

200.2021.875.AI
N° AVS
NIG/EGC

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

Jugement du 1^{er} juin 2022

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et A.-F. Boillat, juges
G. Niederer, greffier

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 16 novembre 2021



En fait:

A.

A. _____, née en 1965, mariée et mère de deux enfants nés en 1993 et 1994, est titulaire d'un CFC de vendeuse. Elle a été engagée en tant que vendeuse alimentaire en 1997 auprès d'une société de la grande distribution, à 100%, puis à 50%. Le 20 mars 2019, dans le contexte d'une période d'incapacité de travail attestée à 50%, l'assurée a déposé une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office AI Berne (qui l'a reçue le même mois). Elle y a indiqué souffrir d'un trouble dépressif récidivant depuis 1993, d'une gonarthrose sévère depuis 1984, opérée à quatre reprises et de troubles de la circulation sanguine depuis 2014.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne s'est procuré le dossier médical en possession de la médecin (interniste) traitante et contenant, en plus de ses rapports, des écrits d'un département de chirurgie orthopédique d'un hôpital cantonal, ainsi que de différentes cliniques d'un hôpital universitaire, spécialisées en dermatologie, en neurologie et en angiologie. L'Office AI Berne a aussi requis des informations du psychiatre et psychothérapeute traitant, de l'employeur, de même que de l'assureur perte de gain en cas de maladie de celui-ci. Cet assureur a notamment remis une expertise pluridisciplinaire à l'Office AI Berne, à savoir en psychiatrie/psychothérapie, en orthopédie et en neuropsychologie, du 27 novembre 2019. Après avoir alloué une mesure professionnelle à l'assurée (un droit au placement), puis mis fin à la réadaptation professionnelle, il a encore consulté le service médical des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), avant d'organiser une expertise bidisciplinaire (orthopédique et psychiatrique), dont les conclusions ont été rédigées par le "Centre Medical Expertises" (CEMEDEX) le 22 août 2021. Sur cette base, l'Office AI Berne a indiqué qu'il envisageait de nier tout droit à une rente, ce qu'il a communiqué par préorientation du 26 août 2021. Du fait des objections formées contre cet

acte par l'intéressée, le 30 août 2021, l'Office AI Berne a consulté une nouvelle fois le SMR, qui s'est prononcé le 26 octobre 2021. L'Office AI Berne a ensuite confirmé le contenu de sa préorientation, dans sa décision du 16 novembre 2021.

C.

Désormais représentée par un avocat et par mémoire du 16 décembre 2021, l'assurée a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant à l'annulation de la décision du 16 novembre 2021 et à l'octroi de trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2019, sous suite de frais et dépens. Dans sa réponse du 19 janvier 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'avocat de la recourante a produit sa note d'honoraires le 27 janvier 2022.

En droit:

1.

1.1 La décision du 16 novembre 2021 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et exclut tout droit de la recourante à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cet acte et l'octroi de trois-quarts de rente d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 2019. Est particulièrement critiquée par la recourante la force probante du volet psychiatrique de l'expertise du 22 août 2021.

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, 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 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

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

2.

2.1 La modification du 19 juin 2020 de la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Puisque, sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou au moment de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 146 V 364 c. 7.1, 144 V 210 c. 4.3.1) et que la décision attaquée date d'avant l'entrée en vigueur de cette modification, il faut examiner le droit à la rente selon les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (voir dans le même sens: arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_440/2021 du 25 mars 2022 c. 3.1)

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

2.3

2.3.1 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en

relation avec l'art. 7 LPGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 145 V 215 c. 5.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante (ATF 142 V 106 c. 4.4). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

2.3.2 Ainsi, une atteinte à la santé psychique importante et pertinente en droit de l'AI n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49, qui ont trop peu été pris en considération en pratique. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue (ATF 127 V 294 c. 5a). Partant, dans une telle situation, un droit à une rente doit être exclu, même si les critères de classification d'un trouble psychique sont réalisés (cpr. art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA). Si une atteinte à la santé psychique assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6).

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

2.5 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). 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 LPGGA).

2.6 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).

3.

3.1 L'intimé a retenu que, depuis le 19 mars 2018, la recourante pouvait accomplir des activités légères en position assise à plein temps avec une diminution de rendement de 10%. Il a cependant exclu l'exercice de travaux exigeant le maintien de la position debout, la marche prolongée, l'utilisation d'escaliers, le port de charges et les postures agenouillées ou accroupies. S'agissant du taux d'invalidité à compter de cette date, l'intimé l'a déterminé en comparant le revenu que l'assurée percevrait auprès de son employeur à 100%, avec celui qu'elle pourrait obtenir dans un emploi mettant pleinement en valeur sa capacité de travail. Il a arrêté ce dernier sur une base statistique, adaptée à la durée ordinaire de travail en entreprise. L'intimé est ainsi parvenu à un taux d'invalidité de 15%, insuffisant pour ouvrir tout droit à une rente d'invalidité. En revanche, jusqu'au 18 mars 2018, il a admis une incapacité totale de travail et a fixé le taux d'invalidité à 100%. Il a aussi ajouté que, selon le SMR, le rapport du psychiatre/psychothérapeute traitant du 20 septembre 2021, produit par la recourante, ne remettait pas en cause la valeur probante de l'expertise du 22 août 2021. Dans sa réponse, l'intimé a encore défendu la valeur probante de cette expertise, en indiquant que celle mise en œuvre par l'assureur perte de gain en cas de maladie n'illustre pas une vue complète et récente de l'état de santé de l'assurée.

3.2 La recourante conteste le raisonnement de l'intimé, en tant qu'il s'est fondé sur l'avis de l'expert psychiatre et psychothérapeute. Elle rappelle que le point de vue de ce dernier, qui a nié toute diminution de la capacité de travail sur le plan psychique est contredit par les rapports de son psychiatre et psychothérapeute traitant. En effet, selon celui-ci, seule une capacité de travail de 50% serait exigible. Elle précise en outre qu'elle suit un traitement psychiatrique et médicamenteux depuis de nombreuses années, mais que cela n'a pas permis d'éviter les rechutes. Elle ajoute que les conclusions de l'expert précité sont également en opposition avec celles de l'expertise de 2019, qui aurait confirmé les diagnostics du psychiatre traitant, ainsi que l'existence d'une diminution durable de l'endurance psychique, de même que de la résistance cognitive et émotionnelle, ce qui exclurait une capacité de travail de plus de 50%. La recourante critique

ainsi la valeur probante de l'expertise de 2021, jugée contradictoire et incomplète. Elle signale encore que l'intimé est incohérent, puisqu'il avait reconnu que la capacité de travail ne pourrait être augmentée à plus de 50%, dans sa préorientation du 5 septembre 2019. Enfin, elle estime son taux d'invalidité à 60% depuis septembre 2019 et en déduit qu'un droit à trois quarts de rente doit lui être reconnu dès cette date.

4.

Le dossier permet de constater les faits médicaux principaux suivants.

4.1 Le 24 octobre 1990, le département orthopédique d'un hôpital cantonal a retenu le diagnostic d'insuffisance chronique du ligament croisé antérieur, en présence d'un status après une refixation de celui-ci et une méniscectomie en 1980, deux plasties en 1981 et en 1985, ainsi qu'une excision d'un neurinome cicatriciel en 1987. Il a en outre posé le diagnostic de gonarthrose en varus du genou droit. Selon cet écrit, la recourante a été hospitalisée du 8 au 24 octobre et opérée le 9 octobre 1990 (ostéotomie de valgisation avec remplacement du ligament croisé antérieur par un greffon de ligament rotulien; voir dossier [dos.] AI 12/38, évoquant également une excision du nerf saphène). Le 3 décembre 1990, l'hôpital a ensuite fait état d'un séjour de réadaptation du 20 au 30 novembre 1990. Le 26 mars 1996, après avoir résumé les constatations faites au cours des dernières années (dos. AI 12/34 ss), il a expliqué que la recourante était très satisfaite du résultat de l'opération. Toutefois, le 5 février 2014, après avoir d'abord posé le diagnostic de trouble dépressif associé à un trouble anxieux, avec un épisode similaire vers 2005, dans un rapport du 1^{er} avril 2009 (voir également dos. AI 12/3), la médecin traitante s'est adressée à l'hôpital précité en mentionnant une gonarthrose bicompartimentale médiale, plus prononcée dans la loge interne. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse a ainsi été effectué le 27 août 2014, lors d'une hospitalisation du 26 au 28 août 2014. L'hôpital a alors retenu le diagnostic de gonarthrose sévère dans tous les compartiments du genou droit, ainsi que d'obésité (IMC 36), le 2 septembre 2014. Dans un rapport du 9 octobre 2014, il a confirmé ce diagnostic et posé ceux d'infection de l'implant de degré léger ainsi que de

status après le retrait du matériel d'ostéosynthèse. Il a toutefois fait part d'une bonne évolution. La disparition des douleurs a finalement été rapportée le 11 décembre 2014 et une pleine capacité de travail attestée, y compris pour des activités debout et en marche.

4.2 Une clinique universitaire pour la dermatologie a posé le diagnostic d'acro-ostéolyse de l'index et du majeur de la main droite entraînant une onychodystrophie consécutive, en présence d'une étiologie indéterminée notamment, ainsi que de pulpite sèche, dans un rapport du 26 juillet 2017. Il y figure que la recourante a perdu les ongles de l'index et du majeur de la main droite deux ans plus tôt, que l'ongle restant a été déformé et qu'elle a aussi souffert d'une diminution de la sensibilité au bout des doigts. Des examens neurologiques et vasculaires ont été ordonnés pour identifier la cause de l'acro-ostéolyse. Le 7 septembre 2017, une clinique universitaire pour la neurologie a ainsi relevé une hypoesthésie des phalanges distales de l'index et du majeur de la main droite. Elle a suspecté un syndrome du tunnel carpien sévère, si bien que, le 11 octobre 2017, après avoir encore posé le diagnostic différentiel de forte atrophie du muscle court abducteur du pouce gauche, elle a conseillé une intervention en vue de la libération du canal carpien. Dans l'intervalle, soit les 7 et 8 septembre 2017, une clinique universitaire pour l'angiologie a confirmé les diagnostics de la clinique dermatologique, mais a exclu tout signe de microangiopathie organique, en signalant que d'autres examens n'avaient pas permis d'identifier l'origine de l'onychodystrophie et de l'ostéolyse.

4.3 L'assurance perte de gain en cas de maladie a produit des rapports d'un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci a tout d'abord établi un rapport le 12 novembre 2018. Il y a retenu le diagnostic de trouble dépressif récidivant, alors de degré léger à moyen (ch. F33 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'organisation mondiale de la santé), avec une forte angoisse, en présence d'un trouble panique et anxieux généralisé ainsi que préexistant. Il a expliqué que la recourante réagissait fortement au surmenage et à la pression, qu'elle éprouvait une très faible confiance en elle et faisait également face à des facteurs psychosociaux. Une aggravation des symptômes a été signalée depuis juillet 2018 et une

incapacité de travail à 50% attestée jusqu'au 30 octobre 2018, puis ensuite à 30%. Les activités générant une importante pression chez la recourante ont été déconseillées (à la caisse par exemple, en raison de la crainte de faire des erreurs avec l'argent). Le 15 mai 2019, ce spécialiste a confirmé son diagnostic, en évoquant une nouvelle détérioration de l'état psychique, suite à un entretien avec l'employeur, qui avait mentionné un manque de résistance et de fiabilité de la recourante. Une incapacité de travail à 50% a été attestée une nouvelle fois, pour une durée indéterminée. Le 27 mai 2019, le psychiatre et psychothérapeute a encore répondu à l'intimé et a surtout posé les diagnostics (avec répercussion sur la capacité de travail) de trouble dépressif récidivant, alors de degré léger (présent depuis 1994), de trouble anxieux et panique généralisé (diagnostic différentiel: accentuation de traits de la personnalité, anxieuse, peu sûre, dépendante). Il a répété le contenu de son écrit du 15 mai 2019, en ajoutant que la situation s'était améliorée au taux de 50%. Il a attesté une incapacité de travail à 50% depuis le 1^{er} avril 2019, pour une durée indéterminée et souligné qu'une reprise du travail à 100% n'était pas envisageable. Faisant suite à une demande de l'intimé, le psychiatre et psychothérapeute a en outre répété ses diagnostics le 2 novembre 2020. Il a déclaré que l'état de santé était stationnaire et que le taux d'activité de 50% constituait certainement la limite exigible. Le 7 décembre 2020, la médecin traitante a de son côté confirmé que sa patiente allait beaucoup mieux à 50%.

4.4 L'assureur perte de gain en cas de maladie a aussi remis à l'intimé une expertise pluridisciplinaire du 27 novembre 2019. A l'issue de celle-ci, les experts ont retenu le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de trouble dépressif récurrent (ch. F33 CIM-10), en présence d'un épisode dépressif encore léger, fluctuant jusqu'à moyen, d'une angoisse prononcée dans un contexte d'anxiété généralisée, ainsi que de trouble panique, de déficits fonctionnels cognitifs légers à moyens, d'accentuation de certains traits de la personnalité (anxieuse-évitante, perfectionniste) et de difficultés psychosociales. Ils ont de plus posé les diagnostics (impactant la capacité de travail) d'anxiété généralisée (ch. F41.1) et de gonarthrose tri-compartimentale avancée du genou droit, plus prononcée dans la loge médiale (ch. M17.9 CIM-10). Ont enfin été évoqués, mais sans effet sur la capacité de travail, les diagnostics de paronychie et pulpites chroniques

légèrement destructrices de l'index et du majeur de la main droite, limitant peu les fonctions, de même que d'obésité (ch. L03.01 et E66.99 CIM-10). Au niveau interdisciplinaire, les experts ont conclu à une capacité de travail de 40% dans une activité adaptée, avec un temps de travail de 60% au plus et une réduction de rendement de 30% (dos. AI 50/41).

4.5 En suivant l'avis d'un spécialiste en médecine psychosomatique et en psychothérapie du SMR, du 22 décembre 2020, l'intimé a diligenté une expertise bidisciplinaire (en orthopédie et psychiatrie/psychothérapie), dont le rapport a été délivré le 22 août 2021. Dans le volet orthopédique de celui-ci, l'expert spécialisé dans cette discipline a posé le diagnostic de gonarthrose tricompartimentale sévère droite. Quant à l'expert psychiatre, il a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (ch. F33.4 CIM-10). Dans leurs conclusions interdisciplinaires, les experts consultés ont retenu que, dans une activité adaptée, à savoir un emploi permettant de prendre des pauses régulières en raison des douleurs dues à la gonarthrose, la recourante était en mesure d'assumer une capacité de travail à 100% avec une diminution de rendement de 10% et ce depuis le 19 mars 2018.

4.6 Le psychiatre/psychothérapeute traitant a réagi à cette expertise le 20 septembre 2021. Après avoir confirmé ses précédents diagnostics, il a relevé que l'état de stabilité de la recourante s'expliquait uniquement du fait que celle-ci profitait d'un traitement psychiatrique intégré, d'une médication anti-neuroleptique et anxiolytique, de même que d'un important soutien de la part de sa famille. En rappelant que l'état de santé était fragile et qu'une récurrence demeurait possible, il a maintenu que l'assurée ne présentait qu'une capacité de travail à 50% et qu'une augmentation de ce taux présentait un risque d'une nouvelle décompensation sévère.

4.7 Le 26 octobre 2021, le spécialiste en médecine psychosomatique et en psychothérapie du SMR a relevé que l'expertise de 2021 et le dernier avis du psychiatre/psychothérapeute traitant concordaient sur le fait qu'il existait un trouble dépressif récurrent. Il a toutefois retenu que l'expertise expliquait de manière probante pourquoi il fallait admettre que ce trouble était en rémission. Le spécialiste du SMR a de plus signalé que ces deux documents s'accordaient aussi sur le fait qu'il n'existait pas d'atteinte à la

structure de la personnalité, qui pourrait justifier le diagnostic de trouble de la personnalité, si bien que la pathologie retenue dans l'expertise, d'accentuation de certains traits de la personnalité, était probante. Or, le spécialiste du SMR a rappelé que ce diagnostic ne constituait pas une atteinte invalidante à la santé. Le spécialiste du SMR a encore mis en relief que l'expertise avait aussi écarté la présence d'une anxiété généralisée de manière cohérente et que l'appréciation des limitations fonctionnelles qui en résultait était fondée sur des tests standardisés. Le spécialiste du SMR a cependant constaté qu'à l'inverse, le point de vue du psychiatre traitant, s'agissant de la capacité de travail, n'était pas appuyé sur une appréciation des déficits fonctionnels.

5.

Il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire du 22 août 2021, sur laquelle l'intimé a fondé sa décision du 16 novembre 2021.

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

5.2 En l'occurrence, sur le plan formel, l'expertise répond aux exigences posées par la jurisprudence, s'agissant de la valeur probante des documents médicaux. Les experts (dont les qualifications en chirurgie orthopédique et en traumatologie, de même qu'en psychiatrie, ne sauraient être critiquées) ont procédé à un examen personnel de la recourante, ont pris en compte ses plaintes subjectives, son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle), ainsi que l'ensemble des pièces

pertinentes produites (dos. AI 58.4/1 ss), qui ont encore été complétées par des rapports de radiographies et de laboratoire (dos. AI 58.1/1). En particulier, on ne peut suivre la recourante, qui prétend que l'expertise est incomplète, puisque l'expert n'a fait état que de trois épisodes dépressifs, alors qu'elle en aurait vécu une fois par an au moins (ch. 46 du recours). En effet, s'il est vrai que l'expert s'est surtout référé aux épisodes de 1993, 2014, 2018 et 2019, force est de constater qu'il a néanmoins pris en compte qu'elle avait vécu plusieurs dépressions, dont les symptômes ont toujours été les mêmes (dos. AI 58.3/3, voir aussi dos. AI 58.3/5). On peut du reste relever que les périodes citées par l'expert sont celles que la recourante a elle-même évoquées et qu'elles correspondent en outre à celles mentionnées par le psychiatre et psychothérapeute traitant (voir dos. AI 22/2 s., 20.2/1 s. et 20.2/8). Quoi qu'en dise la recourante, les résultats de l'expertise ont donc été arrêtés en pleine connaissance du dossier. Les conclusions des experts sont du reste motivées et compréhensibles. Enfin, s'agissant du volet psychiatrique, le rapport contient les éléments nécessaires à l'évaluation structurée selon l'ATF 141 V 281. De ce fait, sous l'angle purement formel, l'expertise répond aux exigences posées par la jurisprudence, s'agissant de la valeur probante d'un tel document.

5.3

5.3.1 Sur le plan matériel, la recourante ne conteste à juste titre pas les conclusions de l'expert en orthopédie et en traumatologie de l'appareil locomoteur (ch. 26 du recours). En effet, le raisonnement de cet expert, qui a posé le diagnostic (avec répercussion sur la capacité de travail) de gonarthrose tri-compartmentale sévère droite, peut facilement être suivi. Et pour cause, puisque celui-ci a rappelé que la recourante avait été victime d'un accident en 1980, qui lui avait causé une déchirure du ligament croisé antérieur et des ménisques, ainsi qu'une lésion du cartilage au genou droit, puis qu'elle avait été opérée plusieurs fois de 1981 à 2014 (dos. AI 58.2/2 et 58.2/6). L'expert a par ailleurs tenu compte des indications de la recourante, qui lui a confié ne pas être en mesure de rester debout plus de 30 minutes sans éprouver de douleurs au genou droit. Elle a aussi déclaré que les positions à genoux ou accroupie étaient impossibles, tout comme l'usage d'une échelle ou d'un escabeau, alors que l'utilisation des escaliers

était très limitée. De plus, la recourante a fait savoir à l'expert qu'elle ressentait des douleurs dès qu'elle portait des charges (dos. AI 58.2/2 s.). L'expert s'est en outre procuré une radiographie du 5 juillet 2021, qui a révélé une gonarthrose sévère, avec en particulier une luxation externe du tibia par rapport au fémur, une chondrocalcinose au niveau du ménisque et une ostéophytose très importante au niveau des trois compartiments (dos. AI 58.5/1). L'avis de l'expert est ainsi d'autant plus probant que ce dernier a constaté lui-même des douleurs à la palpation, un gonflement du genou et des signes d'épanchement (dos. AI 58.2/5). Le profil d'exigibilité posé, excluant la position statique debout, la marche, l'usage répété d'escaliers, le port de charges de plus de 5 kg et les postures à genoux ou accroupie, ne prête donc pas flanc à la critique (dos. AI 58.2/7). Il en va de même, en tant que l'expert a conclu que l'activité de vendeuse n'était pas adaptée à ces limitations, si bien que la capacité de travail était nulle dans cet emploi dès le 21 janvier 2014, date à laquelle une incapacité de travail avait été attestée par son psychiatre, mais également motivée par l'atteinte au genou, d'après l'assurée (voir c. 4.1). On ne voit rien non plus à redire, à propos du fait que l'expert a jugé la capacité de travail dans une activité adaptée à 100%, avec une diminution de rendement de 10%, du fait du besoin de changer de positions et de prendre des pauses régulières de récupération, dès le 19 mars 2018 (après la deuxième période d'incapacité de travail à 100%, du 22 janvier au 18 mars 2018; voir dos. AI 17/8).

5.3.2 Quant au volet psychiatrique de l'expertise de 2021, on peut aussi comprendre aisément pourquoi l'expert spécialisé dans cette discipline a retenu le diagnostic (sans répercussion sur la capacité de travail) de trouble dépressif récurrent, alors en rémission (ch. F33.4 CIM-10), quoi qu'en dise la recourante (voir ch. 44 du recours). L'expert a en effet relevé que celle-ci avait expliqué avoir été sujette par le passé à des périodes de dépression de cinq à six mois. Une dépression post-partum a ainsi été signalée en 1993, de même que des épisodes dépressifs en 2014, d'août à décembre 2018 et en avril 2019 (dos. AI 58.3/3). L'expert a en outre signalé de manière probante que ces périodes dépressives avaient été totalement résolues après quelques mois et que les symptômes signalés par la recourante au cours de ces événements (des pleurs, une humeur triste, une anhédonie et des ruminations anxieuses, mais pas de pensées

suicidaires), permettaient de qualifier les épisodes en question de légers (dos. AI 58.3/5). L'expert a aussi pris en compte de façon compréhensible que la recourante n'avait pas évoqué de plainte spontanée sur le plan psychique au début de l'entretien, qu'elle avait au contraire relaté qu'elle allait mieux depuis quatre mois et qu'elle s'estimait plus stable. Il a également souligné qu'elle avait déclaré ne plus être triste, mais plutôt contente (dos. AI 58.3/2). De surcroît, l'expert a écarté tout signe d'agressivité, d'irritabilité, d'agitation psychomotrice, de digression ou de logorrhée, mais a cependant indiqué avoir observé un faciès figé et peu expressif, de même qu'un ralentissement de la gestuelle et des idées. Il a toutefois justifié de manière logique ce ralentissement par la prise de neuroleptiques et a nié tout indice en faveur d'une fatigabilité, d'une perte d'élan vital, d'idées noires ou de pessimisme. Le diagnostic de l'expert est d'autant plus convaincant qu'il a été posé après que ce dernier ait exclu une dysthymie, faute de tristesse constante (dos. AI 58.3/4 s.) et un trouble dépressif chronique, puisque la recourante se sentait à nouveau bien (dos. AI 58.3/6). On peut aussi constater que l'expert a notamment pris en compte et nié les diagnostics de trouble affectif bipolaire, de trouble somatoforme et de trouble de l'addiction, mais surtout qu'il a discuté ceux d'anxiété généralisée, de trouble panique ou d'agoraphobie. Bien que la recourante le conteste (ch. 43 du recours), il a écrit de manière probante que l'assurée ne présentait pas une anxiété constante et flottante, qu'elle n'avait pas rapporté de crises aiguës d'angoisse avec des manifestations neurovégétatives, ni d'antécédents de trouble panique. Force est encore d'admettre que l'expert a encore expliqué de façon logique que la recourante ne présentait pas un trouble de la personnalité. Il a en effet écrit à ce propos qu'on pouvait certes observer quelques traits de la personnalité évitante, avec une appréhension face à la critique, ainsi que dépendante, avec des difficultés à prendre des décisions importantes, mais que ces traits n'étaient pas assez importants pour que l'on puisse parler d'un véritable trouble. En opposant son point de vue à celui du psychiatre/psychothérapeute traitant, l'expert a en outre exclu que la recourante présente une personnalité perfectionniste, en rappelant qu'elle n'éprouvait aucune crainte à réaliser ses actes professionnels et n'avait par exemple pas évoqué de lenteurs pour ranger les aliments. On ne voit rien non plus à redire dans le fait que l'expert a contesté l'avis du psychiatre et

psychothérapeute traitant, qui avait évoqué une anxiété généralisée et un trouble panique. En effet, l'expert a signalé de façon crédible qu'il existait uniquement une anxiété occasionnelle face à des situations nouvelles, qui pouvait tout au plus justifier qu'on reconnaisse une personnalité anxieuse. C'est le lieu de souligner que la recourante se méprend en la matière, lorsqu'elle voit une contradiction entre la négation, par l'expert, d'une angoisse généralisée et les propos de celui-ci, qui a évoqué l'effet de la médication sur la "constante anxieuse" et sur "l'aspect anxieux". En effet, elle omet que l'expert a admis qu'elle présentait des traits de personnalité anxieuse (dos. AI 58.3/7). Finalement, on peut observer que l'expert a tout de même concédé que la recourante souffrait de difficultés à s'adapter aux situations nouvelles et qu'elle avait tendance à anticiper négativement les situations potentiellement problématiques. L'expert a cependant mis en relief que la recourante n'avait pas perdu ses moyens au cours de l'expertise et qu'elle était parvenue à bien gérer cette situation (dos. AI 58.3/6). Dans cette mesure, les conclusions de l'expert, qui a jugé que l'emploi de la recourante était adapté et que sa capacité de travail était de 100% depuis toujours sur le plan psychique, hormis pendant les périodes d'incapacité de travail, sont cohérentes.

5.4 Au vu de ce qui précède, force est donc d'admettre que l'expertise bidisciplinaire du 22 août 2021 est cohérente et convaincante, de sorte qu'il y a lieu de lui reconnaître une pleine valeur probante. Une capacité de travail de 100%, avec une réduction de rendement de 10%, doit par conséquent être reconnue dès le 19 mars 2018.

5.5 En particulier, c'est à tort que la recourante soutient que les rapports de son psychiatre et psychothérapeute, des 12 novembre 2018 et 15 mai 2019, l'emportent sur les conclusions de l'expert psychiatre (ch. 29 du recours; étant précisé que le rapport du 27 mai 2019 présente un contenu similaire à celui du 15 mai 2019). Ces écrits ont en effet été discutés par l'expert, qui a pris soin de s'exprimer sur les diagnostics d'angoisse prononcée, d'anxiété généralisée et de trouble panique, sur la diminution de la capacité de résistance au stress et à la pression, sur les traits de la personnalité perfectionniste, de même que sur le manque d'estime de soi, tous évoqués au sein de l'expertise (voir c. 5.3.2). L'avis du

psychiatre et psychothérapeute traitant est d'autant moins probant qu'il évoque, le 12 novembre 2018, la nécessité de libérer complètement la recourante de l'activité de caissière, trop stressante pour elle, alors que celle-ci a finalement suivi un cours relatif à cette profession et conclu un nouveau contrat de travail à 50% en cette qualité auprès de son employeur, le 15 janvier 2020 (ch. 20 du recours; pièce justificative [PJ] 4 du recours). Or, le 27 mai 2019, le psychiatre et psychothérapeute traitant avait encore écrit que le métier de caissière n'était pas du tout envisageable ("*gar nicht toleriert ist die Arbeit an der Kasse*"; dos. AI 22/5). Il y a aussi lieu de considérer que le rapport du 12 novembre 2018 a été rédigé dans les mois qui ont suivi la détérioration de l'état psychique attestée en juillet 2018 et des années avant l'expertise de 2021. Enfin, le rapport du 2 novembre 2020 répète, sans autre précision, le point de vue de ce médecin, quant à la capacité de travail de l'assurée, alors que l'écrit du 20 septembre 2021, postérieur à l'expertise diligentée par l'intimé, se limite à mentionner que la stabilité de l'état de santé tient au fait que la recourante ne travaille qu'à 50%, suit ses traitements et est soutenue par sa famille (dos. AI 65/3), éléments qui avaient toutefois déjà été pris en compte par l'expert. Ainsi, à l'inverse des conclusions de celui-ci, le point de vue du psychiatre/psychothérapeute traitant ne s'impose pas au degré de preuve requis (soit, en droit des assurances sociales, au degré de la vraisemblance prépondérante; ATF 144 V 427 c. 3.2).

5.6 De même, c'est aussi en vain que la recourante laisse entendre que l'intimé aurait dû se baser sur le volet psychiatrique de l'expertise organisée par l'assureur perte de gain en cas de maladie (ch. 35 ss du recours). En effet, même si celle-ci confirme les diagnostics du psychiatre et psychothérapeute traitant, force est de constater que ce résultat a surtout été motivé du fait que ces diagnostics avaient été posés dès 1994 et parce que l'employeur de la recourante avait rapporté que celle-ci n'atteignait qu'un rendement de 50% dans son dernier poste (dos. AI 50/35). Or, comme évoqué, la recourante avait dans l'intervalle été affectée à une nouvelle fonction et se disait aller beaucoup mieux, car il n'y avait plus de pression de son employeur et qu'elle pouvait accomplir son travail tranquillement (dos. AI 50/19 ch. 2.1 s., dos. AI 50/20 ch. 2.4 et 2.4.2, dos. AI 50/23, dos. AI 50/35 § 7). De plus, bien que l'experte ait indiqué qu'elle avait posé ses

diagnostics "compte tenu de l'impression clinique lors de l'examen psychiatrique" (dos. AI 50/36), il appert que ceux-ci se heurtent aux constatations de celle-ci, qui avait relevé que l'assurée ne présentait aucun symptôme dépressif (dos. AI 50/19 ch. 2.2), qu'elle s'était montrée sérieuse mais pas déprimée durant l'examen, au cours duquel elle avait du reste souri plusieurs fois. L'experte avait en outre observé que l'élan vital n'était pas diminué (dos. AI 50/27 s., voir aussi dos. AI 50/36), que l'assurée ne se plaignait presque d'aucun trouble et faisait même état d'une amélioration notable de son état psychique, ne signalant elle-même souffrir d'aucun symptôme dépressif (dos. AI 50/35). L'angoisse prononcée, inscrite dans le cadre d'une anxiété généralisée et d'un trouble panique préexistant, selon l'experte, ne s'impose d'ailleurs pas non plus de manière cohérente au vu des observations cliniques. En effet, l'experte n'a fait état que d'une "peur diffuse" de ne pas arriver à tout faire sans faute, ainsi que d'une "tendance" à se mettre sous pression (dos. AI 50/19; voir aussi dos. AI 50/28). En outre, elle a écrit que l'assurée ne présentait aucun symptôme psychovégétatif associé à de l'anxiété (dos. AI 50/35), avant de relever enfin qu'aucun des critères de diagnostic d'une anxiété généralisée n'était réalisé. On observe d'ailleurs aussi à cet égard que l'experte a seulement repris les indications du psychiatre et psychothérapeute traitant, qui avait affirmé que sa patiente souffrait de telles angoisses et de crises de panique durant les phases dépressives (dos. AI 50/36). Toutefois, comme on l'a relaté, le volet psychiatrique de l'expertise de 2021 infirme de façon convaincante la présence d'un trouble panique et d'une anxiété généralisée. Il en va d'ailleurs de même de la présence d'une personnalité perfectionniste (dos. AI 58.3/6), admise par l'experte en 2019, en reprenant à son compte les déclarations de la recourante, sans autre discussion à ce sujet (dos. AI 50/19 et 50/37), si ce n'est de souligner que la recourante était soucieuse d'être "sans défaut", de se montrer sous son meilleur jour et de ne pas concéder de faiblesse (dos. AI 50/36). Dans ces circonstances, on ne peut donc souscrire à l'avis de la recourante, qui soutient qu'une pleine valeur probante doit être reconnue à l'expertise de 2019. En effet, celle-ci s'avère peu concluante.

5.7 Certes, l'experte avait aussi expliqué en 2019 que l'assurée donnait l'impression d'être peu consciente de sa maladie. Pour cette raison, mais

aussi parce que les déclarations de l'employeur ainsi que du psychiatre et psychothérapeute traitant suggéraient une atteinte cognitive (dos. AI 50/23), l'expertise de 2019, contrairement à celle de 2021, avait compris un volet neuropsychologique. Il en était résulté que l'assurée présentait un trouble léger à moyen en la matière et que le rendement était réduit de 30% dans l'activité habituelle de vendeuse, jugée adaptée (dos. AI 50/36 s.). Cette conclusion ne remet toutefois pas non plus en cause la force probante du rapport d'expertise de 2021. En effet, l'expert en neuropsychologie avait conclu à un QI de 79 (dos. AI 50/34). Or, selon la jurisprudence, une atteinte à la santé déterminante au sens du droit de l'AI ne doit en principe être admise qu'en présence d'un QI inférieur à 70 (TF 9C_291/2017 du 20 septembre 2018 c. 8.2 et les références). Le TF exige néanmoins de tenir compte de l'ensemble des empêchements rencontrés et de décrire leurs conséquences sur le comportement, l'activité professionnelle, les actes ordinaires de la vie et l'environnement social (TF 8C_608/2018 du 11 février 2019 c. 5.2, 8C_108/2014 du 24 septembre 2014 c. 2.2). En d'autres termes, même en présence d'un QI inférieur à 70, il faut déterminer dans quelle mesure le manque d'intelligence affecte concrètement la capacité de travail de l'assuré (TF 8C_189/2018 du 25 mai 2018 c. 4.2.3 et les références). En l'espèce, l'expert neuropsychologue avait surtout observé des déficits de l'attention, de l'apprentissage et de la mémorisation durable. Il en avait déduit que l'assurée avait besoin d'un accompagnement pour apprendre de nouvelles tâches et qu'elle présentait un risque d'être rapidement débordée (dos. AI 50/34 s.). Or, l'expert psychiatre, à qui cette expertise n'a pas échappé, puisqu'il s'y est référé dans le rapport d'expertise du 22 août 2021, en évoquant le déficit fonctionnel léger à moyen (dos. AI 58.3/6), a retenu de façon similaire que la recourante ne bénéficiait pas d'une bonne mémoire et que sa persévérance s'en trouvait affaiblie, de même que sa flexibilité mentale (dos. AI 58.3/5). Il a de plus admis qu'elle devait pouvoir compter sur un employeur bienveillant et qu'il était préférable de lui assigner des travaux répétitifs (dos. AI 58.3/7). De ce fait, force est ainsi d'admettre que l'expertise de 2021 comporte l'appréciation d'ensemble des limitations fonctionnelles, exigée par le TF. C'est encore le lieu de préciser qu'on ne saurait reprocher à l'expert psychiatre de n'avoir pas requis une nouvelle expertise neuropsychologique. En effet, ce type d'expertise ne revêt qu'un

caractère complémentaire (TF 9C_752/2018 du 12 avril 2019 c. 5.3 et les références). Elle peut servir d'aide, mais n'a pas la même valeur qu'une évaluation spécialisée dans un domaine de compétence à part entière (TF 8C_11/2021 du 16 avril 2021 c. 4.2). Il appartient donc au spécialiste en psychiatrie d'évaluer la capacité de travail, en tenant compte des déficits neuropsychologiques, ce qu'il pouvait toutefois faire en l'occurrence, sur la base de l'expertise de 2019. En effet, si tel n'avait pas été le cas, c'est à lui qu'il aurait appartenu de solliciter la participation d'un spécialiste en neuropsychologie (TF 8C_277/2014 du 30 janvier 2015 c. 5.2). Or, l'expert n'a visiblement pas estimé utile de faire, au cas particulier.

6.

6.1 Enfin, on ne saurait non plus critiquer les conclusions de l'expert psychiatre, du point de vue juridique. En effet, d'après la jurisprudence du TF, une atteinte à la santé psychique importante et pertinente en droit de l'AI n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49. Il n'existe en effet généralement pas d'atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue (ATF 141 V 281 c. 2.1.1 et 2.2, 127 V 294 c. 5a; SVR 2016 IV n° 25 c. 6). Si une atteinte à la santé psychique assurée doit toutefois être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6).

6.2 Au cas particulier, bien qu'aucun motif d'exclusion ne puisse être reconnu, puisque l'expert a exclu toute incohérence ou exagération des symptômes (dos. AI 58.3/7; voir à ce sujet l'indicateur "cohérence": ATF 141 V 281 c. 4.4), l'examen des indicateurs conduit quoi qu'il en soit à nier l'existence d'une atteinte invalidante. En effet, s'agissant du degré de

gravité fonctionnelle (voir le complexe "atteinte à la santé"; ATF 141 V 281 c. 4.3.1), l'expert psychiatre a indiqué que l'atteinte était en rémission. Il a aussi expliqué que même s'il avait constaté que l'assurée avait été peu expressive, impactée par un ralentissement de la gestuelle et des idées (mais en rapport avec une imprégnation neuroleptique), celle-ci s'était néanmoins dite heureuse, ne souffrant ni de fatigabilité, ni d'une perte d'élan vital ou d'idées pessimistes et ayant en outre déclaré bien dormir (dos. AI 58.3/2 et 58.3/4). Il a par ailleurs insisté sur le fait que l'accentuation des traits de caractère n'étaient pas constants et ne constituaient pas un trouble de la personnalité, comme déjà évoqué (voir dos. AI 58.3/7). De plus, en se basant sur les complexes "contexte social" et "personnalité" (ATF 141 V 281 c. 4.3.2 s.), bien que l'expert ait constaté que la recourante n'avait que peu de hobby, ne regardant pas la télévision, ne lisant pas et ne possédant pas d'animaux, ni de plante (voir toutefois au contraire: dos. AI 50/22, évoquant de nombreuses activités de loisirs et de détente), il a néanmoins relevé qu'elle entretenait de bons rapports avec ses collègues de travail, qu'elle voyait chaque semaine une amie, avec laquelle elle aimait discuter et parfois aller boire un café à l'extérieur (dos. AI 58.3/4). De même, même si l'expert a évoqué les facteurs de contrainte (les difficultés de flexibilité, la tendance à anticiper les changements avec anxiété, la baisse de persévérance et le manque de confiance en ses propres capacités), il a également évoqué les nombreuses ressources de l'assurée. Il a en effet précisé qu'elle pouvait se déplacer seule, qu'elle s'adaptait facilement aux règles et aux routines, pouvait planifier et structurer ses tâches, de même que travailler en groupe. Il a aussi spécifié qu'elle pouvait compter sur le soutien de sa famille, notamment de son époux et que la situation financière du couple était bonne (dos. AI 58.3/2 et 58.3/7). Finalement, l'expert a expliqué qu'une adaptation du traitement neuroleptique était envisageable, afin de réduire le ralentissement de la gestuelle et des idées (akinésie). Il a ajouté qu'il était aussi possible de limiter l'aspect anxieux, en remplaçant l'antidépresseur actuellement prescrit par un autre inhibiteur (dos. AI 58.3/7; voir aussi, sur le déroulement et l'issue du traitement: ATF 141 V 281 c. 4.3.1.2). Par conséquent, les conclusions d'expertise sont également probantes du point de vue juridique.

7.

Reste à déterminer le taux d'invalidité de la recourante.

7.1 A ce sujet, ainsi que l'assurée l'a relevé en se référant à la condition de l'art. 28 al. 1 let. a LAI, l'intimé a retenu que sa capacité de gain ne pouvait être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (ch. 55 du recours). Pour cette raison, il avait en effet mis fin aux mesures professionnelles par acte du 18 octobre 2019. A cet égard, il faut souligner qu'à l'inverse de ce que la recourante affirme, l'intimé n'a pas adopté un comportement contradictoire ou contraire à la bonne foi, en prononçant d'abord cette décision, puis en excluant un droit à la rente, motif pris que l'exercice d'un emploi à 100% avec une diminution de rendement de 10% était néanmoins exigible (ch. 53 du recours). En effet, même si la décision du 18 octobre 2019 est ambiguë, puisqu'elle évoque que: "l'état de santé de la recourante ne permet pas d'augmenter son temps de travail" (dos. AI 30/1), il faut en réalité seulement comprendre qu'il a été mis fin aux mesures professionnelles, du fait qu'aucune de celles-ci n'était apte à influencer sur la capacité de gain de la recourante. Cette dernière l'a d'ailleurs bien compris, puisqu'elle l'a expressément formulé comme tel par la suite, dans son recours (voir ch. 56 du recours).

7.2 En outre, puisque la recourante a déposé sa demande de prestations en mars 2019, un droit à la rente ne pourrait naître que dès le 1^{er} septembre 2019, au vu du délai de carence de six mois prévu par l'art. 29 al. 1 LAI. Cependant, à cette date, il ne va pas de soi que l'assurée avait présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne sans interruption notable (voir l'art. 28 al. 1 let. b LAI). Certes, l'expertise bidisciplinaire de 2021 conclut à une incapacité de travail de 0% depuis le 21 janvier 2017 dans l'activité de vendeuse en alimentation (dos. AI 58.1/5). Toutefois, une pleine incapacité de travail a été attestée dès 2017, soit à 100% du 21 au 22 janvier, le 3 et le 5 juillet, puis à 50% le 6 juillet 2017. L'assurée a ensuite retravaillé à 100% du 7 juillet 2017 au 21 janvier 2018. De la même manière, dès le 22 janvier 2018 et jusqu'au 18 mars 2018, une incapacité totale de travail a été attestée médicalement, puis à 50% du 19 mars au 1^{er} avril 2018. Or, la recourante a également

repris le travail à 100% du 2 avril au 19 août 2018. Ensuite, une incapacité de travail a été attestée à 50% du 20 août au 31 octobre 2018, à 30% du 1^{er} novembre 2018 au 2 janvier 2019, puis à 50% du 11 au 31 mars 2019 et dès avril 2019 pour une durée indéterminée. Néanmoins, cette nouvelle période a aussi été entrecoupée par une reprise du travail à 100% du 3 janvier au 10 mars 2019 (dos. AI 20.1/5, 22/2, 17/8 et 58.3/6). Par conséquent, il n'est en réalité pas utile d'examiner si la recourante peut vraiment se prévaloir d'une incapacité de travail moyenne de 40% avant le 22 janvier 2018, ou même avant le 20 août 2018 et le 11 mars 2019, puisque ces périodes ont de toute manière été interrompues par des reprises de travail à 100% de plus de 30 jours (du 7 juillet 2017 au 21 janvier 2018, du 2 avril au 19 août 2018 et du 3 janvier au 10 mars 2019). Ces interruptions doivent de toute évidence être qualifiées de notables, au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (art. 29^{ter} du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Quoi qu'il en soit, cette question peut demeurer indécise puisqu'en tous les cas, la recourante ne peut se prévaloir d'un taux d'invalidité de 40% au moins à l'échéance du délai d'attente (voir art. 28 al. 1 let. c LAI).

7.3 En effet, 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des deux revenus hypothétiques et en les comparant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b; SVR 2019 BVG n° 16 c. 4.4.2).

7.4

7.4.1 En l'espèce, pour le revenu de valide, l'intimé s'est à juste titre fondé sur les données fournies par l'employeur (dos. AI 17/6). En effet, en la matière, il y a lieu en règle générale de prendre pour base le dernier salaire gagné par l'assuré, en l'adaptant le cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires réels (ATF 145 V 141 c. 5.2.1, 134 V 322 c. 4.1). Au cas particulier, il apparaît que la recourante percevait effectivement un salaire de Fr. 4'250.- en 2019 (année de naissance du droit à la rente, voir c. 7.2), sans atteinte à la santé, soit Fr. 55'250.- annuellement (treizième salaire compris) à un taux de 100% (dos. AI 17/3).

7.4.2 En revanche, s'agissant du revenu d'invalidé, c'est à tort que l'intimé s'est fondé sur des données statistiques (soit de l'enquête suisse sur la structure des salaires 2018, Tableau "Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétence et le sexe", Secteur privé, Total, Niveau de compétences 1, Femmes; Fr. 52'425.- [recte: 52'452.-]). En effet, pour fixer le revenu d'invalidé après la survenance de l'atteinte à la santé, il convient de prendre en compte le salaire effectivement réalisé, lorsque la personne assurée exerce une activité lucrative dont on peut admettre qu'elle repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle et qu'elle lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni sans contenir d'éléments de salaire social (ATF 143 V 295 c. 2.2; SVR 2019 IV n° 28 c. 5.1.3). En l'espèce, la recourante travaille pour le même employeur depuis de nombreuses années et aucun indice ne suggère que le revenu comprend une composante sociale. Certes, la recourante travaille à 50% alors qu'un taux de 100% est exigible. Cependant, à l'inverse de ce qu'a fait l'intimé, on ne peut en déduire pour autant que le revenu d'invalidé doit être calculé sur la base des tables ESS, parce que l'assurée ne met pas entièrement sa capacité de travail résiduelle à profit. En pareille situation, il convient plutôt de déterminer le revenu d'invalidé sur la base du gain effectif, qui doit être extrapolé à celui qui serait perçu au taux d'activité exigible. La prise en compte de salaires moyens statistiques ne doit intervenir que si cette extrapolation n'est pas possible (TF 9C_720/2012 du 11 février 2013 c. 2.3.2, 8C_7/2014 du

10 juillet 2014 c. 8.1, 8C_579/2009 du 6 janvier 2010 c. 2.3.2; MICHEL VALTERIO, *Commentaire – Loi fédérale sur l'assurance-invalidité*, 2018, art. 28a n. 72). Partant, le revenu d'invalidé correspond aussi à celui illustré par l'employeur, de Fr. 55'250.-. Ce dernier doit toutefois être réduit de 10%, en raison de la baisse de rendement de 10% attestée par les experts (voir c. 5.4). Ainsi, le revenu d'invalidé doit, en définitive, être fixé à Fr. 49'725.-.

7.4.3 Partant, en comparant le revenu de valide de Fr. 55'250.- à celui d'invalidé de Fr. 49'725.-, il en résulte logiquement un taux d'invalidité de 10%, insuffisant pour ouvrir un droit à une rente.

8.

8.1 Au vu de tout ce qui précède, c'est donc à bon droit que l'intimé a exclu tout droit de la recourante à une rente d'invalidité, dans sa décision du 16 novembre 2021. Le recours doit par conséquent être rejeté.

8.2 Conformément à l'art. 61 let. f^{bis} LPGA, pour les litiges en matière de prestations (comme c'est le cas en l'espèce), la procédure est soumise à des frais judiciaires si la loi spéciale le prévoit. En l'occurrence, tel est le cas de la LAI. En effet, l'art. 69 al. 1^{bis} phr. 1 LAI dispose que la procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires. La recourante n'obtenant pas gain de cause, les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent donc être mis à sa charge (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Ceux-ci sont compensés avec l'avance de frais fournie.

8.3 Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante qui succombe (art. 61 let. g LPGA a contrario), pas plus qu'à l'intimé (art. 104 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 avec 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.

Le président:

Le greffier:

Voie de recours

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