

200.2020.700.AI
N° AVS
ANP/REN

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

Jugement du 24 juillet 2021

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 14 juillet 2020



En fait:

A.

A. _____, née en 1984 et sous curatelle (sans restriction de l'exercice des droits civils) depuis le 1^{er} novembre 2012, célibataire (vie de couple avec un ami de 2016 à courant 2020), est au bénéfice d'une formation pratique de cuisinière qu'elle n'a pas validée par un certificat fédéral de capacité (CFC) en fin de formation professionnelle. Après un premier délai-cadre d'indemnisation à l'assurance-chômage (AC) ouvert du 15 janvier 2008 au 14 janvier 2010, un second délai-cadre d'indemnisation lui a été reconnu du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2013. Engagée dès le 1^{er} septembre 2011 comme cuisinière, l'assurée a été licenciée à fin janvier 2013 motif pris de sa prétendue inaptitude à travailler régulièrement et a conséquemment fait valoir son droit au chômage dès février 2013. Au cours de ce même dernier mois, elle s'est par ailleurs annoncée à l'assurance-invalidité (AI) en invoquant un syndrome de Ménière présent depuis la naissance ainsi qu'une instabilité psychologique remontant à six mois.

B.

A réception de cette demande datée du 7 février 2013, l'Office AI Berne a recueilli l'appréciation du généraliste traitant d'alors et celles (actualisées par la suite) des spécialistes en charge du suivi psychiatrique et oto-rhino-laryngologique (ORL) de l'assurée. Le même office a accordé à cette dernière une observation professionnelle du 10 juin au 8 septembre 2013 et l'a soumise, le 16 septembre 2013, à un examen médical auprès du service médical régional (SMR) de l'AI. D'autres mesures professionnelles ont été accordées entre le 21 octobre 2013 et le 19 janvier 2014, puis du 20 janvier au 20 avril 2014, sous la forme d'un entraînement à l'endurance et d'un reconditionnement. Une expertise pluridisciplinaire déjà annoncée à fin septembre 2013 à l'assurée a eu lieu entre octobre et décembre 2015 dans un centre d'expertises médicales (CEM; en l'occurrence: la clinique C. _____ de D. _____) et le rapport y relatif a été rédigé le 26 janvier

2016. L'Office AI a mis fin le 11 février 2016 aux mesures de réadaptation professionnelle.

C.

En date du 27 avril 2017, l'Office AI a préavisé un rejet de la demande de prestations AI (invalidité de 18%). Suite aux objections de l'assurée, par l'entremise d'une assurance de protection juridique, ce même office a complété son instruction médicale. Le 18 mai 2018, il a par ailleurs admis une demande d'appareillage acoustique binaural déposée en avril 2018. A l'appui de leurs appréciations respectives, les nouveaux médecins généraliste et ORL traitants ont transmis à l'Office AI divers rapports médicaux relatifs, notamment, à une opération du genou droit en date du 30 janvier 2017 et à un bypass gastrique pratiqué le 26 avril 2018. Une nouvelle expertise pluridisciplinaire a été conséquemment ordonnée auprès d'un CEM (en l'espèce: le centre E._____ de F._____; rapport du 2 octobre 2019). En dépit d'objections étayées par de nouveaux rapports médicaux, un préavis du 19 février 2020 signifiant à l'assurée l'octroi d'un quart de rente dès le 1^{er} février 2014 limité au 31 août 2018 a été formellement confirmé le 14 juillet 2020.

D.

Par acte du 14 septembre 2020, l'intéressée, représentée désormais par une avocate, a introduit recours devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite de frais et dépens, elle conclut à l'annulation de la décision AI du 14 juillet 2020, principalement à l'octroi d'une rente entière du 1^{er} février 2014 au 31 août 2018 et d'une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2018 et, subsidiairement, à la mise en œuvre par le TA d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire. Le 29 septembre 2020, la recourante a produit, entre autres éléments requis par la juge instructrice, une preuve du paiement de son avance de frais (à défaut d'avoir déposé une requête d'assistance judiciaire) et plusieurs pièces précisant l'étendue de sa curatelle. Dans sa réponse du 21 octobre 2020, l'intimé a conclu au rejet du

recours, ainsi qu'à ce que l'assurée supporte les frais de procédure et ne se voie pas accorder de dépens. Les parties ont répliqué et dupliqué les 16 et 23 novembre 2020 (moyennant encore production d'une note d'honoraires par la recourante).

En droit:

1.

1.1 La décision du 14 juillet 2020 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et octroie à la recourante un quart de rente d'invalidité limité à la période du 1^{er} février 2014 au 31 août 2018. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et, principalement, sur l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2014 au 31 août 2018 et d'une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2018, respectivement et à titre subsidiaire, sur la mise en œuvre par le TA d'une expertise pluridisciplinaire.

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

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

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

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA, dans sa teneur en vigueur [en français] jusqu'au 31 décembre 2020 applicable selon l'art. 82a 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 LPGA).

2.2 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). 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). Si l'incapacité 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 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, 831.201]).

2.3 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement 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).

2.4 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des 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).

3.

3.1 Dans sa décision contestée et sa réponse, l'intimé se rallie à l'expertise pluridisciplinaire du 2 octobre 2019 qu'il juge "suffisamment complète et claire pour que l'on lui reconnaisse une force probante". Concernant les rapports médicaux joints aux objections de l'assurée, il se réfère à une prise de position du 24 avril 2020 de son SMR estimant que ces documents ne recèlent pas d'éléments objectifs nouveaux sur les plans neurologique et psychiatrique susceptibles de modifier l'évaluation médicale du second CEM mandaté. D'après l'Office AI encore, la situation s'est clairement améliorée sous l'angle orthopédique depuis l'opération au genou droit et il n'existe aucune donnée clinique attestant d'une détérioration fonctionnelle du point de vue cervical. En conséquence, l'intimé se fie aux exigibilités définies par le CEM de 2019 et retient qu'après avoir été limitée dès février 2014 (fin du délai d'attente) à 50% dans tout type d'activité, l'assurée peut exercer depuis mai 2018 une activité adaptée à 100%, sous réserve d'une baisse de rendement de 20%, ce qui entraîne, après trois mois, dès le 1^{er} septembre 2018, une suppression du quart de rente octroyé depuis février 2014.

3.2 A l'appui de son recours et de sa réplique, l'assurée conteste la valeur probante de l'évaluation pluridisciplinaire de 2019, lacunaire et même erronée sur plusieurs points. Elle considère que l'intimé, en se ralliant exclusivement à celle-ci, a écarté "sans autre argumentation" les rapports de ses médecins traitants et n'a pas pris en considération les autres pièces du dossier, en particulier l'expertise du CEM de 2016 ainsi que les constatations de l'atelier de production et de réinsertion (apr) au

sein duquel se sont déroulés l'entraînement à l'endurance et le reconditionnement professionnel. La recourante réfute toute amélioration significative en comparaison avec 2012 de ses troubles psychologiques ainsi que la symptomatologie liée à sa maladie de Ménière, si ce n'est, en 2018, un retour à la situation initiale après une aggravation. Elle juge illusoire qu'elle puisse travailler à 80% dans une activité adaptée à ses handicaps. L'assurée s'estime fondamentalement inapte à répondre aux exigences de l'économie libre en raison d'une résistance insuffisante sur les plans à la fois physique et psychique, étant d'avis que seule une activité occupationnelle à un taux maximal de 40% demeure envisageable à compter de septembre 2018. Elle en déduit un droit à une rente entière depuis le 1^{er} février 2014 et à une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2018 ou, subsidiairement, un droit à une expertise judiciaire.

4.

Les principales sources médicales suivantes au dossier administratif de l'intimé se prononcent sur la situation médicale et/ou la capacité de travail offerte.

4.1 Du suivi régulier de la recourante auprès de ses médecins traitants, l'on retient tout d'abord que celle-ci s'est vu diagnostiquer en 2011 une maladie de Ménière (remontant a priori à l'enfance), associée à partir de 2009 à des acouphènes et des vertiges ayant nécessité un suivi ORL ainsi que des traitements médicamenteux et de physiothérapie. L'intéressée consulte par ailleurs depuis mi-2012 un médecin psychiatre à raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode moyen, datant de 2012 et ayant motivé un traitement médicamenteux (adapté par la suite et durablement interrompu en mai 2018). En 2012, elle a subi une ablation de la vésicule biliaire de même que l'excision (en ambulatoire) de plusieurs lésions cutanées. Sur le plan otologique, une capacité de travail de 50 à 80% lui a été conjecturée début 2013 dans son activité usuelle, le psychiatre et l'ancien généraliste traitants ne s'y étant alors pas opposés, sous réserve de leur attestation (non chiffrée) d'une baisse du rendement. Courant avril 2014, le psychiatre traitant a fait état auprès de l'AI d'une péjoration des

vertiges et de l'état psychique de sa patiente, en excluant toute reprise d'une activité lucrative ou occupationnelle. Vers la même époque (juin 2014), l'ancien généraliste a de son côté évoqué une situation médicale inchangée. Dès septembre 2015 et à tout le moins jusque dans le courant 2016, la recourante a bénéficié en raison d'une instabilité émotionnelle d'un suivi psychiatrique auprès d'une clinique de jour (trois à quatre fois par semaine). Du 26 janvier au 1^{er} mars 2016, elle a séjourné au sein d'un établissement psychiatrique, puis a été opérée le 30 janvier 2017 de lésions accidentelles au genou droit (survenues à fin 2016). D'autres symptomatologies ont été rapportées à son dossier médical (migraines, dès l'adolescence; goutte et hypercholestérolémie, 2014-2015; hypothyroïdie, substituée depuis avril 2016; lombalgies, avril 2016; entorse de la cheville droite sans séquelles, juin 2016; syringomyélie au niveau D4, juillet 2017; toxidermie médicamenteuse, août 2017). Le 26 avril 2018, l'intéressée a subi un bypass gastrique à raison d'une obésité morbide remontant à l'adolescence. Entretemps (mars 2018), son psychiatre traitant a diagnostiqué à l'attention des organes de l'AI un trouble bipolaire, épisode dépressif moyen (F31.3), et a exclu tout type d'activité lucrative. Dans un rapport intermédiaire AI rédigé en juin 2018, son nouveau médecin généraliste a constaté de son côté une situation stationnaire et ne s'est pas prononcé sur les aptitudes offertes dans une activité mieux profilée que l'emploi usuel, désormais exclu - son pronostic étant qualifié de bon. Au cours de la même année 2018, l'assurée a été mise au bénéfice d'un appareillage acoustique binaural par l'AI. Son médecin psychiatre a attesté le 16 septembre 2019, à l'attention du CEM, d'une bonne amélioration de son état psychique remontant à décembre 2018. Dans un certificat médical adressé le 26 février 2020 à qui de droit, son généraliste a relevé que l'état de santé de sa patiente était "strictement superposable à celui de 2014" et a exclu une activité professionnelle en dehors d'un cadre occupationnel. Selon une attestation médicale du 6 mars 2020, le psychiatre traitant a réitéré son diagnostic de trouble bipolaire et a évoqué une péjoration de la situation psychique en lien avec une séparation imminente de l'assurée de son compagnon, des difficultés financières et administratives ainsi que des douleurs cervicales.

4.2 Sur mandat de l'Office AI, deux expertises pluridisciplinaires ont par ailleurs été réalisées entre octobre et décembre 2015 pour l'une, ainsi qu'en juillet et septembre 2019 s'agissant de la seconde.

4.2.1 Dans son rapport d'expertise du 26 janvier 2016 synthétisant le résultat d'investigations sur les plans de la médecine interne, neurologique, psychiatrique et ORL, le premier CEM mandaté a diagnostiqué, avec influence essentielle sur la capacité de travail, un épisode dépressif d'intensité moyenne (F32.1) ainsi qu'une maladie de Ménière droite (H81.0) et, en leur déniaient toute influence sous l'angle des aptitudes de travail, des migraines sans aura. Du point de vue neurologique tout d'abord, l'examen pratiqué début novembre 2015 auprès de ce CEM a débouché sur un statut normal en présence de migraines répondant bien au traitement médicamenteux instauré et a permis d'exclure toute limitation fonctionnelle significative à raison de celles-ci. Lors de son examen effectué à fin novembre 2015, l'expert psychiatre au sein du même centre pluridisciplinaire a rappelé de son côté que l'assurée avait décrit une dégradation de son moral dès 2011 avec un suivi psychiatrique intégré initié en juillet 2012, puis à nouveau au début 2015 dans un contexte de difficultés médico-socio-professionnelles ayant débouché sur une prise en charge début septembre 2015 dans une clinique de jour, toujours en cours au moment de l'expertise. Selon ce même expert, la capacité de travail était nulle depuis juin 2015 dans toute activité selon l'anamnèse et les constatations du psychiatre traitant. Sur le plan ORL enfin, l'expert du CEM a fait état début décembre 2015 d'une symptomatologie partiellement stabilisée depuis le début de l'année sous traitement médicamenteux avec un épisode de vertiges toutes les trois semaines environ, et a chiffré à 80% la capacité de travail résiduelle dans un emploi sédentaire et non dangereux, sous réserve d'un absentéisme temporaire en cas de vertiges (environ deux à quatre jours par mois). Dans le cadre d'un colloque de synthèse, l'expert psychiatre et deux médecins internistes du CEM ont exclu toute capacité de travail dans l'emploi usuel dès décembre 2011. Ils ont admis que la recourante disposait sous l'angle somatique d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée au risque d'auto-blessure lié aux vertiges. En raison de l'affection psychiatrique, ils ont cependant conclu à un pensum résiduel de travail limité à 50-60% entre

juillet 2012 et juin 2015, et ont exclu toute capacité de travail dès juin 2015 dans n'importe quel type d'emploi. Dans son prononcé provisoire du 27 avril 2017 (remplacé le 19 février 2020) signifiant à l'assurée le rejet de sa demande de prestations, l'Office AI s'est distancié de cette appréciation du CEM au profit d'une évaluation de la capacité de travail tablant sur un pensum résiduel de 80% motivé par les seules restrictions sous l'angle ORL. Selon cet office en effet, l'affection psychique avait sa source dans des facteurs psycho-sociaux et ne présentait ainsi pas un caractère invalidant au sens de l'AI.

4.2.2 A l'issue d'investigations médicales d'ordre interne, psychiatrique, orthopédique et neurologique, les experts du second CEM ont diagnostiqué, comme ayant ou non une influence sur la capacité de travail, un statut après bypass gastrique, un statut après épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.01), une dysplasie de la trochlée, des lombalgies basses épisodiques, une gonarthrose droite débutante, une myopie et un astigmatisme, une hypothyroïdie substituée, une pathologie cochléo-vestibulaire à prédominance droite avec vertiges paroxystiques de type Ménière, une surdité bilatérale prédominant à droite, une migraine simple, ainsi qu'une syringomyélie dorsale asymptomatique et d'étiologie indéterminée. Sous l'angle orthopédique investigué le 10 juillet 2019 au sein dudit CEM, l'expert a attesté de bonnes ressources à mesure que le rachis ne présentait pas de pathologie particulière, que les plaintes n'étaient qu'épisodiques et que le genou révélait une excellente clinique ainsi que des signes dégénératifs uniquement débutants. Hormis une incapacité de travail à 100% du 23 décembre 2016 au 6 février 2017 (le terme de cette période ayant été fixé six semaines après l'opération, et non six mois après celle-ci comme mentionné à tort dans l'expertise; dos. int. 139.3/7) en lien avec la problématique méniscale droite, il a estimé qu'une capacité de travail entière était offerte dans une activité adaptée. Sur le plan neurologique, il a été retenu à l'examen spécialisé du 17 juillet 2019 que la pose d'un appareillage auditif avait permis une nette amélioration de la pathologie vestibulaire avec une régression de la fréquence des crises (deux à trois épisodes mensuels désormais), sans que l'on ne puisse exclure que la perte pondérale de 45 kg induite par le bypass et la disparition de l'hypertension artérielle associée à celle-ci contribuent elles

aussi à l'amélioration médicale. Sur ces bases, l'expert a admis une capacité de travail entière dans une activité bien profilée, en y attestant néanmoins une baisse de rendement de 20% en raison des potentielles crises vertigineuses. S'agissant enfin de l'aspect psychiatrique investigué le 5 septembre 2019, l'expert a fait état d'un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.01), réactionnel notamment aux problèmes ORL et sans influence sur la capacité de travail. Aussi, il s'est distancié des incapacités de travail postulées par le premier CEM, soulignant que l'assurée avait elle-même certifié s'être sentie beaucoup mieux sur le plan psychique suite au bypass pratiqué en avril 2018. Dans leur évaluation de consensus, les experts ont énuméré à titre de limitations fonctionnelles des lombalgies basses en cas de port répété de charges de plus de 10 kg, des douleurs en cas de station debout prolongée (apparaissant après dix minutes), ainsi que des restrictions liées à la position en porte-à-faux. Ils ont exclu toute capacité de travail dès février 2013 dans l'emploi usuel, mais ont estimé qu'une capacité de travail entière était en l'état préservée depuis mai 2018 dans une activité adaptée aux restrictions prédécrites, excepté en cas de vertiges aigus lors desquels la performance et la productivité étaient limitées à 80%. Ils ont en outre retracé l'évolution de la capacité de travail résiduelle avant mai 2018 (100% jusqu'au 30 janvier 2013, 50% du 31 janvier 2013 au 22 décembre 2016 suite à la péjoration de la maladie de Ménière, 0% du 23 décembre 2016 au 6 février 2017 à cause de la pathologie méniscale et 50% du 7 février 2017 au 30 avril 2018 en lien avec les vertiges).

4.3 Une doctoresse psychiatre du SMR s'est également prononcée sur le cas de l'assurée. Le 9 avril 2013, elle a admis que l'emploi usuel de cuisinière n'était plus exigible et a jugé utile de clarifier la capacité de résistance à un taux de présence initial de 50%, justifiant le 26 août 2013 ce taux, à augmenter progressivement, par la nécessité de reconstruire d'abord une entière capacité de résistance psychique. Pour le surplus, elle a défini un profil d'exigibilité à raison des restrictions reconnues sur le plan ORL. Un bref examen médical personnel a eu lieu le 16 septembre 2013 à sa consultation à l'issue duquel elle a recommandé une évaluation pluridisciplinaire (médecine interne, neurologique, ORL [éventuellement oto-neurologique], neuropsychologique et psychiatrique). L'indication posée

à ces investigations médicales a été confirmée le 19 juin 2014 par le SMR, moyennant abandon le 14 septembre 2015 du volet neuropsychologique de l'expertise. D'après les indications du 1^{er} décembre 2016 de la doctoresse du SMR, les observations recueillies lors des mesures professionnelles avaient mis au jour les restrictions fonctionnelles induites par les fortes angoisses présentes chez l'assurée. De son avis, cette symptomatique anxieuse présente depuis l'enfance et associée autrefois à une boulimie laissait suspecter, au vu également des actuelles observations pratiques et cliniques, un développement déficient sur le plan de la personnalité. Aussi, cette doctoresse estimait alors plausible que l'assurée, selon les exigences définies par l'apr, ne dispose plus d'aucune capacité de rendement sur le marché libre de l'économie. En date du 23 octobre 2018, elle a recommandé une nouvelle expertise pluridisciplinaire sur les plans de la médecine interne, orthopédique et psychiatrique au vu, essentiellement, du trouble bipolaire nouvellement diagnostiqué, de la problématique ORL ayant nécessité entretemps un appareillage acoustique, ainsi que des opérations au genou droit et de bypass gastrique. A l'appui de son ultime appréciation du 24 avril 2020, cette doctoresse s'est prononcée sur les objections formulées contre la préorientation du 19 février 2020. Elle a écarté la présence d'éléments d'observation susceptibles de démontrer une détérioration sur le plan psychique imputable à des causes médicales et a mis l'accent sur des changements de vie difficiles chez la recourante. Elle a également exclu toute évolution déterminante du point de vue (oto)-neurologique relativement à la maladie de Ménière ou aux migraines, ainsi que sous l'angle orthopédique ou rhumatologique par rapport au genou droit opéré, aux lombalgies et aux cervicalgies. Elle s'est partant ralliée au profil d'exigibilité défini par le CEM de 2019.

5.

Se pose la question de la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 2 octobre 2019 servant de fondement à la décision de l'intimé.

5.1 Quant à sa forme, on constate d'emblée que cette évaluation médicale répond aux réquisits posés par la jurisprudence du TF relative à

la valeur probante des documents médicaux (c. 2.4 supra). Le rapport d'examen rappelle en effet le contexte dans lequel ont eu lieu ces nouvelles investigations ordonnées par l'Office AI, à savoir celui d'une première demande de rente ayant abouti à un préavis négatif le 27 avril 2017 à l'origine, ensuite des objections formulées par l'assurée, d'une instruction médicale complémentaire du même office puis d'un nouveau mandat d'expertise pluridisciplinaire délivré par ce dernier sur recommandation de son SMR (voir le ch. 3 *Motif et circonstances de l'expertise* du rapport global). L'appréciation rendue par ce centre pluridisciplinaire rend ensuite compte du sérieux du travail des experts désignés en son sein. Une synthèse très fouillée des pièces figurant au dossier AI a tout d'abord été établie et jointe au rapport global d'expertise. Chacun des domaines médicaux concernés a ensuite fait l'objet d'investigations articulées autour d'un même schéma préétabli ciblé en premier lieu sur les indications spontanées de la recourante à l'occasion d'un entretien ouvert, puis dans le cadre d'un entretien approfondi orienté sur des thématiques définies par l'expert. Au travers de ces dernières, les spécialistes ont rassemblé des éléments d'anamnèse systémique ou systématique, familiale, sociale, professionnelle et économique, mais ont aussi veillé à consigner les plaintes et limitations actuelles, le déroulement représentatif d'une journée type, les traitements en cours ainsi que les antécédents, les habitudes de consommation et les attentes formulées vis-à-vis de l'AI. Leur travail s'est poursuivi par la restitution de leurs constatations objectives avec, respectivement, des statuts dressés sur les plans somatique et psychique ainsi que des données complémentaires recueillies auprès de certains médecins traitants ainsi qu'au moyen d'examens (radiographiques) ou de bilans (biologiques). N'en contredise l'assurée (recours ch. 7 et 8 p. 10), le rapport d'expertise a bien été établi dès lors en pleine connaissance de l'anamnèse ainsi que du dossier et dénote une analyse médicale approfondie de celui-ci. Au terme de leur appréciation diagnostique, les experts ont en outre livré chacun une évaluation médicale et médico-assurantielle bien construite et ont répondu avec clarté aux questions de l'intimé. Leurs conclusions ont ensuite fait l'objet d'une discussion de synthèse lors de laquelle ont été listés les diagnostics et éléments médicaux susceptibles d'influencer ou non la capacité de travail ainsi que les aptitudes fonctionnelles. Dans ce contexte, les ressources disponibles

et les éventuels facteurs de surcharge ont été évoqués et appréciés, les experts ayant en outre procédé à un contrôle de cohérence des plaintes, en l'occurrence reconnue vu l'absence de contradiction notable entre celles-ci et les observations recueillies. Enfin, ces médecins ont livré une estimation fiable de la capacité de travail offerte dans une activité idéalement profilée et ont examiné si des mesures thérapeutiques étaient susceptibles d'influencer celle-ci, ce qu'ils ont nié. Il faut aussi constater que cette expertise a été organisée conformément à l'art. 72^{bis} RAI, partant qu'il s'agit donc bien d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA et non d'une appréciation d'un médecin interne à l'administration ainsi que l'argue la recourante (recours ch. 20 et 21).

5.2 Sous l'angle de son contenu, rien ne justifie non plus de s'écarter des conclusions des experts mandatés à fin 2018.

5.2.1 Du point de vue somatique d'une part, l'expertise neurologique tient adéquatement compte du fait que la pathologie cochléo-vestibulaire à prédominance droite s'est nettement améliorée grâce aux mesures thérapeutiques instaurées. A ce titre, l'expert évoque à raison la pose d'un appareil auditif ayant permis une régression notable des crises vertigineuses jusqu'à deux à trois épisodes par mois (davantage en période hivernale), alors que ces crises étaient autrefois hebdomadaires et entraînaient deux jours consécutifs d'absence. Ce spécialiste mentionne ensuite la perte pondérale de 45 kg induite par le bypass et la disparition y associée de l'hypertension artérielle ayant possiblement aidé à cette amélioration. Son estimation de la capacité de travail à un pensum de 80% à raison des épisodes de vertige encore possibles se rattache par conséquent à des éléments médicaux concrets se recoupant au reste avec les indications personnelles de l'assurée. A l'appui de son recours (ch. 9 à 17, p. 10 et 11), cette dernière n'invoque de plus aucun élément nouveau susceptible de contrer cette appréciation. Les données au dossier médical attestant de ses restrictions avant son appareillage auditif ne lui sont d'aucune utilité, car devenues obsolètes en raison de l'évolution positive observée grâce à ce dispositif auxiliaire. Le même constat s'impose quant au résultat des mesures d'observation professionnelles dont elle se prévaut et qui a également été rendu avant la mise en place de l'appareillage

acoustique. Quant à l'ultime appréciation du 26 février 2020 de son actuel généraliste invoquée dans ce contexte, l'on rappellera qu'elle fait état d'une situation médicale à tous égards superposable à celle de 2014. Aussi, l'incapacité de travail entière et définitive qu'y postule ce médecin hors cadre occupationnel à raison de problématiques à la fois somatiques et psychiques procède uniquement d'une appréciation divergente d'un état de fait médical identique à celui soumis à mi-2019 à l'expert neurologue du CEM. A l'évidence cependant, l'évaluation très succincte du médecin de famille axée qui plus est sur la seule médecine générale ne fait pas le poids face aux conclusions dudit expert. Cette conclusion s'impose à plus forte raison qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient ou sa patiente, un médecin de famille, en cas de doute, aura plutôt tendance à favoriser celui-ci ou celle-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). En conséquence, le dossier médical ne permet pas d'étayer la thèse de la recourante selon laquelle ses vertiges "se manifestent presque quotidiennement et l'empêchent d'exercer une quelconque activité durant au minimum un jour par semaine" (recours ch. 15 p. 11). Cette affirmation n'est au reste nullement formulée par son médecin généraliste. L'on note de plus que l'intéressée fait indistinctement référence dans le contexte de sa problématique ORL à des crises vertigineuses et migraineuses (voir recours ch. 9 p. 10), alors que ces dernières survenant à raison également de deux ou trois épisodes par mois n'ont nullement été considérées comme invalidantes par l'expert neurologue et sont interdépendantes de la pathologie cochléo-vestibulaire (dos. int. 139.4/2). Quant aux migraines à proprement parler dont l'assurée allègue qu'elles se seraient péjorées depuis le début de son activité occupationnelle courant octobre 2019, aucun élément au dossier ne permet d'étayer l'assertion selon laquelle celles-ci donneraient lieu à un épisode hebdomadaire en moyenne. Dans son rapport précité du 26 février 2020, l'actuel généraliste n'évoque au demeurant la présence que de simples céphalées. Bien qu'ayant régulièrement rapporté les restrictions encourues par sa patiente sur le plan physique (crises de vertiges, douleurs à un genou, douleurs cervicales), le psychiatre traitant n'en fait quant à lui aucune mention, en particulier dans sa dernière appréciation livrée le 6 mars 2020.

5.2.2 Toujours sous l'angle physique, il apparaît ensuite que l'état orthopédique de l'assurée tel que restitué à partir des investigations spécialisées menées en juillet 2019 auprès du CEM n'a pas évolué de manière significative jusqu'au prononcé de la décision contestée. Aucun élément médical nouveau ne permet tout d'abord de contredire l'excellent résultat clinique constaté au genou droit lors de l'examen orthopédique, ni le fait que les signes dégénératifs (gonarthrose) révélés vers la même époque à la radiologie demeurent en l'état débutants, sans facteurs défavorables pour une évolution rapide. Les restrictions de posture et à la marche au genou droit évoquées le 26 février 2020 par le généraliste traitant sont intégrées dans l'appréciation orthopédique spécialisée qui énumère en outre avec force détails les activités susceptibles de déclencher des gonalgies (montée et descente répétée d'escaliers, marche au-delà de deux à trois heures, positions à genoux et accroupie), partant aussi les contraintes à respecter dans une activité profilée. Sur le plan dorsal, il a été tenu compte d'épisodes de lombalgies basses apparaissant en cas de port de charges et de la syringomyélie (également mentionnée par le généraliste traitant), en l'état asymptomatique comme confirmé encore à l'imagerie cervicale réalisée le 11 février 2020. Quant aux douleurs invoquées sur ce dernier plan (recours ch. 48 p. 8), il ressort du même cliché d'imagerie que les discopathies dégénératives mises nouvellement en évidence en C5-C6 et C6-C7 n'ont pas été associées, à ce stade de l'examen, à des hernies discales établies avec certitude à hauteur desdits segments. Une myélopathie et une étroitesse canalaire ont pu être par ailleurs exclues, et la présence d'un conflit sur l'origine de la racine motrice C6 droite a été uniquement supputée. Contrairement à ce qu'en infère l'assurée (recours ch. 58 p. 12), le médecin radiologue n'a nullement admis sur ces bases "une aggravation de la symptomatologie liée aux hernies discales". Les dégénérescences débutantes mises en évidence au niveau cervical ne sont pas corrélées en l'état à des atteintes objectivées à la santé. A défaut de pouvoir être expliquées par des diagnostics médicaux spécialisés idoines et concluants, les douleurs dont se prévaut l'assurée sur ce plan médical ne suffisent dès lors pas à fonder une incapacité de travail déterminante au sens du droit de l'AI (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 136 V 279 c. 3.2.1). Cette conclusion s'impose à plus forte raison que moins de quatre mois environ avant l'IRM cervicale précitée,

l'expert orthopédique a indiqué dans son rapport d'expertise unidisciplinaire que les atteintes en orthopédie étaient secondaires par rapport à celles principales présentées dans les autres spécialités médicales.

5.2.3 En ce qui concerne d'autre part le champ d'investigation psychiatrique plus spécifiquement discuté par la recourante, l'on relève que l'expert ayant examiné l'assurée en septembre 2019 a étayé par des éléments factuels et cliniques tangibles sa conclusion excluant, d'une part, la présence au moment de son examen d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité et imputant, d'autre part, à un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.01), réactionnel aux difficultés somatiques et n'ayant pas valeur de maladie les problématiques psychiques rapportées à l'anamnèse médicale. Ainsi qu'il le constate tout d'abord, la recourante n'a émis aucune plainte d'ordre psychique lors de son examen et lui a confié se sentir beaucoup mieux sur ce plan depuis son opération pour un bypass en avril 2018. Il restitue avec précision les propos de l'intéressée à ce sujet lui ayant relaté que "son principal problème était d'un côté son obésité et, d'un autre côté, ses problèmes somatiques" (dos. AI 139.2/5). Pour sa part, l'expert rapporte de manière convaincante ne pas avoir décelé à son examen de symptômes d'ordre dépressif ou anxieux, ni de trouble de la personnalité, ni encore de signes cliniques relevant de la lignée psychotique. Son appréciation exclusive de toute atteinte invalidante à la santé psychique prend également appui sur le descriptif de la vie quotidienne de l'assurée témoignant des nombreuses ressources de celle-ci, en particulier de son aptitude à s'adapter à une certaine routine et à mobiliser ses compétences, à prendre des décisions réfléchies et à établir des contacts avec autrui, de même qu'à prendre soin d'elle-même et à subvenir à ses besoins. Pour autant, la capacité de résistance et d'endurance qui apparaît légèrement diminuée dans le contexte de vie en raison des problèmes somatiques n'est nullement minimisée par l'expert psychiatre. Son appréciation diagnostique écartant in fine la présence d'un trouble bipolaire chez l'expertisée convainc vu l'absence d'un suivi psychiatrique régulier de celle-ci depuis plusieurs années, de même qu'eu égard à l'absence d'une prise médicamenteuse psychotrope à partir de mai 2018. Quant au trouble bipolaire dont le père de l'assurée est atteint et que cette dernière invoque pour justifier le fait

qu'elle présenterait la même pathologie, il n'a nullement été passé sous silence par l'expert qui en a fait mention à la fois dans l'anamnèse familiale et dans son évaluation médicale et médico-assurantielle (voir dos. int. 139.2/2 et 6; contra: recours ch. 45 p. 8). Enfin, ne la contredise à nouveau (recours ch. 60 p. 13), l'assurée ne saurait rien inférer à son avantage du fait que les constatations objectives dressées à l'occasion de son évaluation psychiatrique mentionnent à tort qu'elle "n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique" (dos. int. 139.2/5). On ne saurait voir en effet autre chose dans ces propos qu'une simple erreur de retranscription, à mesure que l'expert fait expressément état à son anamnèse psychiatrique systématique de cette admission en milieu psychiatrique stationnaire (en situant, à l'instar de la recourante dans son recours et lors de l'expertise [dos. int. 139.2/3], cette hospitalisation en 2014 et en mentionnant également la prise en charge intensive, mais ambulatoire en clinique de jour, de 2016 [dos. int. 139.2/4]; voir aussi à ce sujet c. 5.2.4 infra).

5.2.4 Sous l'angle des exigibilités professionnelles, l'absence d'une incapacité de travail dans tout type d'emploi à laquelle parvient l'expert psychiatre contredit, certes, les conclusions retenues dans le cadre de la première expertise pluridisciplinaire, à teneur desquelles la capacité de travail résiduelle ne dépassait pas 50 à 60% entre juillet 2012 et juin (ou fin mai?) 2015 et était ensuite nulle à partir de juin 2015. La portée de ces conclusions originelles doit être cependant relativisée à mesure que les premiers experts mandatés ont d'emblée concédé lors de leur discussion de synthèse qu'il s'était avéré "difficile a posteriori d'évaluer avec précision la capacité de travail entre 2012 et juin 2015" (dos. int. 86.1/17). On ne saurait en outre perdre de vue que les experts du premier CEM ont conjecturé une évolution favorable sur le plan psychique grâce au suivi intensif à l'hôpital de jour encore en cours à la date de leurs examens (novembre 2015) et entravant déjà en soi la capacité de travail. Ils n'ont d'ailleurs réservé leur pronostic qu'en raison de l'affection ORL. Or, leur dénégation à reconnaître un potentiel d'amélioration à raison de cette maladie a été clairement démentie par l'évolution constatée ensuite de l'appareillage acoustique pratiqué en 2018. L'appréciation du psychiatre traitant ne permet pas non plus de corroborer l'appréciation du CEM

relative à la capacité résiduelle de travail. Dès ses premières conclusions en février 2013, ce médecin a indistinctement mêlé en effet des éléments de comorbidité psychique et somatique à son évaluation, par ailleurs imprécise, des aptitudes de travail offertes. Son pronostic n'était de plus réservé qu'en raison de la problématique ORL étrangère à sa spécialité. La péjoration dont il a fait ensuite état en avril 2014 était principalement étayée par des limitations d'ordre somatique. L'ancien généraliste qui s'est prononcé en juin 2014 n'a au reste nullement corroboré cette dégradation médicale en attestant pour sa part d'une situation globalement stable. Quant au suivi instauré en septembre 2015 auprès d'une clinique psychiatrique (encore en cours début mars 2016, voir dos. int. 164/28), il l'a été en mode volontaire et ambulatoire (d'où sa mise en œuvre dans une institution de jour), ainsi que dans un contexte de difficultés médico-socio-professionnelles apparues au début 2015 et dont l'assurée a elle-même fait état pour expliquer sa problématique psychique (dos. int. 86.1/13 et 16). N'en contredise l'intéressée (recours ch. 54 et 61 p. 12 et 13), il ne s'agissait ainsi pas d'une prise en charge stationnaire et la problématique à l'origine de celle-ci était interdépendante du champ psychosocial, si bien qu'elle ne revêtait pas un caractère maladif autonome ni donc invalidant (voir à ce sujet: ATF 127 V 294 c. 5a; SVR 2012 IV n° 52 c. 3.2). L'unique hospitalisation au sein d'une structure psychiatrique a eu lieu du 26 janvier au 1^{er} mars 2016, sur un mode volontaire également. C'est la seule documentée au dossier et elle ne l'a été qu'avec le recours. Les rapports du psychiatre traitant ne la mentionnent pas et, apparemment, la recourante l'a fait remonter à 2014 au cours de l'entretien avec l'expert en septembre 2019 (c. 5.2.3 supra). La recrudescence du syndrome anxio-dépressif avec risque de passage à l'acte auto- et hétéro-agressif ayant motivé cette hospitalisation n'était nullement corrélée toutefois à des indices objectifs d'une péjoration durable de l'état psychique de la recourante. Bien plus, les médecins ont rapporté une amélioration rapide de la thymie au cours de ce séjour en clinique à l'aide d'une nouvelle médication et d'un soutien thérapeutique ayant permis à l'assurée de mobiliser ses ressources et de reprendre confiance en ses aptitudes. Invité à se prononcer par l'intimé sur l'évolution intermédiaire à compter de janvier 2016, le psychiatre traitant a d'ailleurs lui aussi fait état d'une situation médicale stable et n'a évoqué des changements, d'abord

favorables dès décembre 2018 puis négatifs à partir de 2020, qu'en lien avec les problèmes somatiques de sa patiente et le contexte de vie difficile de celle-ci. L'on note de plus qu'à la suite de son prédécesseur, l'actuel généraliste n'a pas non plus signalé d'évolution notable entre 2014 et 2020 et que l'assurée elle-même, au vu des conclusions de son recours, a reconnu que son état de santé s'était amélioré et justifiait une révision de sa rente dès septembre 2018.

5.3 Partant, il y a lieu d'admettre à un degré de vraisemblance prépondérante (degré de preuve valable en droit des assurances sociales: ATF 144 V 427 c. 3.2) le caractère probant de l'expertise pluridisciplinaire du 2 octobre 2019, lequel a également été confirmé par le SMR (c. 4.3 supra). Cette conclusion vaut pour les aspects spécifiquement médicaux de l'expertise du CEM, mais également pour la proposition qui y est formulée relativement à l'estimation de la capacité de travail et de son évolution. 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). Aucun indice objectif au dossier ne permet de douter de la pérennité de leur appréciation à la date de la décision contestée. Une instruction médicale complémentaire n'a dès lors pas lieu d'être ordonnée par l'autorité de céans. L'on retient de cette évaluation pluridisciplinaire que sous réserve d'une inaptitude à tout emploi du 23 décembre 2016 au 6 février 2017 liée à la problématique méniscale (l'opération de bypass n'a pas entraîné d'incapacité de travail prolongée avec un état général déjà qualifié de bon à l'issue d'un séjour hospitalier de quatre jours, du 26 au 30 avril 2018; dos. int. 115/14), la (seule) problématique ORL invalidante a généré une incapacité de travail de 50% du 31 janvier 2013 au 30 avril 2018 et qu'elle s'est améliorée à partir de mai 2018 au point de permettre une activité adaptée à temps complet, sous réserve d'une perte de rendement de 20% en tout cas dès fin mai 2018. Contrairement à ce que laisse entendre le second rapport d'observation établi le 20 avril 2014 par l'apr, rien n'indique au surplus que l'assurée ne serait pas en mesure d'exploiter sa capacité résiduelle de travail sur le marché libre de l'économie. Comme déjà relevé (c. 5.2.1 supra), cette évaluation a eu lieu avant l'appareillage acoustique intervenu en 2018, lequel a permis une nette amélioration des crises

vertigineuses à l'origine des nombreuses absences constatées durant la mesure d'entraînement au travail. Quant aux réserves jadis émises (abandonnées par la suite) par la doctoresse du SMR quant à une possible réintégration du marché libre de l'économie, elles étaient énoncées en raison de l'existence alors supputée d'un trouble de la personnalité propre à entraver durablement les ressources de l'assurée (c. 4.3 supra). Or, cette hypothèse diagnostique a été écartée lors des nouvelles investigations pluridisciplinaires ayant eu lieu courant 2019 sur les recommandations de cette doctoresse. On ne peut dès lors retenir qu'à la date du (second) rapport d'observation de l'apr et des mesures professionnelles l'ayant précédé à partir de mi-2013, les limitations fonctionnelles étaient telles qu'elles rendaient illusoire une intégration dans le premier marché du travail (voir à ce sujet: ATF 138 V 457 c. 3.1; SVR 2017 IV n° 64 c. 4.1, 2008 n° 62 c. 5.1). Bien plus, il apparaît au vu des exigences définies par le second CEM qu'une activité adaptée a toujours été envisageable dans l'économie libre, à 50% d'abord puis à temps complet dès mai 2018 (avec une baisse de rendement de 20%), à savoir une activité excluant la station debout statique, celle en porte-à-faux et le port répété de charges de plus de 10 kg.

6.

Sur la base de la capacité de travail résiduelle ainsi fixée, il convient encore de procéder à l'évaluation du degré d'invalidité en résultant.

6.1 Pour déterminer le droit à la rente de la recourante, il s'agit de procéder à la comparaison des revenus avec et sans invalidité (voir c. 2.1 supra). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b). Les deux revenus doivent être définis en se plaçant aux moments (hypothétiques) de la naissance du droit à la rente et de ses modifications jusqu'à la date de la décision (voir ci-dessus c. 2. 4; ATF 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222).

6.2

6.2.1 En l'espèce, le droit la rente est né le 1^{er} février 2014 comme retenu par l'intimé. En effet, c'est à cette date que le délai d'attente d'une année d'une incapacité de travail moyenne d'au moins 40% arrivait à échéance, une incapacité de travail (dans la profession de cuisinière) ayant été reconnue depuis le 31 janvier 2013 (art. 28 al. 1 LAI; voir c. 4.2 supra). Au 1^{er} février 2014, le délai de carence de six mois à compter de la date à laquelle l'assurée a fait valoir ses droits (art. 29 al. 1 LAI) était également écoulé (formulaire de demande daté du 7 février 2013, parvenu le lendemain à l'intimé et donc posté au cours du même mois). L'année de référence déterminante au moment de la naissance du droit à la rente est donc 2014. Les modifications dans la capacité de travail consécutives à l'amélioration médicale constatée courant mai 2018 impliquent quant à elles une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA avec trois mois de décalage (art. 88a al. 1 et 2 RAI). Cette amélioration prendra donc effet au 1^{er} septembre 2018 comme également admis par l'intimé, ce qui n'est du reste pas contesté par la recourante au vu des conclusions de son recours. Il s'ensuit que la comparaison de revenus inhérente à cette révision de rente doit s'effectuer selon des données correspondant à l'année 2018.

6.2.2 L'Office AI Berne s'est fondé à raison sur les indications salariales fournies par le dernier employeur pour évaluer le revenu hypothétique sans invalidité de la recourante. La règle générale veut en effet que l'on se base sur le dernier salaire gagné par la personne assurée (ATF 145 V 141 c. 5.2.1, 134 V 322 c. 4.1), a fortiori lorsque, comme en l'espèce, le dernier emploi a été perdu du fait d'une incapacité de travail confirmée par l'appréciation médicale subséquente (arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_80/2014 du 11 juillet 2014 c. 4.2). D'après les indications dudit employeur (questionnaire daté du 27 février 2013 et comptes salaires 2011 à 2013 y annexés), le salaire alloué depuis l'engagement de l'assurée au 1^{er} septembre 2011 jusqu'au 30 juin 2012 était calculé d'après un tarif horaire (et était de ce fait soumis à fluctuations) et a ensuite été évalué jusqu'à la fin des rapports de travail au 31 janvier 2013 à un montant mensuel fixe de Fr. 3'985.- (vacances et part de 13^e salaire incluses), soit

un montant de Fr. 47'820.- par an. Que l'on s'appuie sur l'une ou l'autre des bases salariales (horaire ou mensuelle) précitées et en tenant même compte en sus de l'indexation de ces données jusqu'aux années 2014 et 2018 ici déterminantes pour la comparaison des revenus, on ne parvient pas à reconstituer les montants annuels de Fr. 47'504.- et 48'553.- respectivement retenus par l'intimé à titre de revenus sans handicap. Quoiqu'il en soit et au degré probatoire de la vraisemblance prépondérante présentement applicable (c. 5.3 supra), il se justifie d'évaluer ces revenus de personne valide sur une base salariale mensuelle, celle-ci rendant en effet plus fidèlement compte des toutes dernières conditions salariales qui auraient prévalu sans l'atteinte invalidante à la santé. Après adaptation du montant y afférent de Fr. 47'820.- pour 2012 encore valable en 2013 jusqu'aux années 2014 et 2018 ici déterminantes, il en résulte des revenus sans handicap s'élevant à Fr. 48'271.45 pour l'année 2014 et à Fr. 49'336.95 s'agissant de 2018 (voir pour cette adaptation la table T39 *Evolution des salaires nominaux, 2010-2019, femmes*, publiée par l'OFS, valeur totale, 2013: 2648; 2014: 2673; 2018: 2732).

6.2.3 Pour ce qui concerne le revenu d'invalidé, dès lors que l'assurée n'a plus exercé d'activité lucrative depuis son licenciement en 2013 (mais uniquement une activité en cadre occupationnel), c'est à juste titre que l'intimé l'a déterminé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) en se fondant sur la valeur centrale des salaires versés aux femmes pour des activités non qualifiées (physiques ou manuelles simples correspondant au niveau 1 de l'ESS). Le revenu sans handicap de Fr. 26'896.50 calculé par l'intimé s'agissant de 2014 tient compte de la capacité de travail résiduelle de 50% ainsi que de l'horaire de travail habituel de 41,7 heures hebdomadaires, tels qu'actuels tous deux à cette époque-là (ESS 2014, TA1, femmes, niveau 1, Fr. 4'300.- x 12 x 50% x 41.7/40; voir pour cette dernière adaptation la table *Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique* publiée par l'OFS). Ce montant n'appelle dès lors aucune correction. Quant au revenu d'invalidé calculé pour 2018, il n'apparaît pas davantage critiquable si ce n'est qu'il convient de l'établir sur la base de l'ESS 2018 déjà publiée lors du prononcé de la décision du 14 juillet 2020 au lieu de recourir, comme l'a fait l'intimé, aux données

statistiques de 2016 et de les indexer jusqu'en 2018. En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), il y a lieu de prendre en compte les modifications des revenus avec et sans invalidité susceptibles d'influencer le droit à la rente lorsque celles-ci sont survenues jusqu'à la date de la décision contestée (ATF 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222). En imputant la baisse de rendement de 20% attestée médicalement dans un emploi simple et répétitif exercé à temps complet, on parvient à un revenu d'invalidé de Fr. 43'744.95 pour l'année 2018 (ESS 2018, TA1, femmes, niveau 1, Fr. 4'371 x 12 x 80% x 41.7/40; voir pour cette dernière adaptation c. 6.2.3 supra), au lieu de celui de Fr. 44'034.- pris en compte par l'intimé. A raison, la recourante n'invoque pas d'abattement supplémentaire sur le montant, respectivement pour 2014 et 2018, de son revenu avec handicap.

6.3 Il résulte dès lors de tout ce qui précède que, pour la période du 1^{er} février 2014 au 31 août 2018, le taux d'invalidité se monte à 44.30% après comparaison (valeurs 2014) des revenus de valide de Fr. 48'271.45 et d'invalidé de Fr. 26'896.50, et que la recourante peut donc prétendre à un quart de rente pour cette période. Dès le 1^{er} septembre 2018, le taux d'invalidité doit être fixé à 11.35% en comparant (valeurs 2018) le revenu de valide de Fr. 49'336.95 avec celui d'invalidé de Fr. 43'744.95, ce qui exclut tout droit à une rente.

7.

7.1 En conséquence, le recours doit être rejeté, tant en ce qui concerne le niveau de la rente du 1^{er} février 2014 au 31 août 2018 que la suppression de cette dernière dès le 1^{er} septembre 2018.

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.
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):
 - à la mandataire de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,
 - à la Caisse de pension G._____.

La présidente:
e.r. B. Rolli, juge

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).