faire, de s'adjoindre les services d'un confrère spécialiste.

4.1.4 Le neurologue sollicité pour pratiquer les infiltrations a examiné l'assurée le 29 janvier 2014. L'examen clinique neurologique a révélé des nerfs crâniens sans anomalie. Celui de la nuque a mis en évidence, en position verticale, une rotation de la tête vers la gauche, associée à une contracture musculaire. Ce praticien a également relevé une musculature

paracervicale gauche très sensible. Les mêmes observations cliniques ont été faites en position horizontale mais de manière un peu moins marquée qu'en position verticale, l'assurée ayant néanmoins de la peine (et même que ce mouvement est moins marqué) à corriger les gestes incontrôlés (elle n'y parvient que par un geste antagoniste). Sur la base de ces observations cliniques et des documents médicaux versés au dossier, ce spécialiste a retenu une dystonie cervicale, sous forme d'un rotocolis phasique gauche existant depuis octobre 2013, pathologie qu'il considère comme ayant des effets sur la capacité de travail. Sans effet sur celle-ci, il a mentionné un (status post) carcinome au sein gauche traité depuis juin 2011 et des lombalgies chroniques. Suite aux infiltrations de toxine botulique effectuées dans les muscles concernés (du 29 janvier au 18 février 2014), ce même spécialiste, dans son rapport du 25 avril 2014 adressé à l'Office AI, a réitéré ses précédentes conclusions et précisé encore que les symptômes liés à la dystonie se manifestaient, chez l'assurée, par des douleurs paracervicales, une rotation de la tête vers la gauche et des migraines. Considérant que ces effets sont encore plus marqués sur le lieu de travail (en raison du stress notamment), ce praticien a estimé que l'activité exercée était exigible, dès avril 2014, à hauteur de 50%, sans perte de rendement. Dans un avis médical subséquent du 20 mai 2015, il a fait état d'injections sous guidance neurophysiologique pratiquées avec succès entre juin et octobre 2014. Il considère que l'examen clinique de mai 2015 peut être superposé à celui de janvier 2014, mentionnant néanmoins (en sus) le fait que l'assurée a désormais des difficultés à relever l'épaule gauche. Il est d'avis qu'en effectuant des injections trois à quatre fois par an à sa patiente, il est possible de contrôler le mouvement anormal qui se manifeste.

4.1.5 Les neurologues travaillant dans un neurocentre d'un hôpital universitaire ont mentionné, dans leur rapport du 16 décembre 2015, une dystonie multifocale existant depuis 2013 générant les effets cliniques suivants pouvant être invalidants: torticolis à gauche, inclinaison de la tête vers le côté gauche (laterocolis) ou vers l'avant (anterocolis) et surélévation de l'épaule gauche. Ils ont également fait part de deux zones douloureuses dans la région du muscle trapèze. Dans leur rapport du 18 novembre 2016, faisant suite à la prise de position médicale du SMR de juillet 2016

(cf. c. 4.2), ils ont formellement exclu toute origine psychovégétative à la dystonie dont souffre la recourante, maintenant que celle dont souffre l'assurée est d'origine cervicale et focalisée sur la zone de la nuque, en présence d'hyperkinésie (à savoir des mouvements moteurs mal coordonnés et involontaires). Bien que postérieur à la décision attaquée, ce dernier écrit peut être pris en compte dans la présente procédure dans la mesure où il fournit des informations sur la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la procédure administrative (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4).

4.2 Dans son rapport du 6 janvier 2015, la généraliste du SMR, considérant qu'il n'y avait pas d'explication organique aux plaintes de l'assurée, a nié la présence d'une maladie musculaire ou neurologique. Elle a qualifié les dodelinements de la tête dont souffre la recourante comme étant un (simple) phénomène de rotations répétées de la tête à gauche, sans explication organique. Quant à la perte de sensibilité qu'éprouve l'assurée au bras gauche, la médecin du SMR l'a associée à l'ablation d'une tumeur cancéreuse au sein gauche (juin 2011) et considère cette vulnérabilité comme étant sans incidence sur la capacité de travail de la recourante. Toujours selon la généraliste du SMR, les hernies discales lombaires ne démontreraient pas de séquelles neurologiques importantes. Sur la base de ces considérations médicales, la médecin du SMR a estimé que l'assurée était dans l'incapacité totale de travailler d'avril 2011 à août 2012 en raison des traitements administrés en liaison avec un cancer au sein gauche, découvert en avril 2011. Considérant que, depuis le 1^{er} septembre 2012, l'état de santé de la recourante s'était durablement amélioré, la médecin du SMR a évalué la capacité de travail de l'assurée, depuis cette date, comme étant pleine et entière dans son emploi habituel, sans perte de rendement. Dans un rapport subséquent daté de janvier 2016, tout en confirmant ses précédentes conclusions (absence de pathologie neurologique et pas de restriction en matière de capacité de travail), la généraliste du SMR a estimé, et contrairement aux allégations de la recourante, que l'état de santé de cette dernière ne s'était pas péjoré. Partant, selon elle, l'on se trouve bien plutôt face à un changement des symptômes (petits dodelinements de la tête ayant évolué en une contraction des muscles de la nuque). Dans un ultime avis médical du 29 juillet 2016, à défaut de pouvoir relier les symptômes de la recourante à

une origine organique (IRM sans particularités et échec apparent des infiltrations d'acide botulique), la généraliste du SMR a envisagé la situation sous l'angle psychique et estimé que l'on pourrait retenir une dystonie psychovégétative (F45.9 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'organisation mondiale de la santé [OMS]), affection qu'il conviendrait de classer, selon elle, dans les troubles somatoformes, lesquels, en tout état de cause et au vu des circonstances d'espèce, ne justifieraient pas de prestations AI (dossier [dos.] AI 81/4).

5.

5.1 Les rapports du SMR (art. 49 RAI) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, pour autant qu'ils satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires (TF 9C_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2). 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 bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de

renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 c. 4.4 - 4.6). Dans l'examen de la force probante, est avant tout déterminant le fait que l'expertise soit complète au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (TF 8C_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

5.1.2 A première vue, dans l'examen de la force probante des rapports des médecins du SMR, et d'un point de vue formel tout d'abord, il appert que les appréciations rendues par la généraliste (6 janvier 2015, 12 janvier et 29 janvier 2016), telles qu'elles ressortent de ses différentes prises de position, remplissent la fonction que lui assigne la pratique judiciaire, puisqu'elles restituent les principales sources au dossier de médecine somatique, en font la synthèse, les soumettent à discussion avant de livrer une estimation concrète des aptitudes fonctionnelles résiduelles.

5.1.3 Matériellement, sous l'angle neurologique et sur le plan des observations médicales, le diagnostic de dystonie retenu par les neurologues consultés (c. 4.1.3 à 4.1.5) a été appréhendé et discuté avec soin par la généraliste du SMR. Pour arrêter ses conclusions, cette dernière a pris en considération l'ensemble des documents médicaux versés au dossier AI, les plaintes exprimées par l'assurée à ses confrères lors des différents examens cliniques pratiqués (et retranscrites par ces derniers) et les IRM cérébrales et lombaires effectuées en octobre 2013 et janvier 2014. En dépit d'une attention indéniable vouée à l'étude du dossier médical, il n'en demeure pas moins que les conclusions médicales de la généraliste du SMR ne sauraient convaincre. Tout d'abord, il apparaît qu'au niveau des pathologies retenues, elle s'est fondamentalement distanciee des avis médicaux de tous les neurologues successivement consultés depuis décembre 2013 (cf. c. 4.1.3 à 4.1.5). En effet, alors que ces spécialistes retiennent, de manière unanime, et en utilisant des locutions qui ne laissent planer aucun doute (il est question de symptômes typiques [dos. AI 63/2], d'un tableau clinique évocateur [dos. AI 79/7]) quant à l'existence, chez la recourante, d'une atteinte neurologique (dystonie cervicale), la médecin du SMR, quant à elle, nie purement et simplement toute origine organique aux symptômes éprouvés par l'assurée: elle y voit

de (simples) phénomènes de rotations répétées de la tête vers la gauche. D'emblée, il convient de mentionner que la force probante des conclusions de la médecin du SMR est affaiblie du fait que cette dernière n'a pas procédé à un examen clinique (ses déductions reposent sur la seule étude du dossier). Un tel examen aurait d'autant plus été indiqué, dès lors qu'il apparaît qu'il est difficile de trouver la cause et d'identifier une telle affection (consistant en une pathologie fonctionnelle des noyaux gris), même en recourant à une imagerie performante (qui, comme en l'espèce, s'est avérée sans particularités). De plus, le TA considère que l'argumentation hâtive de la généraliste du SMR, qu'elle fonde sur la seule existence de mouvements parasites phasiques isolés chez l'assurée (par opposition à des mouvements continus eux-mêmes caractéristiques d'une dystonie cervicale, dos. AI 81/4) ne saurait l'emporter face à l'argumentation plus convaincante du neurologue pratiquant les injections (cf. c. 4.1.4), qui a exposé en détails les symptômes caractéristiques qui militent en faveur d'une dystonie cervicale avec rotocolis physique gauche (rotation de la tête très marquée de presque 90 degrés, contracture sensible du muscle rotateur de la tête et des muscles réactifs au mouvement anormal, dos. AI 36/6). La généraliste ne saurait également convaincre lorsqu'elle met en exergue l'échec du traitement topique (en cas de dystonie) administré à l'assurée et consistant en des injections de toxines botuliques. Elle semble en effet perdre de vue que le neurologue ayant pratiqué les premières infiltrations, en janvier 2013 (c. 4.1.4), a injecté (à tort) suite à une erreur de sémiologie, le muscle sterno-cléido-mastoïdien droit, qui ne joue, aux dires des spécialistes, aucun rôle dans la genèse du mouvement de tête vers la gauche. Ce n'est en effet qu'après quelques séances que les injections ont été pratiquées de manière ciblée. Dans ces conditions, il ne saurait être question d'un échec du traitement. Bien au contraire, il apparaît que les injections de toxines botuliques effectuées à intervalles réguliers dès 2014 sous guidance neurophysiologique dans les muscles concernés ont généré une diminution des douleurs chez la recourante et une réduction significative de la rotation de la tête vers la gauche (dos. AI 76/9). Le rapport médical du centre de neurologie de décembre 2015 fait également état, dans l'anamnèse, de bons résultats suite aux injections effectuées en 2015 (*gutes Ansprechen*, dos. AI 73/2). Il en découle que l'avis divergent de la médecin du SMR ne saurait l'emporter sur celui, unanime, de ses

confrères neurologues. Il le peut d'autant moins encore lorsque, comme en l'espèce, en tant que spécialiste en médecine générale, la médecin du SMR ne dispose pas de toutes les qualifications spécialisées nécessaires à l'appréciation de la situation sous l'angle neurologique. L'estimation psychique à laquelle s'est livrée la médecin du SMR dans son dernier rapport, très succincte, ne peut pas non plus être prise en considération, car cette hypothèse ne repose sur aucun avis spécialisé. Au vu des éléments qui précèdent, il n'est pour le moins pas exclu que la recourante souffre d'une atteinte neurologique (dystonie multifocale cervicale) ainsi que l'ont diagnostiquée les spécialistes en neurologie consultés depuis l'automne 2013.

Par conséquent, ni le tableau clinique dressé par la médecin du SMR, ni son estimation subséquente de la capacité de travail (pleine et entière) ne sont en mesure d'emporter la conviction du TA. Sans autres investigations spécialisées, l'absence de toute atteinte neurologique invalidante ne peut être exclue avec une vraisemblance prépondérante (degré de preuve exigé en droit des assurances sociales; ATF 138 V 218 c. 6).

5.2 Les appréciations émanant des médecins traitants de la recourante ne sauraient non plus revêtir une force probante suffisante au regard des exigences en matière de preuves médicales posées par le Tribunal fédéral (TF) et des informations nécessaires à l'appréciation à laquelle les organes de l'AI doivent procéder. Notre plus haute instance n'admet 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 et référence citée). L'avis d'un médecin traitant, en dépit de sa position contractuelle, est certes de nature à remettre en doute une évaluation du SMR (voir ci-dessus c. 5.1.3), mais elle n'en revêt pas pour autant, en règle générale, une force probante suffisante. En l'occurrence, à la lecture des avis médicaux versés au dossier, il apparaît, d'une part, que seul le neurologue ayant pratiqué les infiltrations a évalué de manière chiffrée, de surcroît en laissant une marge

d'appréciation (il est question d'une capacité de travail de 50% en avril 2014 [dos. AI 43/5] et d'un pensum exigible de 50 à 60% en juin 2014 [dos. AI 61/3]), la capacité de travail de l'assurée, qu'il considère comme altérée, en raison de restrictions physiques uniquement. Il convient de relever, néanmoins, que ce spécialiste n'a procédé à aucune évaluation propre de celle-ci dans une activité profilée pour les handicaps de l'assurée, se limitant à motiver son estimation en avançant que sa patiente a de la peine à contrôler sa tête. Dans l'appréciation des mouvements/positions exigibles, c'est de manière succincte (en sélectionnant toutes les rubriques proposées, sans autres explications et en mentionnant une restriction uniquement quant à la durée du mouvement à exécuter) qu'il a avancé que l'assurée était entravée dans des positions/activités générant un mouvement corporel ou induisant le port de charges (dos. AI 61/4). Quant à l'appréciation de la capacité de travail par le généraliste traitant, en février 2014, elle ne saurait, elle non plus, constituer une donnée fiable sur laquelle le TA peut se fonder. En effet, en sus de la brièveté de son rapport médical (absence d'anamnèse, conclusions médicales insuffisamment motivées), ce dernier fait uniquement référence, pour arrêter un pensum exigible de 75%, au degré d'occupation stipulé dans le contrat de travail (soit 75%) liant l'assurée à son employeur jusqu'au 28 février 2014. Or, aucun élément versé au dossier ne permet de savoir, d'une part, si la recourante, pour honorer ses obligations contractuelles, a bénéficié d'éventuelles adaptations sur sa place de travail ou encore si, d'autre part, elle a pu assurer un taux de présence en adéquation avec son taux d'activité d'alors (75%). La reprise d'une activité professionnelle, chez ce même employeur et pour une durée indéterminée, au taux (réduit) de 38% dès janvier 2015, ne permet d'ailleurs pas d'exclure que l'état de santé de l'assurée se soit péjoré. Enfin, les observations des médecins neurologues exerçant en milieu hospitalier (cf. c. 4.1.5) ne sauraient combler les lacunes précédemment observées. Ils ne font en effet qu'énoncer, et de manière générale, qu'une pathologie telle que la dystonie cervicale peut entraver la capacité de travail des personnes qui en sont atteintes, sans néanmoins préciser si tel est le cas dans la présente espèce.

5.3 Il découle de cet état de fait médical aussi peu éclairci que l'intimé, en s'appuyant, dans sa décision litigieuse, sur la seule appréciation

médicale de la généraliste du SMR, a violé le principe d'instruction d'office auquel il est tenu (art. 43 al. 1 LPGA; ATF 117 V 282 c. 4a). Pour ces raisons, il se justifie d'annuler partiellement la décision querellée, en tant qu'elle octroie un droit à une rente seulement pour la période du 1^{er} avril au 30 novembre 2012 et de renvoyer le dossier à l'Office AI en vue d'une instruction médicale complémentaire, par la mise en œuvre d'une expertise neurologique, voire pluridisciplinaire (si le caractère exclusivement neurologique des symptômes endurés par la recourante ne peut être confirmé pour déterminer la nature des atteintes et leur influence sur la capacité de travail), au besoin même dans le contexte d'une appréciation structurée applicable aux troubles psychiques. Une fois en possession de ces nouvelles données médicales, l'intimé déterminera le degré d'invalidité et ses éventuelles fluctuations depuis la date où un droit à une rente AI pourrait (re)naître postérieurement au 30 novembre 2012 et non seulement jusqu'au 8 novembre 2016, date de la décision contestée, mais jusqu'à la date de la nouvelle décision qu'il rendra. Compte tenu du devoir d'instruction d'office concernant une rente échelonnée dans le temps, le fait que le recours requiert un examen du droit depuis octobre 2013 fournit certes un indice, mais ne permet pas de réduire la période à instruire en la faisant partir de cette date. Dans ce contexte, il y aura aussi éventuellement lieu de prendre en considération l'art. 29^{bis} RAI (application du délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b LAI) si les investigations complémentaires arrivaient à la conclusion que les troubles subséquents ont la même origine que la précédente invalidité, par exemple du fait des traitements oncologiques. Sur la base des évaluations de la capacité de travail et du caractère invalidant de celles-ci, l'Office AI devra, le cas échéant, revoir son calcul de l'invalidité, en examinant, au besoin, l'aspect d'une réadaptation professionnelle. Il incombera également de vérifier (et justifier) la compatibilité du statut mixte choisi avec la jurisprudence récente (notamment celle de la CourEDH, arrêt di Trizio c. Suisse du 2 février 2016; requête n° 7186/09 et les précisions que le TF lui a apportées) ainsi que les modifications intervenues, pour le calcul de l'invalidité, aux art. 27 et 27^{bis} RAI (entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2018). L'Office AI examinera également si la situation de la recourante ne s'apparente pas à celle d'une personne assurée à considérer comme exerçant une activité à temps partiel sans travaux habituels (ATF 142 V 290 c. 6 à 8; TF 9C_615/2016 du

21 mars 2017 c. 5). Au cas particulier, le renvoi de la cause à l'intimé, du reste requis dans les conclusions du recours, se justifie pleinement dès lors que la décision litigieuse n'est fondée sur aucune expertise au sens de l'art. 44 LPGA et, qu'au surplus, des points litigieux sur le plan médical n'ont pas été suffisamment investigués en procédure administrative (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4).

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre le recours et d'annuler partiellement la décision de refus de prestations AI de l'intimé datée du 8 novembre 2016, en tant que, pour toute la période qu'elle couvre, elle n'octroie une rente que du 1^{er} avril au 30 novembre 2012. La cause doit être renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

6.2 Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont, au vu de l'issue de la procédure, mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et art. 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

6.3 La recourante obtenant gain de cause dans la présente procédure (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2) et étant représentée par un avocat, a droit au remboursement de ses dépens dans la mesure fixée par le tribunal (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 13 avril 2017, qui ne prête pas à discussion, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, sont fixés à un montant de Fr. 3'507.85 (honoraires: Fr. 3'172.-; débours: Fr. 76.-; TVA: Fr. 259.85).

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est partiellement annulée en tant que, pour toute la période qu'elle couvre, elle n'octroie une rente que du 1^{er} avril au 30 novembre 2012. Pour la période subséquente, 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. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 3'507.85 (débours et TVA compris).
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,
 - à [...].

La présidente:

La greffière:
e.r.: J. Desy, greffier

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).