

200.2019.676.AI

N° AVS
ANP/REN

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

Jugement du 18 décembre 2020

Droit des assurances sociales

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

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 8 août 2019



En fait:

A.

A. _____, née en 1984, célibataire, au bénéfice d'un master en écologie et évolution, a été engagée à 50% dès le 1^{er} janvier 2012 (excepté de juillet à fin octobre 2013, en janvier 2016 et d'avril à fin août 2016 où elle n'était pas sous contrat) comme biologiste doctorante à l'Institut C. _____. Une incapacité de travail à 40% lui a été attestée dès le 15 février 2016 à raison d'une sclérose en plaques (SEP) diagnostiquée en 2011 et ayant évolué par poussées en 2012 et 2015. Après la perte à fin septembre 2016 de son emploi, elle s'est annoncée à partir du 3 octobre 2016 à 60% à l'assurance-chômage (AC) et a réalisé dès novembre 2016 des gains intermédiaires dans une activité de laborantine exercée pour le compte de son ancien employeur (activité débutée en septembre 2016 déjà alors qu'elle était encore sous contrat avec ce dernier). Dans l'intervalle, elle s'est annoncée à fin juillet 2016 à l'assurance-invalidité (AI) en vue de mesures professionnelles et d'une rente (pour ce qui précède: dossier AI [dos. AI] 21/1-3; 30/1-7; 51/2; 51/7).

B.

Saisi du cas, l'Office AI Berne s'est fait remettre copie du dossier de l'assurance perte de gain en cas de maladie comprenant des rapports du service de neurologie de l'hôpital D. _____. Il a de son côté recueilli l'avis des urologue et généraliste traitantes d'alors, puis ordonné des expertises neuropsychologique et neurologique (établies les 22 et 24 janvier 2018). Suite au déménagement de l'intéressée chez ses parents dans le canton E. _____ après la cessation au 14 février 2018 de ses indemnités maladie, l'Office AI Berne a délégué à son homologue du nouveau canton de résidence un mandat d'évaluation professionnelle. L'assurée n'ayant pas souhaité se soumettre à celle-ci, l'Office AI Berne, s'appuyant sur un avis de son service médical régional (SMR) jugeant inutile un réentraînement au travail sur le vu de la capacité de travail résiduelle à 50% ressortant des expertises précitées, a formellement nié le

27 septembre 2018 le droit à des mesures professionnelles. Au cours du même mois, l'intéressée a abandonné son travail de doctorat (pour ce qui précède: dos. AI 74/2; 94/3).

C.

Après avoir dans l'intervalle ordonné une enquête ménagère mise en œuvre par l'Office AI du canton E._____ (rapport daté du 9 octobre 2018), l'Office AI Berne, sur la base d'un statut de salariée à 100% reconnu à l'assurée, a préavisé le 29 novembre 2018 l'octroi à cette dernière d'une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2017 (délai d'attente considéré comme écoulé le 15 août 2014, mais dépôt tardif de la demande AI à fin juillet 2016). Par courriers des 27 décembre 2018 et 6 avril 2019, l'intéressée a formulé des objections contre cette préorientation ultérieurement étayées par un rapport médical du 10 avril 2019 de sa neurologue traitante (rapport que l'Office AI Berne a fait traduire vers le français). Selon un courrier du 24 mai 2019, l'assurée a en outre menacé ledit office d'un recours pour déni de justice s'il ne rendait pas immédiatement une décision intégrant ce nouvel avis médical ni ne lui versait une rente partielle, ou s'il ne transférait pas le dossier à son homologue du canton E._____. En date du 8 août 2019, l'Office AI Berne a statué dans le sens annoncé dans son préavis.

D.

Par acte du 10 septembre 2019, l'intéressée, représentée par un avocat, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Elle conclut principalement à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} janvier 2017 et subsidiairement à ce que lui soit reconnu le droit à une réadaptation professionnelle après un renvoi de son dossier à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire, moyennant pour le tout imputation à ce dernier des frais judiciaires et des dépens. Après avoir recueilli une prise de position de son SMR datée du 26 novembre 2019 relativement aux pièces médicales produites à l'appui du recours, l'intimé a conclu dans sa réponse du 29 novembre 2019 au rejet du recours, subsidiairement au renvoi du

dossier à son attention pour instruction médicale complémentaire, ainsi qu'à ce que la recourante supporte les frais de procédure et ne se voie pas allouer de dépens. L'assurée a renoncé le 18 décembre 2019 à répliquer (tout en produisant d'autres pièces, certaines requises par la Juge instructrice), alors que l'intimé s'est encore exprimé le 30 décembre 2019. Le mandataire de l'assurée a produit sa note d'honoraires datée du 8 janvier 2020.

En droit:

1.

1.1 La décision du 8 août 2019 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et accorde à l'assurée une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2017. Au vu des conclusions du recours, l'objet du litige porte, quant à lui, principalement sur la réforme de la décision en tant qu'elle n'octroie pas une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} janvier 2017 et, subsidiairement, sur l'annulation cassatoire de la décision en vue d'une nouvelle décision après instruction complémentaire. A mesure que la recourante conclut à titre subsidiaire spécifiquement à l'octroi de mesures de réadaptation en parallèle avec la demi-rente, son recours excède l'objet de la contestation et doit partant être déclaré irrecevable. Si la recourante souhaite désormais de telles mesures, indépendamment du niveau de la rente qui lui est allouée, il lui incombe de les demander à l'Office AI compétent.

1.2 Interjeté au surplus 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 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]; art. 15, 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

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

2.

A titre liminaire, la recourante se prévaut d'une violation de son droit d'être entendue par le fait que le prononcé contesté se fonde sur une prise de position du SMR non annexée à celui-ci, dont le contenu ne se confronterait en outre "pas sérieusement avec [sa] situation médicale actuelle". De son avis encore, la façon dont l'intimé motive "une décision si lourde de conséquence comme l'est la décision d'octroi d'une rente d'invalidité n'est pas compatible avec les devoirs découlant de son droit d'être entendue" (recours ch. 3.2 p. 4 et 5). Dès l'abord, l'on précisera que le droit à la consultation du dossier ne s'étend pas aux documents destinés uniquement à l'usage interne de l'administration, tel un avis médical interne du SMR servant à étayer une décision contestée. De tels documents ne constituent en effet pas des moyens de preuve, mais servent exclusivement à forger une opinion interne à l'administration (ATF 125 II 473 c. 4a; SVR 2018 IV n° 18 c. 4.1.2). Le droit d'être entendue de la recourante n'a partant pas été violé par le fait qu'elle n'a pas reçu avec la décision contestée le rapport médical du SMR étayant celle-ci (rapport daté du 7 mai 2019 figurant dans le dossier de la cause produit avec la réponse de l'intimé; dos. AI 102/1 à 3). L'obligation de motiver une décision qui ne fait pas entièrement droit aux demandes des parties (art. 49 al. 3 phr. 2 LPGA) implique ensuite, certes, que les réflexions qui ont guidé l'autorité et sur lesquelles se fonde la décision soient au moins brièvement mentionnées. Il n'est en revanche pas nécessaire que tous les faits,

moyens de preuve et griefs invoqués par les parties soient expressément exposés et discutés, seuls les points importants en vue du jugement devant figurer dans la décision (ATF 136 I 229 c. 5.2, 124 V 180 c. 1a; SVR 2017 KV n° 6 c. 5). Au présent cas, l'intimé a d'abord relevé dans sa décision qu'eu égard aux investigations menées, l'assurée est "en mesure d'assumer d'un point de vue médical l'activité à un poste scientifique à un taux d'occupation de 100% avec une diminution de rendement de 50%". S'appuyant sur une prise de position de son SMR face au rapport médical établi le 10 avril 2019 par la neurologue traitante, il a en outre précisé que l'appréciation de cette doctoresse représente "une évaluation différente des mêmes faits médicaux (...)" et qu'il n'en ressort "aucune nouvelle conclusion objective" susceptible de mettre en doute le profil d'exigibilité préalablement établi. Il a enfin retenu que "les plaintes faisant l'objet de l'objection ont déjà été pleinement prises en compte". Cette motivation (figurant au dos. AI 113/6 et 113/7), il est vrai succincte, permettait néanmoins à la recourante de se faire une idée quant au raisonnement menant à la décision rendue à son encontre. Comme déjà relevé (c. 2 supra), il n'était nul besoin que l'intimé aborde et traite chaque argument ou élément de fait ou de droit invoqué à l'appui du recours. Le contenu détaillé de celui-ci confirme du reste que l'assurée a été en mesure de contester à bon escient cette décision, ce d'autant qu'elle était assistée à cet effet par un avocat. Il s'ensuit que son droit d'être entendue n'a pas non plus été violé sous cet aspect spécifique.

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 (art. 7 al. 1 LPGA).

L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI).

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 LPGGA).

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 LPGGA). Lors de l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité échelonnée ou limitée dans le temps, les dispositions applicables à la révision s'appliquent par analogie (ATF 109 V 125 c. 4a; VSI 1998 p. 121 c. 1b). Aussi, 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). Pour autant, à la différence de ce que prévoit l'art. 88a al. 1 RAI en cas d'amélioration de la capacité de gain, il n'est pas nécessaire que la modification, après qu'elle a duré trois mois sans interruption notable, perde probablement encore dans le futur. L'exigence légale d'une modification d'une certaine durée est en principe réalisée une fois le délai d'attente de trois mois arrivé à échéance (SVR 2017 IV n° 71 c. 2.3.1).

3.3 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1). Il incombe tout d'abord au médecin (expert) d'évaluer l'état de santé et, si

nécessaire, de décrire son évolution dans le temps, c'est-à-dire de réunir les résultats des investigations en procédant à un examen médical selon les règles de l'art, en tenant compte des plaintes subjectives, puis de poser un diagnostic en se fondant sur ces résultats. En cela, l'expert accomplit sa tâche spécifique, pour laquelle l'administration et les tribunaux ne sont pas compétents (ATF 140 V 193 c. 3.2; SVR 2017 IV n° 75 c. 4.1.1). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (cf. art. 16 LPGA).

3.4 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (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).

4.

4.1 Pour rendre sa décision contestée d'octroi d'une demi-rente AI dès le 1^{er} janvier 2017 (degré d'invalidité de 50% résultant de la comparaison de deux revenus hypothétiques fondés sur la même source statistique), l'intimé s'est pour l'essentiel rallié aux expertises neuropsychologique et

neurologique établies les 22 et 24 janvier 2018. Sur ces bases, il a estimé qu'un rendement de 50% était offert dans une activité adaptée telle celle usuelle de biologiste exercée à temps complet. Dans sa réponse étayée par une prise de position du 26 novembre 2019 de son SMR, il a nié que des imageries par résonance magnétique (IRM) réalisées les 22 et 24 mai 2019 attestent à un degré de vraisemblance prépondérante d'une péjoration fonctionnelle. Pour le cas où une instruction complémentaire devait néanmoins être ordonnée par le TA, il conclut à ce que les frais de procédure soient imputés à la recourante qui n'a communiqué ces éléments médicaux qu'après qu'avait été rendue la décision litigieuse.

L'assurée fait grief quant à elle à l'Office AI Berne de trancher une question aussi importante que celle de sa capacité résiduelle de travail "en renvoyant à des rapports qui ne se confrontent pas sérieusement avec [sa] situation médicale actuelle" (recours ch. 3.2 p. 5). A lire les expertises ordonnées sur les plans neurologique et neuropsychologique (elle invoque des problèmes de compréhension linguistique s'agissant de la première), elle considère qu'une capacité résiduelle de travail à 50% n'était déjà pas possible en 2017. Elle oppose à l'avis du SMR excluant toute évolution significative de sa maladie depuis la demande de prestations (déposée alors que la capacité résiduelle n'était plus que de 50% mais encore étayée par l'attestation d'une incapacité de travail de 40% depuis février 2016) les conclusions du 10 avril 2019 de sa neurologue traitante lui reconnaissant des aptitudes résiduelles limitées à 20-30% sur le plan professionnel (cas échéant aussi dans les tâches ménagères), de même que le résultat d'une IRM du 24 mai 2019 qui corroborerait selon elle cette détérioration et lui ouvrirait le droit à une rente d'invalidité entière.

4.2 A l'appui de son recours, l'assurée a produit un courrier du 28 août 2019 de sa neurologue traitante rédigé à l'attention de son mandataire (dossier recours [dos. rec.] C). En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie la légalité de la décision attaquée d'après l'état de fait existant au moment où celle-ci a été rendue (voir à ce sujet: c. 1.1 supra), à moins que les nouveaux rapports médicaux invoqués soient de nature à influencer sur l'appréciation au moment où ladite décision litigieuse a été prononcée (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Au présent cas, la prise de position

précitée du 28 août 2019, certes postérieure à la décision contestée du 8 août 2019, permet certaines déductions utiles quant à la situation qui prévalait au moment de ce prononcé de sorte qu'il y aura lieu d'en tenir compte dans le cadre de l'appréciation des preuves (c. 5 et 6 infra). A toutes fins utiles, l'on précisera qu'il en va différemment du dernier rapport médical du 21 octobre 2019 de cette même neurologue rendant compte des deux premières infiltrations pratiquées dans le cadre d'un traitement immunomodulateur mis en place dès mi-septembre 2019, puisque l'on en infère une situation en évolution par rapport à celle dont a eu à connaître l'intimé lors de son prononcé ici contesté. L'assurée ne s'est du reste pas prévalu de cette nouvelle appréciation dans son recours.

5.

Les principales sources médicales suivantes au dossier administratif de l'intimé se prononcent sur l'état de santé et/ou la capacité de travail de la recourante.

5.1 Plusieurs médecins et spécialistes ont d'abord été consultés dans le cadre du suivi régulier de la recourante.

5.1.1 Le service de neurologie de l'hôpital D._____ a posé en décembre 2011 le diagnostic inaugural d'une SEP en raison de multiples lésions démyélinisantes constatées par IRM cérébrale mais également au niveau de la moelle cervicale, et a ultérieurement qualifié la maladie de récurrente-rémittente ensuite de deux nouvelles poussées en août 2012 et mars 2015. En appliquant l'échelle EDSS (expanded disability status scale) servant à mesurer sur 20 niveaux (0 à 10 par demi-points) les fonctions neurologiques d'un patient atteint de SEP, l'hôpital D._____ a fait état d'un score de 2 en décembre 2011, de 1,5 en février et juin 2016, puis de 2 en décembre 2016 et juin 2017. Le traitement de fond instauré a d'abord consisté en une prise d'acétate de glatiramère puis, à raison d'une progression nette de la charge lésionnelle constatée vers mi-octobre 2015 par IRM cérébrale et au niveau de la colonne cervicale (progression stabilisée en juin 2016), en une administration de diméthyle fumarate (arrêtée début décembre 2016) et de vitamine D à haute dose (quant à elle

poursuivie). Dans un rapport AI du 29 août 2016, les neurologues de l'hôpital D._____ ont estimé que l'activité de biologiste dans laquelle était attestée une incapacité de travail à 40% depuis le 15 février 2016 demeurerait possible à 60% et ont également fait mention d'une diminution d'environ 20% du rendement imputable à la fatigue. Leur profil d'exigibilité défini comme valable dès février 2016 insistait sur la nécessité de pauses régulières à prendre selon le rythme de la patiente, ainsi que sur l'absence d'horaires irréguliers et d'une exposition répétitive à la chaleur, au froid et/ou au bruit. Ces exigences ont été pour l'essentiel confirmées, voire précisées, dans des rapports médicaux adressés fin février 2017 au médecin conseil de l'assurance maladie en cas de perte de gain et vers mi-juin 2017 à la généraliste traitante d'alors. Il a ainsi été spécifié qu'une perte de rendement de 20 à 30% s'ajoutait aux restrictions fonctionnelles prises en compte dans les limites du pensum résiduel de travail de 60% reconnu dans l'emploi usuel adapté.

5.1.2 La médecin urologue suivant l'assurée à sa consultation depuis le 9 mars 2016 a diagnostiqué, dès cette date et sans influence sur la capacité de travail, des plaintes mictionnelles irritatives persistantes associées à des infections récidivantes des voies urinaires, un status après une infection bactérienne par ureaplasma urealyticum (octobre 2015), une SEP (diagnostiquée en 2011), dans un contexte médical par ailleurs marqué par une constipation chronique (colonoscopie en 2015 sans particularités) et un manque de vitamine B12 substitué. Divers traitements médicamenteux ont été instaurés sans grand succès par cette spécialiste qui a recommandé des investigations complémentaires aux fins d'exclure une possible cause neurologique aux plaintes présentées par sa patiente. Dans son rapport AI daté du 24 août 2016, elle a réservé son pronostic pour le cas où ces dernières seraient liées à la SEP.

5.1.3 A l'appui de son rapport AI rédigé le 3 octobre 2016, la généraliste traitante d'alors depuis fin août 2015 a diagnostiqué, avec répercussions sur la capacité de travail, une SEP présente depuis 2011 et, sans influence sous ce dernier angle, une constipation chronique, des infections récidivantes des voies urinaires et un manque de vitamine B12 substitué. Elle a émis un pronostic favorable et attesté une capacité de travail de 60%

dans l'emploi usuel considéré comme adapté aux restrictions encourues à raison de la fatigue et de la pollakiurie, sans retenir de baisse de rendement supplémentaire dans ces limites d'exigibilité.

5.1.4 Le centre F._____ de l'hôpital G._____, dans un rapport du 5 février 2019 adressé à la nouvelle généraliste traitante, médecin interniste, a retenu comme diagnostics principaux celui, d'une part, d'une SEP (début 2011) marquée par quatre poussées successives en 2010 (probablement), 2011 (diagnostic), février 2013 et mars 2015, l'instauration de plusieurs traitements médicamenteux en l'état suspendus, une administration actuelle de vitamine D, de multiples lésions cérébrales en-dessus et en-dessous des segments de degré stable selon une IRM cérébrale du 6 novembre 2018 (versus novembre 2017), trois lésions C2-C3, C3-C4 et C5-C6 de degré stable selon une IRM cervico-dorsale du 28 mars 2018 (versus octobre 2015) ainsi qu'un EDSS de 3 et, d'autre part, celui d'un trouble du déficit de l'attention avec - en l'occurrence - hyperactivité (TDAH) traité par Ritaline. A l'issue d'un suivi ambulatoire du 24 décembre 2018 au 25 janvier 2019, les neurologues de ce centre ont évoqué un début probable de la maladie en 2003 déjà moyennant apparition d'un trouble sensitif au bras gauche. Ils ont rapporté à leur examen clinique un état stable par rapport à la situation qui prévalait le 18 mai 2018 (EDSS 3) et confirmé l'incapacité de travail à 50% fixée sur le plan neurologique - plan médical dont ne relevaient selon eux pas les difficultés cognitives d'exécution liées au TDAH en l'état amélioré sous médication. En présence d'un handicap moyen et de lésions médullaires, ces neurologues ont réitéré l'indication posée à un traitement modificateur du décours de la maladie en précisant que la patiente, s'interrogeant actuellement sur une éventuelle maternité, s'y était opposée et préférerait poursuivre une thérapie alternative. Ils ont néanmoins adressé l'intéressée à des confrères pour une vaccination prophylaxique en prévision d'une thérapie immunosuppressive sur le long terme. Un bilan de laboratoire complet avec un check-up du fer et vitaminique pour identifier les éventuels facteurs explicatifs de la fatigue ainsi qu'une IRM médullaire dans un délai d'un an étaient en outre réservés.

5.1.5 Dans la continuité des diagnostics antérieurs retenus, l'actuelle neurologue traitante a décrit dans son rapport du 10 avril 2019 (que l'intimé a fait traduire) un décours clinique caractérisé par l'absence de poussées à la faveur d'une légère progression des troubles tant moteurs que cognitifs évoquant, selon elle, une évolution de la maladie depuis l'expertise neurologique de 2018 vers une forme progressive-rémittente secondaire. Elle a rapporté à son examen clinique un héli-syndrome sensorimoteur spastique à droite, des douleurs neuropathiques aux quatre membres, des troubles de l'équilibre, des troubles sphinctériens ainsi que des troubles cognitifs associés à un état de fatigue important et eux-mêmes significativement accentués par un TDAH présent depuis l'enfance mais diagnostiqué tardivement. Cette doctoresse a précisé que sa patiente a remarqué une baisse de rendement progressive dans son activité de doctorante qu'elle a d'abord compensée grâce à des horaires de travail flexibles et un environnement de travail compréhensif avant de devoir interrompre ce travail à raison tant des soins médicaux imposés par son état que de la fatigue quotidienne éprouvée. Selon la même doctoresse, le taux d'incapacité de travail dépasse nettement les 50% dans une activité exigeant un fonctionnement cognitif élevé et il existe également des limitations très importantes sur le plan physique. Elle chiffre à 70-80% l'incapacité de travail encourue dans un emploi adapté et à 30-40% environ celle dans les activités domestiques, n'excluant toutefois pas en cas de stabilisation clinique et d'optimisation de la thérapie que la patiente puisse exercer une activité de consultante au taux résiduel offert de 20 à 30%, idéalement à domicile. Cette neurologue s'est à nouveau prononcée le 26 juin 2019 à la suite d'une IRM cérébrale du 22 mai 2019 ayant démontré un état stable par rapport à la précédente IRM, puis d'une IRM cervico-dorsale du 24 mai 2019 ayant laissé apparaître une extension des plaques aux niveaux C2-C3 et de nouvelles plaques aux niveaux D4, D10, D11 et D12. Elle a estimé cette évolution attestée sur le plan radiologique corroborée par ses propres observations cliniques sur les derniers segments en date du 29 mai 2019. Dans l'optique d'un traitement immunomodulateur, cette même doctoresse a organisé un examen héματο-chimique ayant révélé une concentration insuffisante des anticorps contre l'hépatite B à raison de laquelle un vaccin a alors été prévu. Le 28 août 2019, elle a confirmé la péjoration médicale dont sa patiente faisait

état au cours des derniers mois sous forme de difficultés motrices accrues dans la déambulation et d'une augmentation de la fatigue. Un traitement par infiltrations a conséquemment été planifié par la neurologue traitante qui, en désaccord complet avec l'appréciation rendue dans l'intervalle par l'Office AI Berne, a recommandé une réévaluation de la capacité de travail résiduelle. Elle a au surplus souligné que sa patiente souffre d'une seconde pathologie sous la forme d'un TDAH qui renforce, en concours avec la maladie neurologique de base, les déficits cognitifs présents.

5.2 Des investigations ont par ailleurs été ordonnées par l'AI sur le plan neurologique d'abord, puis sous l'angle neuropsychologique.

5.2.1 A l'appui de son expertise du 24 janvier 2018 établie sur la base notamment d'un examen clinique pratiqué le 30 août 2017, l'experte neurologue mandatée a retenu, avec influence sur la capacité de travail, la présence d'une encéphalomyélite disséminée avec évolution par poussées (ICD-10:G35.1) moyennant de nombreuses lésions ovales dans la substance péri-ventriculaire blanche et le centre semi-ovale selon une IRM neuro-crâniale du 13 décembre 2011, des poussées en août 2012 et mars 2015, l'instauration d'une thérapie immunomodulante entretemps interrompue ainsi qu'une fatigue motrice et cognitive actuellement prononcée, de déficits neuropsychologiques, d'un héli-syndrome minimal sensorimoteur droit et d'un EDSS de 2,5. Sans pertinence sous l'angle de la capacité de travail ont été évoqués des plaintes mictionnelles persistantes irritatives, une constipation chronique en présence d'une bactérie blastocystis hominis ainsi qu'un manque de vitamine B12 substitué. Selon l'experte, le syndrome de fatigue observé neurologiquement avec diminution correspondante de la capacité de rendement et de sollicitation à l'effort sur les plans mental et corporel limite à hauteur de 50% les aptitudes professionnelles données dans l'activité adaptée de biologiste - à condition, toutefois, que ce type de travail offre des horaires flexibles, n'implique pas de performances cognitives élevées ni de travaux physiquement lourds à moyennement lourds. Si cette spécialiste a estimé difficile au vu du processus évolutif lent de la maladie de dater rétrospectivement la diminution de la capacité de travail, elle a considéré sur la base des données fournies par la patiente et son

employeur que la situation médicale s'est péjorée peu après le début du travail de doctorat, soit courant 2013, jusqu'à finalement atteindre un pensum résiduel de travail de 50% en adéquation avec le résultat de l'évaluation neuropsychologique (c. 5.2.2 infra). Elle a au surplus nié la présence de facteurs étrangers à l'invalidité, à l'instar de tout indice en faveur d'une aggravation ou d'une dissimulation des symptômes. De son avis encore, il conviendrait de déterminer lors d'une mesure de réentraînement au travail si ce pensum de 50% peut être augmenté.

5.2.2 Dans son rapport d'expertise daté du 22 janvier 2018 mais fondé sur un examen plus récent - réalisé le 6 décembre 2017 - que celui de l'experte neurologue, le neuropsychologue FSP mandaté par l'intimé a quant à lui diagnostiqué, avec répercussions sur la capacité de travail, un trouble neuropsychologique d'intensité légère à moyenne avec troubles cognitifs (attention, mémoire, fonctions exécutives, langage) et fatigue mentale importante dans le cadre d'une SEP et de résidus d'un TDAH. Selon ce spécialiste, les diagnostics précités de SEP (majeur) et de TDAH (mineur) s'influencent mutuellement à mesure que la gestion des difficultés d'attention ainsi que de leurs fluctuations nécessite une énergie déjà réduite chez l'assurée en raison de la SEP et que la fatigabilité accrue inhérente à cette maladie exacerbe elle-même les déficits d'attention et, par voie de conséquence, le phénomène de fatigue. En d'autres termes, le neuropsychologue a considéré que les fonctions cognitives sont davantage limitées lorsque la fatigue s'installe et, inversement. De son avis encore, si l'assurée parvient grâce à son niveau intellectuel élevé à combler partiellement ces difficultés, ses possibilités de compensation apparaissent néanmoins diminuées par rapport à ce qui prévalait autrefois. Il a exclu la présence d'autres facteurs susceptibles d'expliquer le tableau clinique, telle celle de troubles psychiques de type dépressif notamment. Eu égard aux limitations objectivées, il a estimé que l'endurance mentale est réduite de 40% dans l'activité usuelle adaptée et que, dans ces limites d'exigibilité (60%), le rendement y est diminué de 20%, ce qui débouche sur une capacité de travail globale de 48% qu'il juge conforme aux estimations de l'experte neurologue mandatée par l'AI (voir c. 5.2.1 supra).

5.3 Le SMR, par l'entremise d'une doctoresse neurologue, a estimé dans un premier rapport du 27 avril 2017 que les exigences définies par l'hôpital D. _____ ne peuvent être reprises telles quelles et qu'il convient au vu de la fatigue et des plaintes cognitives subjectives prédominantes d'ordonner des investigations neurologiques complémentaires. Dans une notice interne du 9 novembre 2017, la même doctoresse a reproduit le contenu d'un email adressé par l'assurée à sa consœur neurologue mandatée par l'AI (qui l'a elle-même transmis à l'expert neuropsychologue), à l'appui duquel était évoqué le souhait de la patiente d'être évaluée sur le plan neuropsychologique quant à la présence également d'un TDAH au vu de certains symptômes présents depuis l'enfance. En date du 21 juin 2018, la neurologue du SMR a considéré que seule la problématique de SEP influence négativement la capacité de travail sous la forme d'une fatigue motrice et cognitive prononcée, d'un héli-syndrome sensorimoteur minimal droit et de déficits neuropsychologiques légers à modérés. Elle s'est entièrement ralliée aux expertises mandatées par l'AI et a admis sur ces bases une capacité de travail résiduelle d'au maximum 50%. Selon cette doctoresse, les déficits neuropsychologiques induits par la SEP seront davantage ressentis dans une activité exigeante sur le plan cognitif telle celle de doctorante, cette activité précise laissant toutefois supposer qu'elle peut être allégée d'autres responsabilités tel le multitâche. Quant aux déficits inhérents à la SEP, la doctoresse précitée a mentionné qu'ils se répercuteront de façon égale dans n'importe quelle activité. Elle a estimé superflu d'examiner au moyen d'un entraînement au travail s'il existe des possibilités d'augmenter le taux résiduel de 50% reconnu par les experts. Dans un rapport du 7 mai 2019, la spécialiste du SMR a considéré que le rapport médical établi le 10 avril 2019 par la neurologue traitante représente une simple appréciation divergente d'un même état de fait médical et qu'il ne se justifie partant pas de revoir le profil d'exigibilité défini antérieurement. En procédure de recours, elle s'est prononcée le 26 novembre 2019 sur les nouveaux résultats d'imagerie produits à l'appui du recours en estimant que l'IRM cérébrale demeure stable tandis que l'IRM de la moelle épinière montre de nouvelles lésions compatibles avec une péjoration médicale. Elle a cependant précisé que la progression des déficits corporels ne semble pas prononcée et que la fatigue dont la patiente invoque un accroissement a déjà été largement prise en compte.

Cette doctoresse en a conclu que le profil d'exigibilité défini comme valable jusqu'alors demeure applicable, mais a recommandé une réévaluation de la situation au moyen d'une expertise neurologique de suivi.

6.

6.1 L'assurée conteste le caractère probant des conclusions bidisciplinaires (neurologiques/neuropsychologiques) qui servent de fondement à la décision de l'intimé.

6.1.1 Sous l'angle formel, il est principalement reproché à l'Office AI Berne d'avoir mandaté une médecin neurologue de langue allemande qui n'aurait restitué qu'"avec difficulté, vu les problèmes de compréhension linguistique avec l'experte (!)" certaines données anamnestiques relatives à la dernière activité exercée (recours ch. 3.3 p. 5). Au vu du dossier, l'on relève que l'assurée n'est elle-même pas non plus de langue maternelle française et qu'elle a de son propre chef fait recours à des spécialistes alémaniques, il est vrai surtout sur le plan somatique (généraliste et urologue traitantes) et sans que l'on puisse par ailleurs restituer la langue de ces consultations médicales (les rapports y relatifs étant en tout cas rédigés en allemand). En tout état de cause, l'experte mandatée a précisé dans son rapport d'expertise que les éléments d'anamnèse neurologique recueillis lors de son examen du 30 août 2017 l'avaient été en anglais et, rarement, en langue française - a fortiori, donc, nullement en allemand (dos. AI 77.1/10 ch. 3). Quoi qu'il en soit, la recourante a en l'occurrence donné suite sans réserve à la communication régulière du mandat d'expertise confié à une doctoresse neurologue exerçant en Suisse alémanique. A aucun moment, elle n'a exprimé son mécontentement sur le principe même de devoir se soumettre à un tel examen médical, ni n'a émis de doutes quant au déroulement à venir de l'expertise, alors même que l'une des correspondances qui lui était adressée par l'experte lui laissait entrevoir que l'entretien ne se déroulerait pas, à tout le moins principalement, en langue française (dos. AI 64). Ses demandes correctives formulées ensuite des conclusions bidisciplinaires livrées ne visaient par ailleurs que l'expertise neuropsychologique, qu'elle indiquait au

reste avoir "beaucoup appréciée" et qu'elle ne contestait que sur deux points précis. Certes, l'assurée supputait sous l'un de ces aspects (ampleur de la fatigue ressentie) que l'experte neurologue mandatée par l'AI n'avait pas correctement retranscrit ses plaintes subjectives ce, en reconnaissant dans le même temps toutefois qu'elle n'avait pour sa part pas lu l'expertise neurologique concernée et que ses doutes s'appuyaient sur sa seule impression personnelle (voir son email y relatif du 4 avril 2018; dos. AI 83). Or, après avoir pris connaissance de cette expertise neurologique, elle ne l'a nullement contestée quant à la forme dans ses objections des 27 décembre 2018 et 6 avril 2019, laissant bien davantage entendre qu'elle n'avait elle-même pas été en mesure d'apprécier lors de sa réalisation l'ampleur des limitations encourues ni leur incompatibilité avec un emploi exercé à 50% (dos. AI 96/2; 98/2). Elle n'a en outre jamais demandé à se voir remettre une traduction de l'expertise neurologique. Du point de vue de la garantie constitutionnelle de la non-discrimination du fait notamment de la langue et de la liberté de la langue (art. 8 al. 2 et 18 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 [Cst., RS 101]), rien ne s'opposait par conséquent à ce que cette expertise soit effectuée dans un milieu où l'on ne s'exprimait pas nécessairement dans l'une des langues officielles de la Confédération que la personne assurée maîtrise (ATF 128 V 34 c. 2a, 127 V 219).

6.1.2 L'appréciation bidisciplinaire rendue sur mandat de l'Office AI répond pour le surplus aux autres réquisits formels posés par la jurisprudence du TF. Cette appréciation s'appuie tout d'abord sur des examens spécialisés sur les plans neurologique et neuropsychologique, à l'issue desquels a été dressé un état clinique précis étayé, pour le premier domaine médical, par un examen neurologique orienté sur plusieurs axes prédéfinis (général, tête, nerfs cérébraux, extrémités, réflexes musculaires, sensibilité, postures debout et à la marche) et, quant au second, par des observations cliniques et des résultats de tests cognitifs standardisés. Les plaintes et limitations subjectives ont été ensuite systématisées dans l'expertise neurologique au moyen d'une description de l'évolution de la maladie, des symptômes actuels présents eux-mêmes sous-catégorisés et du déroulement d'une journée type, ainsi que dans l'expertise neuropsychologique quant à elle différenciatrice, en sus, des plaintes rapportées spontanément ou sur questionnement ciblé de l'expert, de la

médication en cours et des indications durant l'examen relatives à la fatigue et aux douleurs. Le contexte social est lui aussi clairement décrit et intègre sous l'angle neurologique des éléments d'anamnèse familiale et personnelle, ainsi que sociale et professionnelle, et, en plus, du point de vue neuropsychologique, une hétéro-anamnèse livrée par la sœur de l'expertisée. Toujours en lien avec l'atteinte à la santé, l'experte neurologue a veillé à distinguer la diminution des capacités fonctionnelles induites par celle-ci des conséquences (directes) - en l'occurrence niées - de potentiels facteurs psychosociaux étrangers à l'invalidité et ce, en accord avec les exigences de la jurisprudence du TF (voir à ce sujet: ATF 127 V 294 c. 5a et SVR 2012 IV n° 52 c. 3.2). Cette même experte et son confrère neuropsychologue se sont en outre prononcés sur les ressources disponibles ainsi que sur la consistance des plaintes invoquées, en l'occurrence reconnue vu l'absence de contradictions notables entre celles-ci et les observations cliniques recueillies. Le second expert a en outre examiné dans quelle mesure les diagnostics de SEP et de TDAH s'influençaient réciproquement. Enfin, les experts ont livré une estimation fiable et univoque de la capacité résiduelle de travail offerte.

6.1.3 Contrairement à ce qu'allègue l'assurée, il ne saurait être retenu sous l'angle matériel que l'évaluation par l'intimé de ses aptitudes professionnelles à un taux résiduel de 50% sur la base de l'appréciation bidisciplinaire précitée "n'était déjà pas possible en 2017" (recours ch. 3.3 p. 5). Ce taux se défend au contraire à un degré de vraisemblance prépondérante (degré de preuve valable en droit des assurances sociales; ATF 144 V 427 c. 3.2) sur le vu des substrats objectivés lors de l'examen neurologique ainsi que des limitations cognitives constatées sur le plan neuropsychologique. Du reste, vers la même époque que celle où ont été menées (à fin août et début décembre 2017) les investigations neurologiques et neuropsychologiques ordonnées par l'AI, à savoir dans le courant 2017 (plus précisément à fin février et vers mi-juin 2017; c. 5.1.1 supra), les anciens neurologues traitants auprès de l'hôpital D. _____ ont eux aussi attesté des exigences professionnelles très proches en reconnaissant à leur patiente une capacité de travail de 60% assortie d'une baisse de rendement supplémentaire d'environ 20-30% dans son emploi usuel adapté, moyennant partant un taux d'activité résiduel global qui

oscillait entre 42 et 48%. Quelques mois plus tôt, début octobre 2016, la généraliste traitante admettait même de son côté une capacité résiduelle de travail de 60% dans l'emploi usuel adapté, de surcroît non conditionnée à une perte additionnelle de rendement (c. 5.1.3 supra). Ainsi qu'également souligné le 21 juin 2018 par la doctoresse du SMR, la capacité résiduelle de travail retenue dans le cadre de l'appréciation bidisciplinaire se trouve par ailleurs en cohérence avec les indications fournies par le professeur jadis responsable de la division universitaire au sein de laquelle l'assurée effectuait son travail de doctorat. Dans un questionnaire rempli le 19 septembre 2016, ce supérieur hiérarchique précisait en effet dans un descriptif de l'activité exercée et des exigences inhérentes à celle-ci que l'assurée, en comparaison avec la situation qui prévalait à l'entame de son travail de doctorante, subissait désormais une baisse de rendement de 40 à 50%. Il expliquait ce déclin dans la productivité par le fait que l'assurée avait besoin de davantage de temps pour accomplir les travaux scientifiques très exigeants inhérents à son travail de doctorante, comme par exemple la rédaction de contributions scientifiques spécialisées. Il s'ensuit que l'évaluation bidisciplinaire rendue courant 2018, loin d'être contredite par les données d'ordre médical et professionnel au dossier de la cause contemporaines à son établissement, apparaît bien plus renforcée par ceux-ci dans ses prémisses et conclusions. Pleine et entière valeur probante doit par conséquent lui être reconnue.

6.2

6.2.1 Se pose en revanche la question, également soulevée dans le recours (ch. 3.2 p. 5, ch. 3.4 p. 6 et 7, ch. 3.5 p. 7 et 8 et ch. 4 p. 8), de savoir si l'appréciation bidisciplinaire fondée sur les investigations, respectivement neurologiques et neuropsychologiques, effectuées à fin août et début décembre 2017 conservait toute sa validité au moment où l'Office AI Berne a rendu sa décision contestée du 8 août 2019. Dans leur rapport du 5 février 2019, les médecins du centre F. _____ ont dressé un bilan neurologique qualifié de stable depuis le 18 mai 2018 avec un EDSS de 3 et ont rapporté, sur la base de nouveaux résultats d'IRM des 28 mars et 6 novembre 2018, de multiples lésions cérébrales en l'état inchangées ainsi que trois nouvelles lésions aux segments C2-C3, C3-C4

et C5-C6 d'évolution stable. Sur ces bases, ils ont confirmé l'exigibilité d'une activité adaptée à un taux de 50%. Pour émettre ce constat, le centre F. _____ n'a pas passé sous silence les difficultés cognitives accrues invoquées, mais les a considérées comme étrangères à la pathologie neurologique car liées au TDAH en l'état amélioré sous médication adéquate (c. 5.1.4 supra). Certes, l'assurée s'est prévalu de plusieurs changements de vie entre février et septembre 2018 pratiquement concomitants aux nouveaux résultats d'IRM précités, aux fins de tenter de matérialiser l'évolution alléguée dans sa situation de santé. A elles seules, ces nouvelles circonstances de vie personnelle et professionnelle (déménagement dans le canton E. _____, abandon du travail de thèse) n'étaient pas déjà révélatrices toutefois d'une péjoration médicale qui aurait annihilé toute capacité médico-théorique de travail dans les limites d'exigibilité définies jusqu'alors. Le dossier de la cause fait du reste état d'autres motifs ayant amené la recourante à quitter le canton de Berne et le travail de recherche universitaire qu'elle y effectuait (fin du versement de ses indemnités journalières maladie et de chômage, maladie de sa mère; voir "Protokoll per 29.11.2019" p. 1 et 2 au dossier du TA [dos. TA]). Si l'on peut aisément comprendre ses difficultés à l'accepter, la perte, en sus d'une partie de ses aptitudes professionnelles, d'autres compétences données avant la maladie (dans sa vie sportive, sociale et culturelle) de même que la fragilisation de certains plans d'avenir (projet d'une maternité) ne s'avèrent nullement déterminantes du point de vue de l'AI (dos. rec. G). A teneur de l'art. 7 al. 2 LPGA en effet, seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et il n'y a en outre incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

6.2.2 Au degré de la vraisemblance prépondérante, l'on conclut dès lors à un premier stade de ce qui précède que l'état de fait qui prévalait à fin janvier 2019 au terme du suivi ambulatoire auprès du centre F. _____ rendait compte d'une situation médicale globalement inchangée par rapport à celle qui était décrite lors des investigations interdisciplinaires réalisées dans le courant 2017. A un stade ultérieur et au même degré probatoire, il y a ensuite lieu de considérer que cette stabilité s'est maintenue à tout le moins jusqu'en mai 2019. En effet, l'estimation livrée le 10 avril 2019 par la

neurologue traitante d'une restriction à hauteur de 70 à 80% de la capacité résiduelle de travail n'était alors étayée par aucune(s) donnée(s) objective(s) nouvelle(s) sur les plans tant radiologique que clinique. Ce n'est qu'à connaissance du résultat de la nouvelle IRM cervico-dorsale du 24 mai 2019 mettant en évidence une extension des plaques aux niveaux C2-C3 et l'apparition de nouvelles plaques aux segments D4, D10, D11 et D12 que cette spécialiste, dans son appréciation du 26 juin 2019 étayée par ces nouveaux substrats d'imagerie, a été en mesure de rendre plausible une péjoration de l'état de santé de sa patiente en soulignant encore que cette détérioration était corroborée par la clinique relevée à son examen du 29 mai 2019. Jusqu'alors, les conclusions de la même doctoresse qui rapportaient une détérioration médicale ne s'appuyaient en effet que sur le seul ressenti de sa patiente qui, plusieurs mois avant que celles-ci ne soient étayées par la radiologie et la clinique, évoquait en effet des difficultés motrices accrues dans la déambulation et une augmentation de la fatigue (voir les précisions apportées à ce sujet dans l'ultime rapport du 28 août 2009 de sa neurologue traitante; c. 5.1.5 supra). Qui plus est, on ne peut exclure au présent cas que le positionnement de cette spécialiste validateur des plaintes subjectives exprimées dans le sens d'une intensification significative de ces dernières ait aussi eu pour visée de convaincre sa patiente de la nécessité de reprendre une médication immunomodulatrice et de maintenir celle-ci sur le long terme (ce à quoi, la neurologue traitante semble du reste être parvenue vu le traitement immunosuppresseur par injections mis en place dès mi-septembre 2019; c. 4.2 supra).

6.2.3 Aucune évolution sur le plan médical ne peut en conséquence être retenue avant les nouvelles investigations radiologiques menées à fin mai 2019. Jusqu'à cette date-là (à tout le moins), il y a lieu de reconnaître à l'assurée une capacité résiduelle de travail de 50% dans un emploi adapté aux restrictions motrices et cognitives induites par la SEP, ainsi que par le résidu du TDAH dont elle est également atteinte (seules les restrictions cognitives supplémentaires par rapport à celles constatées en 2018 par l'expert neuropsychologue étant considérées comme désormais résorbées par la médication mise en œuvre pour traiter ce trouble; c. 6.2.1 supra). L'on observe du reste que l'Office AI du canton E. _____, sur la base

d'une enquête réalisée le 17 septembre 2018 au domicile de l'assurée sur délégation de l'intimé, est parvenu dans son rapport du 9 octobre 2018 à un handicap global de 53% très proche de l'estimation médico-théorique de la capacité de travail retenue au terme de l'appréciation bidisciplinaire. Qui plus est, ce taux d'empêchement de 53% se rapportait à des travaux qui n'étaient pas idéalement profilés pour l'assurée (plus à l'aise dans les activités exigeant certaines aptitudes intellectuelles telle que celle de biologiste définie dans le profil d'exigibilité) et qui ne tenaient en outre compte ni de l'aide exigible des proches, ni d'éventuelles adaptations pratiques susceptibles d'améliorer les limitations fonctionnelles constatées.

6.3 L'évaluation des aptitudes de travail de la recourante à concurrence d'un taux d'occupation résiduel correspondant à un emploi exercé à mi-temps est établie jusqu'en mai 2019 en tout cas non seulement du point de vue médical sur la base de l'appréciation bidisciplinaire et de l'avis du centre F._____, mais également sous l'angle juridique. Par le fait d'avoir évalué les déficits fonctionnels sur une base objectivée, les experts mandatés par l'intimé ont en effet respecté le cadre normatif déterminant (art. 7 al. 2 LPGA; ATF 141 V 281 c. 5.2.2). A supposer ensuite qu'une évolution médicale doive être considérée comme avérée à compter de mai 2019 et de nature également à restreindre les capacités fonctionnelles au-delà du pensum de 50% reconnu jusqu'alors comme exigible (l'introduction d'une thérapie immuno-modulatrice discutée avec la patiente, et acceptée en dernier lieu par celle-ci, pouvant cas échéant aussi améliorer la situation de santé globale), cette détérioration ne pourrait prendre effet qu'à compter de septembre 2019, à savoir après que ledit changement aurait duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI; c. 3.2 supra). Une telle évolution de la maladie ne serait donc pas propre à influencer le droit à la rente dans les limites fixées par la présente contestation, à savoir dès le début du droit à la rente à arrêter ici au 1^{er} janvier 2017 (voir c. 6.4.1 infra) jusqu'au prononcé de la décision contestée du 8 août 2019. Une instruction médicale complémentaire en vue d'instruire cet éventuel changement dans la situation médicale de l'assurée n'a dès lors pas lieu d'être ordonnée par l'autorité de céans dont le pouvoir d'examen ne peut s'exercer au-delà de cette seconde date butoir. Dans ce prolongement, l'on précisera encore qu'il est exigible de l'assurée de mettre à profit la capacité de travail qu'elle

possède ou, à tout le moins, dont il convient d'admettre juridiquement (au degré de la vraisemblance prépondérante) qu'elle la possédait jusqu'en mai 2019. Le profil d'exigibilité défini par l'experte neurologue mandatée par l'AI a déjà été énoncé ci-dessus (c. 5.2.2 supra), à savoir une activité de biologiste offrant des horaires de travail flexibles et n'impliquant pas de performances cognitives élevées ni de travaux physiquement lourds à moyennement lourds. Un tel profil correspondant aux tâches confiées à la recourante dans son dernier poste de doctorante en-dehors de l'élaboration stricte de son travail de thèse existe sur un marché du travail équilibré et est susceptible d'être trouvé par l'intéressée au vu de son cursus universitaire et de son expérience acquise dans le domaine. Cela étant, l'on ne saurait retenir que la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain de l'assurée est subordonnée à des exigences excessives (ATF 138 V 457 c. 3.1; SVR 2017 IV n° 64 c. 4.1, 2008 n° 62 c. 5.1).

6.4 Il convient de procéder encore à l'évaluation du degré d'invalidité.

6.4.1 L'année de référence à prendre en compte à cet effet est bien l'année 2017 comme retenu par l'Office AI Berne. Nonobstant l'échéance du délai d'attente acquise antérieurement déjà (au 15 août 2014 selon l'intimé; c. A supra), la demande de prestations AI de la recourante n'a effectivement été déposée que dans le courant juillet 2016, si bien que le droit à la rente peut prendre naissance au plus tôt six mois plus tard, à savoir le 1^{er} janvier 2017 (art. 29 al. 1 LAI). La comparaison des revenus s'effectuera toutefois en se référant à l'année 2016. En effet, une indexation à l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2017 s'avère ici superflue dès lors qu'elle devrait être effectuée dans une proportion identique pour les deux revenus à comparer (voir c. 6.4.2 infra).

6.4.2 Le salaire de personne valide a à bon droit été déterminé par l'Office AI Berne en partant d'un salaire statistique dans le domaine de la recherche et du développement scientifique tel que répertorié à la rubrique 72 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). On peut en revanche s'interroger sur le point de savoir si le niveau de compétence 2 choisi par l'intimé, et correspondant à des tâches pratiques telles que la vente, les soins, le

traitement de données et les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules, s'avère conforme aux qualifications professionnelles de l'assurée. Par comparaison, les niveaux de qualification supérieurs de l'ESS s'appliquent aux tâches pratiques complexes nécessitant un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (niveau 3) ainsi qu'aux tâches qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (niveau 4). Cette question peut en l'occurrence toutefois demeurer irrésolue. Il n'est plus litigieux entre parties qu'un seul et même niveau de compétence doit servir à l'évaluation des revenus avec et sans handicap, de sorte qu'une élévation du niveau de compétence pour l'un d'eux entraînerait inmanquablement l'adaptation correspondante du second et constituerait dès lors une opération neutre sous l'angle mathématique. A l'appui de son recours, l'assurée ne s'est plus prévaluée en effet, et à bon droit, du fait que son salaire hypothétique sans handicap, si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé et avait été en mesure de terminer son doctorat, aurait correspondu à celui répertorié au niveau maximal (4) de l'ESS. D'après la jurisprudence en effet, le revenu que pourrait réaliser la personne assurée sans invalidité est en principe établi sans prendre en considération les possibilités théoriques de développement professionnel (lié en particulier à un complément de formation) ou d'avancement, à moins que des indices concrets rendent très vraisemblable que celles-ci se seraient réalisées (ATF 145 V 141 c. 5.2.1; SVR 2019 IV n° 61 c. 5.1, 2018 IV n° 48 c. 4.2, 2010 UV n° 13 c. 4.1). Au présent cas, la recourante s'est certes consacrée dès janvier 2012 et jusqu'en septembre 2018 (hormis quelques périodes sans engagement professionnel) à son travail de doctorat et son responsable de thèse a-il est vrai attesté en septembre 2016 qu'elle était ralentie à hauteur de 40 à 50% dans cette tâche. Au degré de la vraisemblance prépondérante exigé, rien n'indique toutefois que l'intéressée, si elle n'était pas tombée malade, n'aurait pas aussi interrompu la rédaction de sa thèse en vue, par exemple, d'accepter un poste de travail attrayant de durée indéterminée dans la recherche ou pour d'autres raisons, d'ordre familial notamment (mariage, maternité, soutien à sa maman malade). Il apparaît en outre que même après l'obtention d'un

doctorat, les premiers emplois décrochés dans la recherche ne sont pas nécessairement corrélés à des salaires plus élevés que ceux accordés après validation d'un titre de master. Il s'ensuit que le salaire statistique sans handicap, après adaptation au temps de travail usuel pour 2016, peut être fixé à un montant annuel de Fr. 88'195.50 (ESS 2016, table TA1, femmes, rubrique 72, niveau 2, Fr. 7'050.- x 12 : 40 x 41.7).

6.4.3 Les références précitées de l'ESS 2016 valent, comme déjà dit (c. 6.4.2), aussi pour le salaire avec handicap qui, moyennant un pensum résiduel de travail à 50% reconnu du point de vue médical, s'élève donc à un montant annuel de Fr. 44'097.75 (Fr. 88'195.50 : 2). Tout au plus se pose la question d'un éventuel abattement à consentir en sus sur ce montant. D'emblée, l'on constate à ce propos que la baisse de productivité observée chez l'assurée a déjà été intégrée dans l'évaluation de sa capacité médico-théorique de travail, de sorte que sa prise en compte dans la fixation de l'abattement lié au handicap donnerait lieu à une double comptabilisation, prohibée, du même aspect (SVR 2018 IV n° 45 c. 2.2). Il n'y a en outre pas non plus lieu de prendre en considération dans la présente espèce d'autres circonstances personnelles et professionnelles telles que la formation, l'âge, la langue, l'intégration et le taux d'occupation; ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2018 IV n° 46 c. 3.3). En tout état de cause, l'on relèvera qu'il faudrait un abattement d'au minimum 20% - manifestement injustifié au vu des circonstances d'espèce prédécrites - sur le salaire statistique d'invalidé (qui s'élèverait alors à Fr. 35'278.20) pour déboucher sur un degré d'invalidité d'au minimum 60% donnant droit à davantage que la demi-rente AI reconnue par l'intimé.

7.

7.1 En conséquence, le recours doit être rejeté et la demi-rente AI confirmée pour toute la période couverte par la présente contestation, à savoir donc du 1^{er} janvier 2017 au 8 août 2019. Il y a toutefois lieu d'enjoindre l'Office AI compétent à examiner le recours de l'assurée en tant que demande de révision rendant plausible une détérioration de son état

de santé à compter de mai 2019 et susceptible, partant, d'influer sur le droit à la rente dès septembre 2019 au plus tôt.

7.2 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 à prélever sur son avance; elle 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 dans la mesure où il est recevable.
2. Les frais de la présente 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'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,
 - à la Caisse de pension H._____.

La présidente:

La greffière:

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).