

200.2017.456.AI
N° AVS
DEJ/REN

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

Jugement du 7 février 2019

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
J. Desy, greffier

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 30 mars 2017



En fait:

A.

A. _____, née en 1964, mariée et mère de deux filles majeures, est au bénéfice d'un diplôme de secrétaire. En dernier lieu, elle a été employée en cette qualité à 40% pour le compte d'une entreprise de décolletage (jusqu'au mois d'avril 2011) et à 30% pour le compte d'une entreprise d'installation sanitaire (jusqu'au 31 mars 2012).

A compter du 6 septembre 2010, la prénommée s'est trouvée en incapacité de travail d'abord pour des raisons de maladie, puis en raison d'une chute intervenue à son domicile le 18 septembre 2010 lors de laquelle elle s'est blessée à la main gauche. Le cas a été pris en charge par la Suva, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: Suva). D'août 2011 à octobre 2011, l'intéressée a séjourné auprès d'une clinique de réadaptation (Clinique C. _____). Sur la base d'un rapport d'un de ses médecins d'arrondissement, la Suva a mis fin au versement des indemnités journalières au 31 décembre 2013. Par décision du 10 juillet 2014, la Suva a octroyé une rente d'invalidité en raison d'une diminution de la capacité de gain de 23% et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%. Nonobstant les oppositions formulées par l'intéressée à l'encontre de cette décision, la Suva l'a confirmée par décision sur opposition du 13 juillet 2016.

B.

Par courrier reçu le 31 janvier 2011, aidée par la Suva, la prénommée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) datée du 19 janvier 2011 en invoquant une atteinte au poignet gauche engendrée par l'accident susmentionné. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne l'a instruite en requérant à plusieurs reprises le dossier de la Suva et des rapports auprès des médecins traitants (généraliste et rhumatologue). Il a également requis des informations auprès des employeurs. Un réentraînement au travail a ensuite été organisé, mais cette mesure, initialement prévue du 23 septembre au 22 décembre 2013, a été

interrompue le 1^{er} octobre 2013. L'Office AI Berne a ensuite consulté son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), dont un médecin a rédigé un premier rapport rendu sur la base du dossier en décembre 2013, puis un second en juin 2014 après avoir examiné la prénommée et réceptionné un nouveau rapport des médecins traitants. Après réactualisation des données médicales à mi-2015, un rapport d'enquête sur le ménage a été établi en décembre 2015, ensuite de quoi l'Office AI Berne a adressé à l'assurée le 4 février 2016 un premier préavis l'informant qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2011 au 31 janvier 2012, puis un quart de rente d'invalidité du 1^{er} février 2012 au 31 juillet 2012.

Après les observations formulées par l'assurée, désormais assistée d'un avocat, à l'encontre de ce préavis, l'Office AI Berne a une nouvelle fois pris conseil auprès de son SMR, puis a diligenté une expertise bidisciplinaire (psychiatrique et rhumatologique), laquelle a eu lieu en juin (examens) et juillet (rapports) 2016. Après avoir actualisé le rapport d'enquête sur le ménage, l'Office AI Berne a communiqué à l'assurée par nouveau préavis du 17 novembre 2016 (annulant le précédent préavis) qu'il projetait d'octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2011 au 31 mars 2012 comme seule prestation. Nonobstant les observations formulées par l'assurée et les documents médicaux produits, l'Office AI Berne a confirmé le contenu de son préavis par décision du 30 mars 2017 et octroyé une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2011 au 31 mars 2012.

C.

Le 11 mai 2017, l'assurée, toujours représentée par le même mandataire, a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision précitée en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'Office AI Berne, ou, subsidiairement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2011 au 31 mars 2012 puis d'une rente à dire de justice mais au moins équivalente à une demi-rente. Une requête d'assistance judiciaire était jointe au recours,

laquelle a été rejetée par décision incidente du 15 mai 2017 de la juge instructrice.

Dans son mémoire de réponse du 23 juin 2017, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Dans leur réplique et duplique, les parties ont confirmé leurs conclusions. Le 8 août 2017, le mandataire de la recourante a produit sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision du 30 mars 2017 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et octroie à la recourante une rente entière d'invalidité limitée dans le temps (1^{er} septembre 2011 au 31 mars 2012). L'objet du litige porte sur la motivation de la décision attaquée et sur une administration de preuve médicale complémentaire après renvoi de la cause, ou, subsidiairement, sur l'octroi ininterrompu d'une rente d'invalidité, à tout le moins une demi-rente après le 31 mars 2012. Sont particulièrement critiqués la motivation, prétendument insuffisante, de la décision attaquée et, matériellement, l'établissement de la situation médicale de la recourante, notamment l'exclusion du diagnostic de trouble somatoforme douloureux ainsi que l'évaluation de la capacité de travail par les experts. A ce stade, il convient de préciser que même si seule la suppression des prestations à partir du 1^{er} avril 2012 est (ou semble être) contestée, puisque c'est l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité temporaire qui fait l'objet de la contestation, 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 131 V 164 c. 2.2, 125 V 413; VSI 2001 p. 274 c. 1a).

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 un mandataire dûment légitimé, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie

générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 15 et 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 La recourante invoque tout d'abord la violation de son droit d'être entendue dans la mesure où elle considère la décision attaquée insuffisamment motivée, notamment sur le plan médical, eu égard notamment à l'absence de prise en compte de ses douleurs et d'explications concernant la mise à l'écart des rapports médicaux des médecins traitants. Par ailleurs, elle allègue que la décision attaquée est incomplète dans son raisonnement dès lors que, en présence d'un trouble douloureux persistant, l'examen des indicateurs selon la jurisprudence fédérale (ATF 141 V 281) n'a pas été réalisé.

2.2 Il est vrai que l'obligation de motiver représente une part importante du droit d'être entendu au sens de l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101). Elle doit empêcher que l'autorité se laisse guider par des motifs partiels et permettre le cas échéant aux intéressés de contester la décision de façon adéquate. Cela n'est possible que si la personne concernée et l'autorité de recours peuvent se faire une idée de la portée de la décision. En ce sens, les réflexions qui ont guidé l'autorité et sur lesquelles se fonde la décision doivent au moins être brièvement mentionnées. Il n'est toutefois pas nécessaire que tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties soient expressément exposés et discutés. Il suffit plutôt que les

points importants en vue du jugement figurent dans la décision (ATF 136 I 229 c. 5.2, 124 V 180 c. 1a; SVR 2017 KV n° 6 c. 5). Toutefois, en l'espèce, la décision attaquée ne souffre pas d'un manque de motivation. En substance, il est compréhensible que l'Office AI Berne a retenu comme probante, dans son ensemble, l'expertise bidisciplinaire et a écarté les autres rapports médicaux au dossier, y compris les rapports des médecins traitants. Par ailleurs, également sur la base de cette expertise, il a considéré que l'atteinte de la recourante était d'ordre somatique et n'avait ainsi pas à être examinée sous l'angle des troubles douloureux persistants; partant, il n'y avait pas lieu de procéder à l'examen des indicateurs exigé par la jurisprudence. Pour le surplus, les éventuels erreurs de raisonnement de l'Office AI Berne, ou une motivation plus détaillée, relèvent du fond et seront examinés ci-après.

3.

3.1 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 exigibles (art. 7 LPGA). Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA).

3.2 Selon l'art. 28 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), 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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) 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.

3.3

3.3.1 Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré (al. 1). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (al. 2).

3.3.2 Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA).

3.3.3 Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI).

3.4 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 temps plein 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).

3.5 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).

4.

4.1

4.1.1 En se basant sur les résultats de l'expertise bidisciplinaire qu'il a organisée et qu'il tient comme probante, l'Office AI Berne a considéré que la recourante a présenté une incapacité complète de travail dès la survenance de l'accident de septembre 2010 et jusqu'au 1^{er} janvier 2012, date à partir de laquelle il a existé une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée. Pour calculer l'invalidité, selon les résultats d'une enquête économique sur le ménage, un statut mixte a été retenu, à savoir 30% d'activité ménagère et 70% d'activité lucrative, et le degré d'empêchement

dans les travaux ménagers a été fixé à 26.7%. En appliquant les dispositions légales relatives aux délais d'attente (1 an) et de stabilisation des améliorations de la capacité de gain et d'accomplissement des travaux habituels (3 mois), l'Office AI Berne a ainsi accordé une rente entière dès le mois de septembre 2011 et jusqu'au 31 mars 2012, retenant un degré d'invalidité de 78% jusqu'au 31 décembre 2011, puis un degré d'invalidité de 19% dès le 1^{er} janvier 2012.

4.1.2 La requérante conteste la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire précitée dans la mesure où, à ses yeux, elle ne se prononce qu'insuffisamment sur les conséquences au niveau de la capacité de travail des douleurs endurées et est motivée de façon lacunaire tant en ce qui concerne les indicateurs à examiner selon la nouvelle jurisprudence (non discutés alors même qu'un diagnostic de fibromyalgie/panalgie a été posé) qu'en ce qui a trait aux contradictions avec les autres rapports médicaux au dossier. Elle requiert en conséquence principalement le renvoi de la cause à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire. Si, contre toute attente, l'expertise bidisciplinaire devait être considérée comme probante, alors, selon la requérante, il en résulte, sur la base de la fourchette d'appréciation de l'incapacité de travail définie par les experts (allant de 25% à 80%), un degré d'invalidité de 50% à tout le moins, donnant droit à au minimum une demi-rente à la suite de la rente entière accordée jusqu'au 31 mars 2012.

4.2 Au vu de ce qui précède, il s'agit d'examiner si le dossier permet d'élucider la question d'un droit de la requérante à une rente de l'AI et, dans cette hypothèse, de fixer l'ampleur de ce droit pour toute la période couverte par la décision attaquée (voir ci-avant c. 1.1). Une rente étant en cause, le droit pourrait au plus tôt prendre naissance six mois à compter du dépôt de la demande de prestations AI (en janvier 2011; voir ci-avant c. 3.3.1); l'examen du Tribunal ne peut porter au-delà du 30 mars 2017, date de la décision attaquée (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1).

5.

Du dossier, il ressort les éléments de fait pertinents qui suivent, rapportés de façon chronologique.

5.1 En septembre 2010, la recourante a souffert d'une fasciite plantaire et a en conséquence dû se déplacer avec l'aide de béquilles. Dans ce contexte, elle a chuté dans sa chambre à coucher le 18 septembre 2010 et a subi une fracture non-déplacée du quatrième métacarpien gauche.

5.2 Dans son rapport du 14 février 2011, le rhumatologue traitant a fait état d'une algodystrophie secondaire à cette fracture. Le médecin généraliste traitant a exposé dans son rapport médical du 24 février 2011 que la recourante souffrait d'une fracture spiroïde du quatrième métacarpien gauche avec complication sous la forme d'une algoneurodystrophie sévère de la main gauche (syndrome de Suddeck), cet élément ayant une répercussion sur la capacité de travail et une incapacité complète de travail existant depuis le 9 novembre 2010.

5.3 En juillet 2011, une spécialiste en orthopédie (et plus spécifiquement en chirurgie de la main) a diagnostiqué les mêmes atteintes que le généraliste traitant, a précisé que la capacité de travail était inexistante depuis le 18 septembre 2010 et a recommandé une convocation dans une clinique de réadaptation, ce qui a été fait avec un séjour du 24 août 2011 au 5 octobre 2011. Au terme de ce séjour, les médecins de la clinique ont rédigé un rapport médical mentionnant les diagnostics de syndrome épaule-main gauche prédominant à la main (CRPS [*Complex Regional Pain Syndrom* = algodystrophie] de type I), une fracture spiroïde diaphysaire du quatrième métacarpien gauche le 18 septembre 2010 traitée de manière conservative, un retard de consolidation de la fracture du quatrième métacarpien gauche (CT-scan du 5 septembre 2011), une hypothyroïdie substituée après thyroïdectomie partielle en 1996, un antécédent de varicectomie à deux reprises à la jambe gauche et à une reprise à la jambe droite, et, finalement, un antécédent d'appendicectomie le 27 juin 2011. Les mêmes médecins ont considéré que l'incapacité de travail était complète dans la profession actuelle de secrétaire du 6 octobre 2011 au 6 novembre 2011, tout en soulignant qu'une reprise à temps partiel était prévisible à fin 2011 - début 2012, selon l'évolution.

5.4 Une année plus tard, en décembre 2012, une spécialiste en chirurgie de la main a expliqué que l'algodystrophie était en phase tout à

fait froide et que les traitements mis en place avaient permis une récupération partielle de la flexion digitale. La médecin a également rapporté que la recourante s'était plainte du froid et de la gêne dans la préhension des objets, de même que d'un sommeil perturbé. Finalement, la médecin a conseillé de retrouver au plus vite un emploi uni-manuel, dans la mesure où la main gauche ne constitue qu'une aide.

5.5 Un médecin d'arrondissement de la Suva, spécialiste en chirurgie orthopédique, a considéré en décembre 2012 que la situation médicale de la recourante était stabilisée, que l'activité de secrétaire n'était plus adaptée et qu'une activité professionnelle réalisée sans port d'objet ni de manipulation de la main gauche, celle-ci ayant uniquement une fonction de stabilisation grâce à la pince pouce/index et sans réaliser d'effort répété, était possible à plein temps.

5.6 Après réception des rapports médicaux des médecins traitants (généraliste et rhumatologique), un entraînement au travail a été organisé par l'intimé dès le 23 septembre 2013 et jusqu'au 22 décembre 2013. Celui-ci a toutefois été interrompu le 1^{er} octobre 2013 en raison des crises d'angoisse et de décompensation (attestées par les médecins traitants) vécues par la recourante. Par la suite, l'Office AI Berne a pris conseil auprès de son SMR, qui a recommandé le 22 octobre 2013 des investigations médicales complémentaires, évoquant une éventuelle atteinte psychiatrique ou des facteurs étrangers à l'invalidité.

5.7 En décembre 2013, un autre médecin d'arrondissement de la Suva, spécialiste en médecine intensive et en médecine interne générale, a considéré la situation médicale de la recourante comme étant stabilisée. En substance, sur le plan de l'assurance-accidents, il a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

5.8 Le 18 décembre 2013, avant que le rapport de décembre 2013 du médecin d'arrondissement de la Suva ne figure au dossier AI, une spécialiste en médecine générale du SMR a retenu qu'une pleine capacité de travail devrait exister au terme d'une période de neuf mois. Elle a aussi mentionné que des exercices étaient indispensables pour que l'algodystrophie fût réversible. Elle a également indiqué que l'échec de la

mesure de réadaptation était une réaction psychologique et non une maladie psychiatrique.

5.9 Après avoir recueilli la mise à jour du dossier de la Suva et les rapports médicaux des médecins traitants, l'Office AI Berne a requis un nouveau rapport à son SMR, qui l'a rédigé les 19 et 23 juin 2014. Après avoir examiné l'assurée, la même spécialiste en médecine interne, assistée d'un spécialiste en orthopédie, a rappelé qu'une fracture du quatrième métacarpien se guérissait habituellement en trois mois et qu'une algodystrophie se guérissait au plus en deux ans. Sur cette base, elle a relevé qu'il existait au moment de son examen des limitations fonctionnelles susceptibles de disparaître dans les six à neuf mois. Cela étant, elle a attesté une incapacité complète de travail pour une durée d'une année.

5.10 Le 21 juillet 2015, après une nouvelle mise à jour du dossier Suva (état au 28 août 2014), la même médecin du SMR a rédigé un nouveau rapport médical, sans examiner l'assurée. Sur la base du dossier, elle a attesté, de façon hypothétique, qu'il existait une incapacité complète de travail à compter du 4 août 2010 (en raison de la douleur au pied) et jusqu'au 18 septembre 2010 (date de la chute qui a entraîné la fracture), puis jusqu'au 5 octobre 2011 (date de la sortie de la clinique de réadaptation). A compter de cette dernière date, elle a retenu une capacité de travail de 50% pendant six mois, soit jusqu'au mois d'avril 2012, puis une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le mois de mai 2012. En substance, elle a considéré que l'assurée a fait preuve de mauvaise compliance et n'a pas assez collaboré. Se référant aux rapports médicaux provenant de la Suva, elle a indiqué que la main gauche ne pouvait être utilisée qu'en terme de support léger et qu'il en résultait une incapacité de travail de l'ordre de 40% dans une activité adaptée jusqu'au mois de juin 2014, date à laquelle elle a pu prodiguer des conseils à l'assurée. A compter du mois de juillet 2014, la capacité de travail était de 100%.

5.11 Un rapport d'enquête Ménage/Activité lucrative (ci-après: rapport d'enquête) a été diligenté par l'Office AI Berne, puis réalisé le 22 octobre 2015. Il en est ressorti que sans invalidité, l'assurée aurait travaillé à un

taux de 70% et aurait exercé une activité ménagère à 30%. En ce qui concerne les empêchements dans l'activité ménagère, une incapacité de travail pondérée de 26,7% a été retenue.

5.12 Après le premier préavis du 4 février 2016, par lequel l'Office AI Berne a informé qu'il projetait de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2011 au 31 janvier 2012, puis un quart de rente du 1^{er} février 2012 au 30 avril 2012, l'assurée a formulé des observations à son encontre, ensuite desquelles le SMR a préconisé l'établissement d'une expertise bidisciplinaire, laquelle a été rédigée en juillet 2016 (examens de juin 2016).

5.12.1 Dans son rapport, l'expert en rhumatologie (le Dr D._____) a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un CRPS après fracture du quatrième métacarpien gauche le 18 septembre 2010 avec consolidation retardée (algodystrophie / algoneurodystrophie / morbus Sudeck) et une évolution atypique. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a retenu les diagnostics de panalgie sous forme de fibromyalgie importante sans substrat somatique depuis le mois de septembre 2010, un état après ablation partielle de la thyroïde en 1996 (et substituée), un état après opérations des varices aux deux jambes, un soupçon de rhizarthrose à la main droite, des pieds étalés des deux côtés et un hallux valgus des deux côtés. En substance, l'expert s'est étonné de l'ampleur prise par les maux généralisés, plus véritablement distincts du CRPS et nie le diagnostic de fibromyalgie en raison de l'allodynie (douleurs déclenchées même après un contact tactile minime). Il a retenu une incapacité de travail de 80% en cas de travail avec un clavier d'ordinateur et, dès le 1^{er} janvier 2012, une capacité de travail de 75% comme secrétaire sans trop de travail à l'ordinateur, ou 100% de capacité de travail dès la même date en cas de travail monomanuel. L'expert a estimé l'incapacité dans l'activité ménagère à un ordre de grandeur de 20%.

5.12.2 Dans son rapport, l'expert en psychiatrie (le Dr E._____) a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un trouble anxieux et dépressif mixte (chiffre F41.2 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]). Sans qu'ils n'aient

d'influence sur la capacité de travail, sont également mentionnés des problèmes financiers (CIM-10 Z79). En substance, l'expert a nié l'existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant en raison de l'incohérence entre la description de maux impressionnants et une certaine tranquillité émotionnelle. Il a relevé également un traitement psychiatrique très sporadique, de même que la quasi absence de compliance en ce qui concerne un médicament antidépresseur. Sur le plan psychiatrique, il a considéré que la capacité de travail est limitée de 10% depuis début 2014 dans l'activité précédemment exercée, mais qu'elle était complète dans une activité adaptée.

5.12.3 Dans leur consilium, les experts précités ont retenu qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail durable sur le plan psychiatrique et que les éléments retenus dans le volet somatique étaient déterminants.

5.13 En septembre 2016, le rapport d'enquête sur le ménage a été actualisé suite à l'expertise bidisciplinaire précitée. Sur la base du dossier et de l'expertise qui concluait à un empêchement théorique de 20% dans le ménage, il a été renoncé à une nouvelle enquête sur place et le taux de 26,7% d'incapacité pondérée a été maintenu.

5.14 A l'appui de ses observations formulées à l'encontre du deuxième préavis, la recourante a produit une lettre du 7 décembre 2016 de son rhumatologue traitant, lequel a retenu une capacité de travail de l'ordre de 20% à 30% au maximum.

5.15 A l'appui de son recours du 11 mai 2017, l'assurée a présenté deux rapports médicaux datés de juin et juillet 2015 de son rhumatologue traitant et adressés à son médecin généraliste. Un syndrome fibromyalgique y a été évoqué, de même que l'absence d'indication claire consécutive à un bilan total organisé par le généraliste traitant.

6.

6.1

6.1.1 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 (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

6.1.2 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).

6.1.3 Une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49, qui ont trop peu été pris en considération en pratique. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans

la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que, sur la base d'une appréciation médicale plausible, les indices suggérant une exagération sont nettement prépondérants et que les limites pour qualifier un simple comportement ostensible sont tellement dépassées, sans que le comportement d'exagération ne soit induit par un trouble psychique autonome ayant valeur de maladie (ATF 127 V 294 c. 5a), il ne saurait être question d'une atteinte à la santé assurée. Partant, dans une telle situation, un droit à une rente doit être exclu, même si les critères de classification d'un trouble psychique sont réalisés (cpr. art. 7 al. 2 1^{ère} phr. LPGA). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée (ATF 127 V 294 c. 5a), les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 c. 2.1.1 et 2.2, SVR 2016 IV n° 25 c. 6). Si une atteinte à la santé assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). En règle générale, il convient de prendre en considération des indicateurs standards classés selon leurs caractéristiques communes (c. 4.1.3), qui sont répartis dans les catégories "degré de gravité fonctionnel" (c. 4.3) et "cohérence" (c. 4.4). La grille d'évaluation présentée est de nature juridique (c. 5). La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standard. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (c. 6).

6.2 En l'espèce, l'Office AI Berne s'est principalement appuyé sur l'expertise bidisciplinaire réalisée en 2016 (voir ci-avant c. 5.12) pour octroyer à la recourante une rente entière d'invalidité uniquement du 1^{er} septembre 2011 au 31 mars 2012.

6.2.1 Elaborée sur la base d'un examen personnel de l'assurée, cette expertise comporte une anamnèse précise sur les plans familial, personnel, systématique, psychosocial, professionnel et actuel. Les autres nombreux avis médicaux antérieurs figurant au dossier ont été largement retranscrits dans l'expertise, démontrant une étude fouillée et consciencieuse du dossier. Ses conclusions sont étayées. Sur le plan formel, cette expertise apparaît ainsi conforme aux exigences légales et jurisprudentielles.

6.2.2 La recourante conteste tout d'abord la valeur probante intrinsèque de l'expertise, en ce sens qu'il existerait une énorme différence entre, d'une part, la capacité de travail médico-théorique retenue et, d'autre part, les plaintes généralisées qu'elle a évoquées et qui ont été relevées par les experts. Elle reproche également aux experts de ne pas avoir examiné et retranscrit les indicateurs développés par la jurisprudence (voir ci-avant c. 6.1.3).

6.2.2.1 Sur le plan somatique, l'expert rhumatologue n'a d'aucune façon banalisé ou minimisé les atteintes de la recourante. Concernant la main gauche, il a ainsi retenu que la situation était stabilisée (*Endstadium*, présentant en soi des aspects atypiques) et n'espérait plus d'amélioration de ce membre. Le même expert s'est surtout étonné de l'ampleur prise par les maux généralisés, plus véritablement distincts de l'algodystrophie, mais qui auraient pris naissance au moment de l'accident. Soulignant que ces douleurs généralisées ne sont pas véritablement expliquées au dossier, il a exclu le diagnostic de fibromyalgie (proposé par le rhumatologue traitant) en exposant qu'un contact tactile minime suffisait à engendrer une douleur (allodynie). Il a en revanche retenu l'existence d'une panalgie sous forme de fibromyalgie, tout en estimant que cette atteinte n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. Il a estimé que l'assurée démontrait à tout le moins de façon très ostensible ses maux (port d'un gant noir) et qu'il fallait admettre un abaissement du seuil de tolérance à la douleur, sans qu'il puisse toutefois admettre une exagération consciente. Dans ces

circonstances, il considère que l'incapacité de travail dans l'activité exercée jusqu'alors (et usage d'un clavier d'ordinateur) a été de 100% jusqu'à la fin du mois de décembre 2011, puis de 80%. En tant que secrétaire dans une PME avec principalement des contacts avec des clients et une activité limitée à l'ordinateur, l'incapacité de travail se montait à 25%. Il a retenu ces chiffres à partir du mois de janvier 2012, principalement sur la base du rapport de sortie de la clinique de réadaptation, lequel prévoyait une pleine récupération à partir de cette date (voir ci-avant c. 5.3)

6.2.2.2 L'expert psychiatre a notamment examiné la situation de la recourante sous l'angle d'une atteinte psychosomatique, vu l'extension des maux du poignet au bras, puis aux jambes. Toutefois, il a pu mettre en évidence que la symptomatologie d'un trouble somatoforme douloureux persistant n'était que partiellement réalisée, dans la mesure où s'il existait une certaine fixation sur les douleurs, il n'y avait pas de crainte hypocondriaque exprimée et la recourante tendait à exagérer ses maux (voir la description des troubles somatoformes douloureux au ch. F45 de la CIM-10). L'expert a également rapporté une certaine incohérence en tant que la recourante décrivait des maux impressionnants sans manifester d'émotion, de même qu'il a pu mettre en évidence une certaine corrélation entre les douleurs et un sentiment de gêne. De plus, il a relevé que les douleurs ne trouvaient pas leur origine dans des problèmes psychosociaux. Dans cette mesure et sur la base de ces éléments, l'existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant a été exclue de manière convaincante par l'expert psychiatre. Pour autant, ce dernier a également souligné que la maladie a conduit à d'importantes limitations dans la vie de tous les jours et la vie professionnelle de la recourante, de même que pour les hobbies. Il a également relevé que les douleurs ont eu un impact négatif sur son moral et ont engendré des peurs, ainsi qu'un certain mal-être depuis 2014, sans que ces éléments ne soient toutefois très marqués. L'expert psychiatre a également souligné que le traitement à base d'antidépresseur n'était que partiellement suivi (selon le test sanguin) et a noté un traitement psychiatrique très sporadique, ce qui est toutefois compréhensible en raison du très faible degré de dépression. De façon générale, l'expert psychiatre est d'accord avec le relativement bon pronostic posé par la psychologue traitante dans son rapport du 10 juillet

2014 et souligne encore l'existence de ressources sociales et familiales. Quant au déroulement du quotidien, il a relevé qu'il n'est certes pas optimal, mais pas complètement désorganisé ou inactif. Soulignant encore l'inexistence de signes ou de volonté de se réintégrer de la part de la recourante, ou la difficulté d'expliquer la perte d'activité par les troubles psychiatriques, il a retenu un trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F41.2), lequel engendre une incapacité de travail de 10% depuis début 2014, dès lors que la peur et l'anxiété n'interféreraient que peu avec une activité professionnelle.

6.2.2.3 Sur la base de ce qui précède, le Tribunal de céans relève que les douleurs invoquées par la recourante ne sont nullement banalisées par les experts, qui ont retenu au contraire que la main gauche n'était que très partiellement utilisable et qu'il existait une légère atteinte psychiatrique. En substance, les douleurs psychosomatiques démontrées et expliquées par la recourante sont ainsi expliquées par le léger trouble dépressif (lequel déploie une légère incapacité de travail qui se recoupe avec l'incapacité de travail retenue sur le plan somatique, selon le consilium rédigé par les deux experts) et un trouble d'assimilation de la douleur (sous la forme d'une panalgie se rapprochant de la fibromyalgie), qui ne peut toutefois être qualifié de trouble psychosomatique persistant. A ce propos, aucune exagération délibérée et consciente n'a pu être constatée par les experts, qui soulignent quand même certaines exagérations ou incohérences (par exemple lorsque la recourante évoque des douleurs particulièrement sévères tout en ne manifestant aucune émotion), de même qu'une certaine fixation et dramatisation sur la main gauche avec port d'un gant noir. De la même façon, sont également relevés certains facteurs étrangers à l'invalidité, à savoir l'existence de problèmes financiers, d'une longue durée d'incapacité de travail ou encore une certaine identification à la maladie (*Krankenrolle*). Sur la base de ce qui précède, en application de la jurisprudence du Tribunal fédéral (voir ci-avant c. 6.1.3), l'existence d'un trouble psychosomatique pouvait être écartée déjà au premier niveau, soit celui du diagnostic, sans qu'il n'y ait besoin d'examiner plus avant les indicateurs tels que requis par la jurisprudence. En tout état de cause, les appréciations relatives à ces indicateurs données par les experts ne conduisent pas à une incapacité de travail plus élevée. En effet, l'expert

psychiatre relève qu'il existe un bon pronostic et des ressources chez la recourante, de même que des ressources sociales et familiales. Par ailleurs, il n'y a pas de retrait social. Si le déroulement du quotidien n'est certes pas optimal, on ne peut le qualifier de désorganisé, inactif ou non-structuré. L'ensemble des éléments qui précèdent permet au TA de conclure qu'il existe des indicateurs excluant l'existence d'un trouble psychosomatique persistant invalidant au sens de la loi.

6.2.3 La recourante fait ensuite valoir que l'expertise bidisciplinaire se trouve en contradiction avec les autres rapports médicaux au dossier, dont, notamment, le rapport rendu par le SMR en juin 2014 (voir ci-avant c. 5.9).

6.2.3.1 Il est vrai que la médecin du SMR, spécialiste en médecine générale, a attesté que la recourante ne pouvait, au moment de son examen personnel de 2014, travailler et a proposé un délai d'une année pour arriver à une guérison complète, tant sur le plan psychiatrique que somatique.

6.2.3.2 Il convient tout d'abord de relever que les experts avaient connaissance du rapport médical précité quand ils se sont prononcés; ils en ont donc tenu compte et se sont écartés de ses conclusions. Il convient également de noter que les spécialités des médecins ne sont pas les mêmes. Ainsi, les experts sont spécialisés en rhumatologie et en psychiatrie, alors que la médecin du SMR est spécialisée en médecine générale. Or, il ressort du rapport rédigé par cette dernière que c'est principalement sur le plan psychologique que la recourante n'est pas en mesure de travailler ("elle n'est pas en état psychique de travailler" dos. AI 66/5), ce qui correspond finalement à une estimation qu'un médecin spécialisé en psychiatrie serait plus à même de donner. Par ailleurs, cette appréciation n'est que partiellement corroborée par les autres éléments médicaux au dossier pour cette période, dont notamment le rapport du 10 juillet 2014 de la psychologue traitante, ce que n'a du reste pas manqué de relever l'expert psychiatre. En tout état de cause, la même médecin du SMR a sensiblement révisé le contenu de son rapport de juin 2014 (établi en fonction d'un état de pièces médicales, notamment de la Suva, arrêté à fin 2013) dans son rapport du 21 juillet 2015 (état des documents médicaux arrêté à fin août 2014), retenant une capacité de travail complète dès le

mois de mai 2012 (voir ci-avant c. 5.10). Le rapport du SMR de juin 2014 doit donc être considéré comme une appréciation non spécialisée intermédiaire dépassée.

6.2.3.3 Quant aux rapports médicaux des médecins traitants, ils divergent principalement quand à l'appréciation de la capacité de travail de la recourante, sans véritablement remettre en question les diagnostics posés par les experts. De façon générale, s'agissant des avis du médecin de famille, dont la crédibilité ne peut être mise en doute sans élément concret, le juge peut et doit toutefois tenir compte du fait qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, le médecin de famille aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). Il n'en va pas seulement ainsi du médecin de famille praticien généraliste, mais également du spécialiste traitant et plus encore du médecin chargé d'une thérapie de la douleur en raison de son rapport de confiance particulier et de la nécessité d'accepter, d'emblée et sans condition, la douleur exprimée (TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4). En l'espèce, les médecins traitants n'ont pas véritablement fait valoir d'éléments nouveaux (voir notamment deux courriers du rhumatologue traitant de juin et juillet 2015 produits à l'appui du recours excluant les pathologies inflammatoires, osseuses et rhumatismales couvertes par de larges investigations [voir ci-avant c. 5.15]). Il en résulte que leurs évaluations, en grande partie fondées sur le ressenti subjectif de leur patiente, ne sauraient l'emporter sur celles des experts.

6.3

6.3.1 Sur la base de l'ensemble de ce qui précède, il apparaît que l'expertise bidisciplinaire réalisée en 2016 s'avère probante. Dès lors, le profil d'exigibilité retenu dans celle-ci peut également être confirmé, à savoir une activité professionnelle mono-manuelle avec une capacité de travail de 100%, ou alors une activité de secrétariat avec un taux d'activité de 75% au mieux (en l'absence ou en cas de peu de travail à l'ordinateur) ou de 20% au pire.

6.3.2 L'expertise retient également que la capacité de travail susmentionnée est valable à compter du 1^{er} janvier 2012, étant également

précisé qu'elle était nulle pour la période à compter de la date de l'accident. Ce point n'est contesté par aucune partie, et est corroboré par l'ensemble des pièces au dossier, notamment le rapport de sortie de la clinique de réadaptation qui prévoit une pleine récupération le 1^{er} janvier 2012 au plus tard. De la même façon, il y a lieu de relever qu'aucun élément au dossier ne permet de supposer que la capacité de travail de la recourante, telle qu'estimée dans l'expertise, pourrait avoir changé, en particulier se serait détériorée jusqu'à la date de la décision attaquée, soit le 30 mars 2017.

7.

7.1 Dans la décision contestée du 30 mars 2017, l'Office AI Berne a déterminé le taux d'invalidité de la recourante en appliquant la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (ATF 141 V 15 c. 3.1, 125 V 146 c. 2c; voir également: ATF 133 V 504 c. 3.3; SVR 2017 IV n° 30 c. 4.1), retenant que la recourante exercerait une activité lucrative à 70% sans atteinte à la santé et se consacrerait à ses travaux habituels à raison de 30%. L'application de cette méthode de calcul n'est pas contestée par la recourante, à raison dès lors qu'elle travaillait précisément à 70% avant son incapacité de travail intervenue en septembre 2010. Il y a donc lieu ici de confirmer l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité.

7.2

7.2.1 Selon l'art. 28a al. 3 LAI, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, 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 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 144 I 21 c. 2.1, 142 V 290 c. 4).

7.2.2 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).

7.2.3 Pour déterminer le revenu de personne valide, il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser sans atteinte à la santé, selon un degré de vraisemblance prépondérante, au moment du début potentiel du droit à la rente. Il y a lieu en règle générale de prendre pour base le dernier salaire gagné par la personne assurée, en l'adaptant le cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires réels (ATF 139 V 28 c. 3.3.2, 134 V 322 c. 4.1; SVR 2017 IV n° 52 c. 5.1).

7.2.4 Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne intéressée (ATF 143 V 295 c. 2.2). Lorsque, depuis la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'a plus exercé d'activité lucrative, ou du moins plus d'activité exigible adaptée à son état, l'évaluation du revenu d'invalidité peut se fonder, selon la jurisprudence, sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS; ATF 143 V 295 c. 2.2).

7.3 Dans le cas présent et à juste titre (ATF 139 V 28 c. 3.3.2, 134 V 322 c. 4.1; SVR 2017 IV n° 52 c. 5.1), le service des enquêtes de l'intimé a arrêté le revenu sans invalidité sur la base des informations apportées par les anciens employeurs, à savoir un revenu annuel en 2011 et à 70% de Fr. 53'635.- (soit Fr. 32'160.- dans l'activité exercée à 40% et Fr. 21'475.- dans l'activité exercée à 30%) et un revenu annuel en 2012 et à 70% de Fr. 54'285.- (soit Fr. 32'810.- dans l'activité exercée à 40% et Fr. 21'475.- dans l'activité exercée à 30%).

7.4

7.4.1 Quant au revenu d'invalidité, il est inexistant pour la période courant jusqu'au 31 décembre 2011, en raison de l'incapacité de travail totale retenue.

7.4.2 A partir du 1^{er} janvier 2012, l'Office AI Berne a arrêté le revenu d'invalidité en se basant sur un revenu statistique et en retenant un taux de 75% dans une activité de bureau avec peu de travail au clavier d'un

ordinateur, par exemple dans des tâches essentiellement de réception de clientèle. Le TA peut se rallier à la capacité de travail résiduelle de 75% sur laquelle l'intimé s'est fondé. Ainsi, ce dernier a certes exclu les profils mono-manuels exigibles, selon les experts, à 100% qui existent, selon la jurisprudence, sur un marché du travail équilibré, même lorsque la main dominante est concernée, ce qui n'est pas le cas de la recourante (par ex.: TF 9C_842/2014 du 9 mars 2015, 8C_971/2008 du 23 mars 2009 c. 4.2.5). L'appréciation de l'Office AI Berne peut toutefois se comprendre car des tels profils obligeraient à compter avec un risque important de perte salariale du fait d'un changement total de domaine d'activité. En restant dans des secteurs proches de ceux dans lesquels la recourante a travaillé en dernier lieu, il n'est en revanche pas question, comme elle le souhaiterait, de prendre la moyenne entre les chiffres supérieurs et inférieurs retenus par les experts. Suffisamment d'emplois de bureau ou commerciaux, ne comportant que peu de travaux au clavier d'un ordinateur impliquant les deux mains, notamment dans l'accueil et le conseil à la clientèle, voire le contrôle, dans lesquels la recourante pourrait faire valoir sa formation ainsi que son expérience et mettre à profit sa capacité de travail résiduelle, sont offerts sur un marché du travail équilibré pour qu'ils puissent être qualifiés d'exigibles au taux de 75% attesté par les experts, au sens du droit de l'AI (ATF 138 V 457 c. 3.1; SVR 2017 IV n° 64 c. 4.1). Si le taux d'activité exigible choisi s'avère adéquat, la base statistique de calcul du revenu d'invalide, selon la méthode ordinaire (ou générale) de comparaison des revenus (voir ci-avant c. 2.2) sélectionnée par l'intimé est en revanche difficile à justifier. En fonction du profil décrit par les experts, l'intimé s'est référé à un revenu annuel de Fr. 64'839.-, adapté à la durée normale du travail dans les entreprises (DNT) de 41,7 heures par semaine en 2012 (corrigeant les 40 heures standardisées des statistiques; ATF 126 V 75 c. 3b/bb), basé sur une table T17 de l'ESS 2012 "Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les groupes de profession, l'âge et le sexe", rubrique 42 "Employé[e]s de réception, guichetiers et assimilés", total de toutes les classes d'âge, femmes (Fr. 5'183.- x 41,7 / 40 heures x 12 mois). Si le choix de cette rubrique paraît effectivement bien correspondre au profil ressortant de l'expertise, la table statistique qui la recense se fonde sur des données provenant tant du secteur privé que du secteur public. Or, les anciennes activités de la recourante ont été exercées au service d'artisans,

dans le secteur privé et, en général, le revenu hypothétique avec invalidité est tiré de la table TA1 "Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétence et le sexe", table dont les données découlent du seul secteur privé (salaires en majorité moins élevés que dans le secteur public). Il paraît donc plus adéquat de se fonder sur le salaire mensuel de Fr. 4'546.- de la TA1 ESS 2012, valeur "total", femmes, niveau 2 (correspondant notamment à des tâches pratiques telles que la vente / les soins / le traitement de données et les tâches administratives). Ce salaire statistique se situe par ailleurs entre ceux de Fr. 4'436.- et de Fr. 4'680.- tirés de la table TA 11 "Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon la formation, la position professionnelle et le sexe", dans le seul secteur privé, avec une formation en entreprise (sans apprentissage CFC complet), correspondant respectivement à une position professionnelle sans fonction de cadre et une de responsable de l'exécution des travaux. Sur la base de Fr. 4'646.-, on aboutit à un revenu avec invalidité, ramené à 70% de Fr. 40'685.- (Fr. 4'646.- x 41,7 / 40 heures x 12 x 0,7).

7.5 Selon la jurisprudence, un revenu avec invalidité basé sur des données statistiques peut être réduit d'un abattement d'au maximum 25% si des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (tels l'âge, les années de service, la nationalité et la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'occupation) laissent supposer que la capacité résiduelle de travail due au handicap en raison d'une ou plusieurs de ces circonstances ne peut être mise en œuvre sur le marché ordinaire du travail qu'avec une rétribution inférieure à la moyenne (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2). En l'espèce, l'incapacité de travail de 25% dans un emploi n'impliquant que des travaux occasionnels à l'ordinateur résultant de l'expertise tient largement compte des handicaps (et perte de rendement) objectivables de la main gauche non dominante. La capacité de travail résiduelle dépasse en outre la part d'activité lucrative de 70% définie dans le statut. La valeur statistique totale prise en considération pour le calcul du revenu avec invalidité, représentative d'un niveau d'emplois dans des tâches pratiques occupés par des femmes, inclut une offre de places de travail, même à temps partiel, correspondant au profil de la recourante, née en 1964, de nationalité suisse, intégrée dans sa région de domicile, de langue maternelle française et disposant de

connaissances en allemand (dos. AI 2/5), sans que les facteurs susceptibles de justifier un abattement ne jouent de rôle. Le revenu avec invalidité ne peut donc pas encore être diminué d'un abattement.

7.6 Il s'ensuit que, jusqu'en décembre 2011, la comparaison du revenu de valide (Fr. 53'635.-) avec le revenu d'invalidé (Fr. 0.-) aboutit à un taux d'incapacité de gain de 100% pour la part d'activité lucrative. Dès le 1^{er} janvier 2012, en utilisant la table ESS TA1, plus favorable à la recourante que celle qu'avait choisie l'intimé (voir ci-avant c. 7.4.2), de la différence de revenus de Fr. 12'950.- (Fr. 53'635.- - 40'685.-), résulte une incapacité de gain de 24,14% dans la part d'activité lucrative.

7.7

7.7.1 S'agissant des travaux habituels, au 1^{er} janvier 2018 est entrée en vigueur la modification du 1^{er} décembre 2017 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201; art. 27 et art. 27^{bis} al. 2 à 4 RAI). Celle-ci prévoit l'introduction d'un nouveau mode de calcul de la méthode mixte, applicable dès 2018, mais sans effet rétroactif (Lettre circulaire AI n° 372 de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS] du 9 janvier 2018). Il en découle que le taux d'invalidité doit en tout cas être déterminé selon l'ancienne pratique (exposée ci-avant), s'agissant du droit à la rente jusqu'à la date ici déterminante de la décision (ATF 140 V 41 c. 6.3.1, 132 V 215 c. 3.1.1; Lettre circulaire AI n° 355 de l'OFAS du 26 mai 2017, p. 1 § 4). C'est le lieu de préciser que la recourante n'est pas dans une situation d'un changement de statut inhérent à des motifs familiaux couverts par la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme du 2 février 2016 dans la cause Di Trizio contre Suisse (Requête no 7186/09). Elle ne peut par conséquent rien tirer de cette jurisprudence pour la période antérieure au 1^{er} janvier 2018 (TF 8C_462/2017 du 30 janvier 2018 c. 5.2, 9C_553/2017 du 18 décembre 2017 c. 6.1 s., 9C_232/2017 du 3 octobre 2017 c. 4.3, 9C_525/2016 du 15 mars 2017 c. 4.2.2), soit notamment un droit à l'application du mode de calcul prévalant dans l'assurance-accidents (voir la Lettre circulaire AI n° 372 de l'OFAS du 9 janvier 2018).

7.7.2 En l'espèce, le rapport d'enquête économique sur le ménage (qui n'est pas critiqué par la recourante et qui constitue une base appropriée et en règle générale suffisante pour procéder à l'évaluation de l'invalidité; SVR 2005 IV n° 21 c. 5.1.1), a conclu à une incapacité pour les tâches qui concernent l'alimentation (soit 40% de l'activité ménagère totale) de 13,2%, concernant l'entretien de l'appartement (soit 20% de l'activité ménagère totale) de 7,4%, concernant les emplettes et courses diverses (soit 10% de l'activité ménagère totale) de 1,8%, concernant la lessive et l'entretien des vêtements (soit 10% de l'activité ménagère totale) de 1,8% et pour des tâches diverses (soit 10% de l'activité ménagère totale) de 2,5%, ce qui conduit à un empêchement total pondéré de 26,7%.

7.7.2.1 Pour la période allant jusqu'au 31 décembre 2011, en appliquant la méthode de calcul valable jusqu'au 31 décembre 2017, l'intimé a correctement pondéré les taux d'incapacité de gain dans l'activité lucrative (100%) et d'empêchements dans l'activité ménagère (26,7%) en fonction de la répartition des activités de la recourante (70% dans la première activité et 30% dans la seconde), portant ces taux à 70%, respectivement à 8,01%. Il a ensuite additionné ces deux résultats, de sorte que le taux d'invalidité a finalement été fixé à 78% (78,01% arrondi; ATF 130 V 121 c. 3.2), taux qui ouvre le droit à une rente entière d'invalidité.

7.7.2.2 Pour la période courant depuis le 1^{er} janvier 2012, en procédant de la même façon, mais en fonction de la perte de gain de 24,14% (voir ci-avant c. 7.6) dans la part de 70% d'activité lucrative et d'empêchements de 26,7% dans la part de travaux ménagers habituels de 30%, l'invalidité est de 25% ($[24,14\% \times 70\%] + [26,7\% \times 30\%] = 16,9 + 8,01 = 24,91$).

7.7.2.3 En l'occurrence, la recourante a présenté une incapacité de travail totale à partir du mois de septembre 2010 et a déposé une demande de prestations de l'AI en janvier 2011. En application des art. 28 et 29 LAI (voir ci-avant c. 3.2 et 3.3), la recourante peut ainsi prétendre à une rente entière d'invalidité dès le mois de septembre 2011, ainsi que l'a du reste retenu l'intimé. A compter du 1^{er} janvier 2012, il existe un motif de révision dès lors que la capacité de travail de la recourante a augmenté (voir ci-avant c. 3.3). C'est ainsi à bon droit que l'intimé a supprimé le droit à une

rente d'invalidité à l'échéance d'un délai de trois mois après l'amélioration constatée, soit au 31 mars 2012.

7.8 La période (dès 2018) à partir de laquelle le nouveau mode de calcul de la méthode mixte pourrait s'appliquer (voir ci-avant c. 7.7.1) n'est pas couverte par l'objet de la présente contestation. Cependant, l'al. 2 des dispositions transitoires de la modification du 1^{er} décembre 2017 du RAI prévoit que, lorsque l'octroi d'une rente a été refusé avant l'entrée en vigueur de cette modification parce que le taux d'invalidité était insuffisant, à un assuré qui exerce une activité lucrative à temps partiel et accomplit par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 LAI, une nouvelle demande est examinée s'il paraît vraisemblable que le calcul du taux d'invalidité conformément à l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI, aboutira à la reconnaissance d'un droit à la rente. Par rapport à l'ancien mode de calcul (voir ci-avant c. 7.7.2.1 et 7.7.2.2), le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps et la perte de gain exprimée en pourcentage est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (art. 27bis al. 3 RAI).

Dans le cas présent, de la comparaison du revenu sans invalidité extrapolé de Fr. 77'550.- (Fr. 54'285.- / 70 x 100) avec le revenu avec invalidité de Fr. 43'591.10 (Fr. 4'646.- x 41,7 / 40 heures x 12 x 0,75) résulte une perte de gain de Fr. 33'959.-, soit une incapacité de gain de 43,79%. Avec la pondération selon les parts des deux activités, on obtient une invalidité de 39% après arrondissement ($[43,79 \times 70\%] + 8,01\% = 38,66\%$). Ce taux est juste inférieur au seuil de 40%. Il ne suffit pas à rendre plausible que le nouveau mode de calcul fera naître un droit à la rente. Il n'y a donc pas lieu de transmettre le recours du 11 mai 2017 à l'intimé afin qu'il en connaisse comme nouvelle demande de rente dès le 1^{er} janvier 2018, au sens des dispositions transitoires précitées, puisque le taux selon le nouveau mode de calcul ne lui permettrait pas d'entrer en matière (voir lettre circulaire AI n° 372 du 9 janvier 2018 de l'OFAS; voir, pour la casuistique du TA concernant ce genre de transmission: JTA AI/2017/755 du 30 novembre 2018 c. 7.2.4, VGE IV/2017/513 du 16 mai 2018 c. 6.5, VGE IV/2018/7 du

29 mars 2018 c. 6.5). Si la recourante veut déposer une nouvelle demande, il lui appartient de faire valoir en plus une autre modification notable des faits au sens de l'art. 87 al. 3 RAI.

8.

8.1 Sur le vu de ce qui précède, le recours est rejeté. C'est à bon droit que l'intimé n'a alloué à la recourante une rente entière d'invalidité que du 1^{er} septembre 2011 au 31 mars 2012.

8.2 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA et selon l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. La recourante, qui succombe, doit ainsi supporter les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, et ne peut prétendre au remboursement de ses dépens (art. 69 al. 1^{bis} LAI, 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 108 al. 1 et 3 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'Office AI Berne,
 - 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).