

200.2022.387.AI
N° AVS
ANP/EGC

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

Jugement du 27 janvier 2023

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président
A.-F. Boillat et G. Zürcher, 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 25 mai 2022



En fait:

A.

A. _____, née en 1968, mariée et mère de deux enfants adultes, a travaillé en dernier lieu et dès le 1^{er} juin 2015 comme conseillère en formation professionnelle. En incapacité de travail entière depuis le 8 janvier 2018 (excepté du 4 juin 2018 au 3 mars 2019 où elle a retravaillé à 30%), elle a déposé en avril 2018 auprès de l'assurance-invalidité (AI) une demande de prestations motivée par la présence, depuis septembre 2016, d'une spondylarthrite positive et de douleurs lombo-fessières, talonnières et articulaires. Elle a été soumise en avril 2019 à un examen rhumatologique auprès du service médical régional (SMR) de l'AI, puis à une expertise psychiatrique (établie le 4 février 2020). Par jugement du 15 avril 2021 (JTA AI/2020/602), le Tribunal administratif du canton de Berne a annulé un refus de rente prononcé le 17 juillet 2020 par l'Office AI Berne (invalidité de 36%) et renvoyé la cause à celui-ci en vue d'une instruction complémentaire sur le plan somatique suivie d'une nouvelle décision.

B.

A nouveau saisi du dossier, l'Office AI Berne a ordonné une expertise rhumatologique auprès d'un centre d'expertises médicales de l'AI (CEM; rapport y relatif du 5 octobre 2021). Le 20 octobre 2021, ce même office a préavisé à l'assurée un refus de rente (invalidité de 36%) auquel celle-ci s'est opposée par l'entremise d'une mandataire professionnelle. Les deux rapports médicaux de la généraliste et du rhumatologue traitants de l'intéressée joints auxdites objections ont été soumis au CEM (après traduction vers le français de l'un d'eux rédigé en allemand) en vue d'un complément d'expertise établi le 10 février 2022. Dans une décision rendue le 25 mai 2022, l'Office AI Berne a statué dans le sens annoncé dans son préavis et a dès lors rejeté la demande de prestations AI (invalidité de 36%).

C.

En date du 20 juin 2022, l'assurée, toujours représentée, porte le litige devant le Tribunal administratif. Sous suite de frais et dépens, elle conclut à l'annulation de la décision prononcée le 25 mai 2022 par l'Office AI Berne, ainsi que, principalement, à la condamnation de celui-ci à lui verser les prestations légales découlant de la LAI, en particulier une rente complète d'invalidité, et, à titre subsidiaire, à ce qu'il soit ordonné audit office d'effectuer toutes les mesures d'instruction utiles préalablement au prononcé d'une nouvelle décision, notamment une expertise complémentaire auprès d'un professeur médecin de son choix, spécialiste de la spondylarthrite ankylosante. Dans sa réponse du 14 juillet 2022, l'intimé conclut au rejet du recours. La mandataire de l'assurée a transmis le 22 juillet 2022 au Tribunal sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision du 25 mai 2022 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et rejette la demande de rente de l'assurée. L'objet du litige porte, principalement, sur l'annulation de cette décision et l'octroi d'une rente entière (et non complète, comme mentionné dans les conclusions du recours) d'invalidité, respectivement et à titre subsidiaire, sur la mise en œuvre d'une instruction complémentaire par le biais notamment d'une expertise rhumatologique auprès d'un professeur médecin du choix de la recourante, ainsi que sur le prononcé d'une nouvelle décision. Sont critiquées les bases médicales, en particulier l'expertise rhumatologique du 5 octobre 2021 et son complément du 10 février 2022, ayant servi à l'appréciation de la situation médicale à la date de la décision contestée.

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 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 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 (développement continu de l'AI; FF 2020 5373 ss) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. 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). Au cas particulier, dans la mesure où un éventuel droit à une rente pourrait prendre naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle a été introduite la demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI) et que l'assurée a déposé sa demande en avril 2018, les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables au présent litige.

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 le 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 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

2.3 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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'ancien (anc.) art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021; RO 2007 5129), 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.

2.4 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). Une atteinte à la santé psychique importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49, qui ont trop peu été pris en considération en pratique. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action

repose sur une exagération ou une manifestation analogue (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 (voir art. 7 al. 2 1^{ère} phr. 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). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

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 (voir art. 16 LPGA).

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 Dans sa décision contestée, l'intimé fait siennes les conclusions de l'expert rhumatologue s'étant prononcé en octobre 2021, lequel admet la présence d'une symptomatologie douloureuse dans un contexte fibromyalgique sans exclure néanmoins une spondylarthropathie surajoutée propre à expliquer les enthésites et les limitations fonctionnelles en découlant. Se ralliant aux exigibilités définies par cet expert, l'intimé en infère qu'une capacité de rendement de 80% est offerte à la recourante dans une activité adaptée telle celle exercée en dernier lieu et ce, depuis janvier 2019 (échéance du délai d'attente). Face aux griefs de l'assurée et de ses médecins traitants, il réaffirme dans sa réponse au recours la valeur probante de cette expertise eu égard au complément à celle-ci établi en février 2022 et nie la nécessité d'une nouvelle instruction médicale. Pour le surplus, il confirme le revenu hypothétique avec handicap pris en compte dans l'évaluation du degré d'invalidité.

3.2 A l'appui de son recours, l'assurée conteste la valeur probante de l'expertise rhumatologique d'octobre 2021 et de son complément rédigé en février 2022. De son avis, cette appréciation spécialisée est en contradiction avec tous les autres avis médicaux au dossier sous l'angle du diagnostic posé, à savoir l'absence d'une fibromyalgie retenue par l'expert psychiatre l'ayant expertisée en janvier 2020 et la présence d'une spondylarthropathie ankylosante telle que reconnue par son rhumatologue traitant. La recourante reproche à l'expert rhumatologue mandaté de ne pas avoir pris en compte l'ensemble des IRM présentées et de ne pas avoir discuté les enthésites présentes, alors que leur seule présence suffit selon elle à exclure une fibromyalgie. Elle lui fait ensuite grief de ne pas s'être prononcé de manière détaillée sur la baisse de rendement arrêtée à 20% et conteste pour le surplus le revenu hypothétique avec handicap pris en compte dans le calcul du degré d'invalidité.

4.

Le dossier de l'intimé permet de constater les principaux éléments suivants en lien avec la situation médicale et la capacité de travail offerte.

4.1 Plusieurs médecins et spécialistes ont été consultés dans le cadre du suivi régulier de l'assurée (voir également JTA AI/2020/602 du 15 avril 2021 c. 4.1 à 4.3).

4.1.1 Une prise en charge rhumatologique a été instaurée du 10 octobre 2017 au 30 avril 2018, aux termes de laquelle la doctoresse consultée a diagnostiqué les 11 et 31 mai 2018, avec influence sur la capacité de travail, un syndrome douloureux généralisé avec suspicion de spondylarthropathie B27 positive, un status après traumatisme du genou gauche et une suspicion de troubles anxieux. Cette médecin a d'abord attribué le syndrome douloureux à une maladie de Lyme, puis a conjecturé une spondylarthropathie avec atteinte périphérique et de ce fait introduit, en février 2018, un traitement anti-TNF (anti-tumor necrosis factor alpha). Sans nier la présence d'un réel problème somatique, elle n'a pas exclu la présence d'une fibromyalgie, attendant de voir l'évolution du traitement anti-TNF alors introduit.

4.1.2 La médecin généraliste de l'assurée depuis le 20 mars 2018 a d'abord diagnostiqué, le 12 juin 2018, une maladie de Lyme, un syndrome douloureux de type fibromyalgique et une spondylarthrite ankylosante HLA-B27. Suite à la prise en charge de sa patiente dès fin juin 2018 par un nouveau rhumatologue, elle s'est ralliée le 5 juillet 2018 au diagnostic alors suspecté à une probabilité élevée par celui-ci d'une spondylarthropathie séronégative indifférenciée. Le 23 février 2019, elle a évoqué une péjoration médicale et a énuméré, au titre des limitations fonctionnelles, une fatigue, des douleurs, des troubles de la mobilité ainsi qu'un trouble de la concentration. Dans un rapport du 11 août 2020, elle a constaté l'apparition de tatalgies entraînant une surcharge de tout l'appareil locomoteur et articulaire, de même qu'un trouble de la thymie attribué aux douleurs omniprésentes. En date du 23 octobre 2020, cette doctoresse a évoqué depuis le début de son suivi une évolution par poussées de la maladie occasionnant des crises douloureuses par intermittence et de façon non planifiable, ce qui n'était pas compatible selon elle avec un engagement professionnel fixe. Dans son ultime rapport du 25 novembre 2021 produit dans le cadre des objections contre le préavis du 20 octobre 2021, elle a fait état de tuméfactions articulaires observées

lors des crises douloureuses et corroborant, selon elle, la piste diagnostique d'une spondylarthrite ankylosante au détriment de celle d'une fibromyalgie. De son avis, les douleurs ressenties au quotidien par sa patiente avec altération de la marche et boiterie validaient une incapacité de travail, d'autant que la thymie s'était progressivement péjorée en raison des douleurs.

4.1.3 L'actuel rhumatologue traitant depuis le 27 juin 2018 a d'abord suspecté, puis confirmé la présence d'une spondylarthropathie séronégative non différenciée ayant débuté en août 2016, associée à une atteinte du squelette axial, à des enthésites marquées aux trochanters des deux côtés (IRM du bassin du 16.01.2019), aux ischions (IRM des articulations ilio-sacrales du 03.11.2017 dans la norme), au niveau plantaire et au talon d'Achille droit (enthésite discrète à l'insertion dudit talon selon sonographie du 27.06.2018), ainsi qu'à des douleurs polyarticulaires selon l'anamnèse sans enflures jusqu'alors. Un traitement par Simponi initié en février 2018 n'a eu que des effets modérés sur les douleurs, de sorte que du méthotrexate (MTX) y a été associé dès juin 2018, avant que le traitement ne soit changé à du MTX/Infliximab à partir de septembre 2018. Ce traitement, remplacé début 2019 par des injections de Cosentyx, a dû être réintroduit ensuite d'une allergie de sa patiente à celles-ci. Dans son rapport du 3 avril 2019 faisant état de ce qui précède, ce spécialiste a également évoqué une importante bursite sous-acromiale révélée en mars 2019 par sonographie et en grande partie améliorée par infiltration sous-acromiale. En date du 6 octobre 2019, il a fait mention d'une enthésite plantaire gauche très marquée survenue le 14 juin 2019 et ayant bien répondu à une infiltration, ainsi que d'une situation globalement meilleure sous Infliximab. Il a estimé difficile de se prononcer objectivement sur une composante fibromyalgique ajoutée. Le 1^{er} décembre 2019, il a relaté un épisode d'exacerbations des plaintes aux mains, aux pieds et au bas du dos. En date du 11 août 2020, il a mentionné que l'enthésite plantaire s'était pour partie améliorée du côté droit, mais qu'elle répondait moins bien au traitement de l'autre côté, ce qui avait nécessité de répéter l'infiltration. Suite à un changement de thérapie vers du Stelara en février 2020, il a constaté une amélioration des douleurs aux genoux et aux épaules, et de façon plus modérée au niveau des enthésites du bassin. Il a

considéré les plaintes comme vraisemblables vu l'objectivation par IRM d'importantes enthésites et de leur absence de réactivité connue aux traitements; il a joint à son appréciation un rapport d'IRM de l'arrière-pied réalisée le 8 juillet 2020. Le 15 octobre 2020, il a fait état d'une amélioration notable des enthésites suite aux thérapies introduites et a estimé possible une reprise progressive d'une activité lucrative adaptée (après une mesure d'aide à la réintégration de l'AI). Il a confirmé son précédent diagnostic, mais a admis que l'on puisse cas échéant parler d'une certaine superposition fibromyalgique.

4.2 Des expertises ont par ailleurs été ordonnées par l'AI sur les plans psychiatrique et rhumatologique.

4.2.1 Dans le rapport d'expertise psychiatrique établi le 4 février 2020 sur la base d'un examen personnel de l'assurée du 21 janvier 2020 (voir également JTA AI/2020/602 du 15 avril 2021 c. 4.4), l'expert mandaté a nié la présence d'une atteinte à la santé psychique ayant valeur de maladie au sens de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en particulier celle d'un trouble somatoforme douloureux (TSD) vu les excellentes capacités adaptatives observées chez la recourante en dépit de ses maux et l'absence d'autolimitation pathologique ou de centrage exagéré sur les plaintes. Il a donc reconnu à l'intéressée une pleine capacité de travail dans toute activité d'un point de vue psychiatrique. Pour le surplus, ce même expert a exclu tout élément d'inconsistance et a souligné que les douleurs corporelles décrites lui étaient apparues adéquates et compréhensibles, sans indices en faveur d'une exagération ou d'une simulation. Il a assorti son pronostic à l'évolution des affections sur le plan physique en mettant en balance, au titre des ressources d'une part, le niveau de fonctionnement social jusqu'alors bon de la recourante et sa motivation en principe intacte à retravailler et, comme facteurs de contrainte d'autre part, sa situation médicale difficile et incertaine assortie à des douleurs persistantes et à des restrictions sous l'angle fonctionnel.

4.2.2 Concernant l'aspect rhumatologique, l'assurée a été expertisée le 9 septembre 2021. Dans son rapport y relatif du 5 octobre 2021, l'expert a

diagnostiqué une fibromyalgie remontant à 2018, une possible spondylarthrite ankylosante non radiographique dès 2018 en présence d'un HLA-B27 positif, une obésité, un asthme allergique depuis 1993, ainsi qu'un status après une entorse du genou gauche en 2016. D'après lui, la symptomatologie douloureuse s'expliquait avant tout par la problématique fibromyalgique et les troubles ostéo-articulaires dégénératifs présents. A défaut d'éléments attestant d'une inflammation sur le plan biologique et de signes très nets en ce sens du point de vue clinique également, il s'est distancié de l'avis du rhumatologue traitant ayant jugé (au départ, avant de l'admettre indiscutablement) la spondylarthrite inflammatoire comme très probable et a souligné que les autres rhumatologues consultés auparavant avaient soit remis en cause, soit exclu ce diagnostic. En tout état de cause, il a nié la présence chez la recourante d'une pathologie justifiant une incapacité de travail totale dans une activité adaptée, telle que celle usuelle exercée alternant les postures et n'imposant ni efforts physiques importants, ni marche en terrain instable, ni encore montée ou descente fréquentes d'escaliers. D'après lui, le rendement était réduit de 20% dans ce type d'emploi possible à plein temps et ce, en vue de permettre des pauses et d'alterner les postures - exigences reconnues depuis début 2018. Suite aux objections formulées en procédure de préavis et étayées par une prise de position du 30 novembre 2021 du rhumatologue traitant face à l'expertise rhumatologique, un complément à celle-ci a été recueilli le 10 février 2022 par l'intimé. A son appui, l'expert rhumatologue a confirmé ses précédentes conclusions.

4.3 Le SMR, par l'entremise d'un médecin interniste et rhumatologue, s'est également prononcé sur le cas de l'assurée (voir également JTA AI/2020/602 du 15 avril 2021 c. 4.5). Les investigations radiologiques ordonnées par ce spécialiste ont révélé une tendinopathie achilléenne droite, des enthèses aux deux talons et des fasciites plantaires (ultrason du 03.05.2019), ainsi que des enthésites trochantériennes et des modifications dégénératives à la colonne vertébrale et aux hanches conformes à l'âge, en l'absence d'une sacro-iliite (consilium radiologique du 15.07.2019 interprétatif d'IRM du bassin du 16.01.2019 et de la cheville du 07.06.2019). Dans un rapport de synthèse du 24 juillet 2019 basé sur son examen clinique du 10 avril 2019, ce spécialiste a diagnostiqué une

fibromyalgie associée à une hyper-mobilité, une spondylarthrite indifférenciée possible avec un HLA-B27 positif, un syndrome lombospondylogène (sur troubles dégénératifs), un traumatisme du genou gauche en août 2016, une tendinopathie achilléenne droite, une ferritine augmentée et une obésité à 32 kg/m². S'il n'a pas totalement exclu la possibilité d'une spondylarthrite, il a toutefois écarté toute évidence en faveur d'une maladie de ce type, d'une affection à caractère articulaire ou abarticulaire inflammatoire, ainsi que d'une atteinte radiculaire irritative et/ou déficitaire sensitivomotrice. Dans ce contexte médical où prédominait selon lui une fibromyalgie, il n'a pas mis en évidence de limitations fonctionnelles susceptibles de fonder une incapacité de travail significative de longue durée, hormis les troubles dégénératifs axiaux justifiant, à son sens, une baisse de rendement de 20% dès janvier 2019 au plus tard dans une activité légère adaptée, tel l'emploi usuel. Dans des prises de position des 17 septembre et 19 novembre 2020, le SMR, par le médecin responsable de ce service, a confirmé ces conclusions et indiqué que l'estimation de la capacité de travail par les médecins traitants reflétait davantage le ressenti de leur patiente que des limitations fonctionnelles objectivées par des substrats cliniques ou radiologiques.

5.

Se pose la question de la valeur probante de l'expertise psychiatrique du 4 février 2020, ainsi que de celle de l'expertise rhumatologique du 5 octobre 2021 et de son complément du 10 février 2022 ayant toutes deux servi de fondement à la décision de l'intimé.

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). Les expertises recueillies par les assureurs en procédure administrative auprès de médecins spécialistes externes, réalisées sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, en pleine connaissance du dossier et qui aboutissent à des résultats convaincants, revêtent une pleine valeur probante, tant qu'il n'existe pas d'indices concrets contre leur fiabilité (ATF 137 V 210 c. 1.3.4, 135 V 465 c. 4.4, 125 V 351 c. 3b/bb; SVR 2020 IV n° 71 c. 2.2).

5.2

5.2.1 Du point de vue psychiatrique tout d'abord, l'expertise réalisée le 21 janvier 2020 sur mandat de l'intimé se conforme aux réquisits posés par la jurisprudence du TF (c. 5.1 supra). Les qualifications de l'expert psychiatre ne sauraient être discutées. Après avoir rappelé le contexte de ses investigations, à savoir celui d'une évaluation médicale initiale par les organes de l'AI, ce spécialiste a restitué par larges extraits le dossier médico-asséculo-logique. Il a dressé un état minutieux des plaintes au terme d'un entretien de 1 heure et 20 minutes reconstituatif à la fois des indications spontanées de l'expertisée et des données livrées par celle-ci suite à un questionnement ciblé par lui sur divers sujets (évolution de la maladie et douleurs actuelles, gestion des plaintes, déroulement des journées, hobbies et tâches ménagères, mesures thérapeutiques, expériences de vie décisives, perspectives, anamnèse végétative et médication actuelle). L'ensemble de ces éléments factuels contribue à ancrer cette évaluation spécialisée dans un contexte de vie aussi concret que possible. Sur le plan médical, les observations consignées rendent compte aussi bien du comportement de l'expertisée que de l'état psychopathologique de celle-ci et du résultat des tests psychométriques menés (Hamilton Depression Scale, Depressionsskala M.A.D.R.S). L'expert a ensuite livré une analyse différentielle des diagnostics potentiellement concernés par l'actuelle situation clinique, respectivement a motivé avec force cohérence sa conclusion selon laquelle il n'objectivait pas de trouble psychiatrique suffisamment grave pour influencer la capacité de travail. Ainsi a-t-il d'emblée exclu toute portée invalidante à la réaction à un facteur de stress sévère considérée comme advenue chez l'assurée

ensuite de ses douleurs physiques chroniques, dès lors qu'un trouble de l'adaptation ainsi nommé guérissait en règle générale dans les six mois (ch. F43 CIM-10). En présence d'un niveau de fonctionnement psychosocial stable voire même élevé, d'une gestion optimale de la douleur et du maintien d'une routine quotidienne, le même expert n'a ensuite pas mis en évidence de trouble ou de traits accentués de la personnalité (ch. F6 et Z73.1 CIM-10). Il a également exclu un trouble anxio-dépressif mixte (ch. F41.2 CIM-10) en lien avec les symptômes de cet ordre décelés chez l'assurée, mais d'une intensité insuffisante pour conclure à une véritable psychopathologie. Dans ce prolongement, il a réfuté la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (ch. F45.4 CIM-10), étant donné que les douleurs chroniques invoquées apparaissaient adéquates et n'étaient pas décrites avec exagération ni avec expansion. L'expert a en outre souligné l'absence chez l'assurée d'un suivi psychiatrique ou d'une médication psychotrope. Le fait, selon lui, que les douleurs n'aient pendant longtemps pu être expliquées ou qu'insuffisamment par des substrats objectifs ne justifiait pas d'admettre d'emblée un TSD. Dans le cadre de son évaluation médico-asséculo-logique, il a ensuite restitué des éléments d'anamnèse socio-professionnelle et énuméré les ressources adaptatives de l'assurée. Il a poursuivi son appréciation en rappelant l'évolution du cas sous l'angle thérapeutique et réadaptatif, s'est prononcé sur la consistance et la plausibilité des plaintes (toutes deux reconnues) et a livré une appréciation globale mettant en balance les aptitudes, les ressources prédécrites et les facteurs de charge en présence. En dernier lieu, l'expert a apporté des réponses univoques aux (autres) points soulevés par l'intimé.

5.2.2 Il s'ensuit que c'est à bon droit que l'intimé s'est rallié à l'expertise psychiatrique du 4 février 2020 qui n'est d'ailleurs pas contestée dans le recours. La force probante de cette évaluation spécialisée vaut non seulement dans ses aspects spécifiquement médicaux, mais également quant à la proposition formulée à son appui de nier l'existence d'une atteinte à la santé psychique déterminante du point de vue de l'AI. Les conclusions de l'expertise ont en effet été rédigées de manière à pouvoir en vérifier la pertinence au regard des indicateurs énoncés par la jurisprudence du TF en cas d'atteinte à la santé psychique (c. 2.4 supra). Il

n'existe par ailleurs pas d'indices objectifs au dossier qui permettent de douter de la pérennité de cette appréciation à la date de la décision contestée. La seule mention par la généraliste traitante d'angoisses quotidiennes chez sa patiente "péjorées depuis les évaluations assécurologiques [et] qui l'invalident quant à ses symptômes" s'avère en effet insuffisante à établir une telle péjoration (dossier intimé [dos. int.] 167/9). Une instruction complémentaire n'a dès lors pas lieu d'être ordonnée par l'autorité de céans.

5.3

5.3.1 Sous l'angle rhumatologique et quant à sa forme, le rapport d'évaluation rhumatologique du 5 octobre 2021 et son complément du 10 février 2022 répondent également de prime abord aux exigences posées par la jurisprudence relativement à la valeur probante des documents médicaux (c. 5.1 supra). Les qualifications de l'expert en médecine rhumatologique ne sauraient être mises en doute. Après avoir rappelé les circonstances qui ont présidé à ses investigations spécialisées, à savoir celui d'un jugement de renvoi du TA en vue d'"une expertise rhumatologique à cause de la fibromyalgie", l'expert a dressé une synthèse détaillée du dossier médico-assécurologique, des plaintes subjectives exprimées à la fois de manière spontanée par l'assurée, puis à l'issue d'un entretien approfondi avec celle-ci ayant porté sur diverses thématiques (affection actuelle; éléments d'anamnèse systématique, médicale, familiale/héréditaire, professionnelle et sociale; allergies, habitudes, syndrome de dépendance; événements marquants dont ceux liés à la naissance et à l'enfance; formation scolaire et parcours professionnel; déroulement des journées et loisirs; perspectives d'avenir; discussion des éléments d'inconsistance au dossier AI). L'examen clinique rhumatologique, pratiqué le 9 septembre 2021, s'articule autour de paramètres d'observation précis et a été complété par le résultat des dernières investigations réalisées à l'instigation du rhumatologue traitant (IRM du 01.02.2021 de l'épaule droite; examens de laboratoire couvrant la période du 09.03.2021 au 27.07.2021). N'en contredise l'assurée (recours art. 7 p. 11), il ne saurait être reproché à l'expert mandaté de ne pas avoir pris en compte d'autres résultats d'IRM qui n'avaient pas été versés au

dossier AI. Son argumentation tombe également à faux lorsqu'elle fait grief audit expert d'avoir écarté des photographies attestant de ses tuméfactions, alors même que celui-ci en a fait expressément mention dans son expertise (dos. int. 161.1/15). De surcroît, on rappellera que l'expert apprécie quoi qu'il en soit seul s'il veut consulter d'autres rapports médicaux que ceux qui lui ont été soumis et s'il veut recourir à des investigations par des tiers ou recueillir des renseignements auprès des médecins traitants (SVR 2018 IV n° 78 c. 4.2.2). Sur le vu de ce qui précède, le résultat des constatations spécialisées consigné dans le rapport d'expertise a été arrêté en pleine connaissance du dossier. L'évaluation diagnostique et l'appréciation médico-théorique de la capacité de travail qui ont été livrées dans le prolongement de ces observations convainquent également. Sous l'angle de cette dernière, les conclusions de l'expert apparaissent étayées et ne laissent pas soupçonner de lacunes lors de leur genèse. Contrairement à ce qui est allégué dans le recours (art. 8 p. 12), tel est en particulier le cas s'agissant de la baisse de rendement chiffrée à 20% par ce spécialiste et justifiée par la nécessité d'offrir à l'expertisée des pauses supplémentaires, ainsi que de lui permettre d'alterner les positions. Si cette motivation ne ressort il est vrai pas de ses réponses finales aux questions de l'Office AI Berne relatives à la capacité de travail, elle figure en revanche expressément dans le corps de son évaluation médico-asséculo-logique (dos. int. 161.1/25 ch. 7.1). Quant à la durée de son examen (recours art. 7 p. 10 et 11), on relèvera que la valeur probante d'une expertise médicale n'en dépend en principe pas et qu'il est avant tout déterminant que l'expertise soit complète au niveau du contenu et que son résultat soit concluant (SVR 2021 IV n° 12 c. 3.2.3.2, 2019 IV n° 85 c. 6, 2017 IV n° 75 c. 4.3). A fortiori, cette jurisprudence applicable en cas d'expertise psychiatrique doit-elle valoir lorsque sont en cause, comme en l'espèce, des investigations spécialisées d'ordre somatique nécessairement réalisées selon des axes d'examen prédéfinis par l'expert lui-même.

5.3.2 Eu égard à son contenu également, l'évaluation rhumatologique d'octobre 2021 emporte pleine conviction. Contrairement à ce qui est allégué dans le recours (voir *a contrario* art. 5 p. 9), la réalité des plaintes de l'assurée n'a jamais été mise en doute par l'expert mandaté qui, tant

s'en faut, a reconnu l'existence chez celle-ci d'une symptomatologie douloureuse "indéniable" (dos. int. 175/2). Le fait que ledit expert ait principalement expliqué le tableau clinique donné par une problématique d'ordre fibromyalgique n'altère en rien ce constat. Depuis 1992, la fibromyalgie est reconnue comme une maladie rhumatismale au sens de la CIM-10 et s'est vu accorder en 2006 un code spécifique parmi les maladies ostéo-articulaires, des muscles et du tissu conjonctif (ch. M79-7 CIM-10). Certes, le Tribunal fédéral (TF) a considéré qu'il se justifiait sous l'angle juridique, en l'état des connaissances médicales, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de TSD à l'appréciation du caractère invalidant d'une fibromyalgie, vu les nombreux points communs entre ces troubles (ATF 132 V 65 c. 4). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie était d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convenait ainsi d'exiger aussi le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie. Il est également vrai que la modification de la jurisprudence ayant conduit à l'introduction d'une grille d'évaluation normative et structurée du caractère invalidant des troubles psychiques au moyen d'indicateurs standards (c. 2.4 supra) n'a rien changé à cette pratique, en ce sens que la fibromyalgie est toujours considérée comme faisant partie des pathologies psychosomatiques et son évaluation sur le plan de la capacité de travail par conséquent soumise à la grille d'évaluation mentionnée (TF 9C_701/2020 du 6 septembre 2021 c. 4.1). N'en contredise l'assurée (recours art. 9 p. 9), son ressenti douloureux n'a cependant nullement été circonscrit à une problématique du spectre somatoforme. Hormis la validation de sa symptomatologie par une fibromyalgie au sens d'une véritable maladie musculo-squelettique autonome, la piste d'une problématique psychiatrique surajoutée, en particulier celle d'un TSD au sens de la CIM-10 (ch. F45.4), a été clairement exclue dans son cas. En l'absence de toute atteinte à la santé déterminante du point de vue l'AI sur le plan psychique, l'expert rhumatologue n'avait nul besoin dès lors d'appréhender plus précisément les tenants de l'évaluation spécialisée rendue sur ce plan (voir encore à ce sujet c. 5.4 infra; *contra* recours art. 5 p. 9-10). Son appréciation d'une fibromyalgie prédominante dans le tableau clinique s'inscrit ensuite dans la continuité des conclusions médicales antérieures à la prise en charge de l'assurée auprès de son actuel rhumatologue traitant. Peu avant ce

nouveau suivi instauré à fin juin 2018, l'ancienne rhumatologue indiquait en effet encore courant mai 2018 ne pas refermer la piste diagnostique d'une fibromyalgie, nonobstant certains éléments en faveur d'une spondylarthrite alors présents. Vers mi-juin 2018, la généraliste de l'assurée posait même explicitement le premier diagnostic prénommé en sus de celui d'une spondylarthrite séronégative (avant de ne plus du tout évoquer cette première affection une fois entamé le nouveau suivi rhumatologique évoqué ci-avant). De manière plus récente, les conclusions de l'expertise rhumatologique d'octobre 2021 s'accordent aussi bien avec celles du SMR de juillet 2019 ayant fait suite à un examen rhumatologique personnel de l'assurée en avril 2019 qu'avec les résultats du consilium rhumatologique de mai 2019 et de celui radiologique de juillet 2019. A l'issue de ces investigations médicales ciblées, une spondylarthrite séronégative a été en effet clairement exclue en l'absence d'atteintes typiques des enthèses ou en raison de la présence insuffisamment marquée des atteintes propres à cette maladie (épicondyle huméral médial et latéral des deux côtés, insertions des tendons d'Achille, enthèses aux pôles supérieur et inférieur de la rotule, fasciites plantaires; dos. int. 82/1-2). Les radiologues consultés ont de surcroît spécifié que les enthèses des tendons abducteurs et du grand trochanter étaient d'allure davantage mécanique qu'inflammatoire et qu'il n'existait pas d'indices en faveur d'une sacro-iliite ou de lésions dégénératives importantes touchant les segments lombaires et les hanches (dos. int. 87/1-2).

5.3.3 Loin s'en faut, l'expertise rhumatologique litigieuse ne se trouve dès lors pas en contradiction avec tous les autres avis médicaux au dossier (voir *contra* recours p. 15 en bas). En réalité, cette expertise n'est fondamentalement disputée dans ses tenants que par l'appréciation du médecin rhumatologue de l'assurée. La piste diagnostique d'une spondylarthrite séronégative évoquée par ce spécialiste ne convainc guère toutefois puisqu'hormis la présence de l'antigène HLA-B27, ni les données cliniques ni les paramètres biologiques et radiologiques vérifiés n'attestent de substrats conciliables avec cette affection. Une nouvelle IRM du bassin réalisée le 29 janvier 2021 (ne figurant pas au dossier mais restituée au dos. int. 171/1) atteste même d'une évolution positive des enthèses des tendons abducteurs par rapport à la situation constatée à l'IRM du

16 janvier 2019 et alors déjà jugée atypique d'une spondylarthrite lors du consilium radiologique de mai 2019 (c. 5.3 supra). Quant à l'ultime IRM du 1^{er} février 2021 relative à l'épaule droite, elle était connue de l'expert rhumatologue qui l'a jugée impropre à attester, avec les autres substrats radiologiques, d'enthésites pathognomoniques, à savoir compatibles avec une spondylarthrite séronégative (dos. int. 161.1/5 ch. 1.3; 175/2). Ses conclusions apparaissent crédibles, d'autant qu'il n'a lui-même pu déceler à son examen que de discrets signes inflammatoires et que les autres médecins traitants n'ont pas décrit de manière plus précise ces mêmes manifestations cliniques (dos. int. 161.1/24-25). De façon générale, l'appréciation de cet expert s'accorde mieux avec la clinique stricte du cas et les substrats objectivés au dossier de la cause. On ne saurait de plus sous-estimer qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, le médecin (généraliste ou spécialiste) de famille aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci et à plus forte raison lorsque, comme en l'espèce, le spécialiste traitant concerné est également chargé d'une thérapie de la douleur et de ce fait appelé à accepter, d'emblée et sans condition, la douleur exprimée (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). Contrairement à ce que fait valoir l'assurée (recours art. 7 p. 10), la clarté du diagnostic posé dans l'expertise rhumatologique n'est nullement préteritée non plus par le fait que l'hypothèse d'une spondylarthrite séronégative n'y ait pas été définitivement refermée, à l'instar de la possible interaction de cette affection à influences égales avec la fibromyalgie. Le rhumatologue traitant a au reste lui aussi admis la coexistence fréquente de ces deux maladies et la superposition possible d'une fibromyalgie à la spondylarthrite considérée par lui comme étant au premier plan (dos. int. 171/2). Bien plus, il apparaît que les incertitudes qui subsistaient à l'issue du prononcé AI du 17 juillet 2020 annulé par le Tribunal administratif ont été levées dans le cadre de l'expertise rhumatologique ordonnée ensuite de ce jugement. Alors que cette décision originelle ne faisait mention d'aucune affection propre à expliquer la symptomatologie douloureuse, une fibromyalgie est désormais reconnue de manière indiscutable et son association à une spondylarthrite ankylosante évoquée comme simple hypothèse diagnostique additionnelle. Les conclusions de l'expert qui en découlent sous l'angle des exigibilités professionnelles apparaissent également en

adéquation avec ce tableau clinique. Celles-ci sont en mesure de s'appuyer en effet non seulement sur les substrats radiologiques et cliniques ayant permis de relativiser l'évolution défavorable jadis suspectée au niveau des enthèses (sans nier pour autant les limitations fonctionnelles induites par celles-ci et les autres troubles ostéo-articulaires), mais également sur le diagnostic désormais éprouvé d'une fibromyalgie en l'espèce conciliable avec l'exercice d'une activité professionnelle. Dans ses dernières conclusions émises à mi-octobre 2020 et fin novembre 2021 évoquant une possible superposition fibromyalgique, le rhumatologue traitant a au reste lui aussi estimé que sa patiente était en mesure de reprendre une activité adaptée à brève ou moyenne échéance (sans en spécifier le taux précis).

5.3.4 Partant, il y a lieu d'admettre le caractère probant de l'expertise rhumatologique du 5 octobre 2021 et de son complément du 10 février 2022 auxquels l'intimé s'est rallié. Cette conclusion vaut pour les aspects spécifiquement médicaux de cette expertise, mais également pour la proposition qui y est formulée relativement à l'estimation de la capacité de travail. Par le fait d'avoir évalué les déficits fonctionnels sur une base objectivée, l'expert mandaté par l'intimé a en effet respecté le cadre normatif déterminant (art. 7 al. 2 LPGa). Aucun indice objectif au dossier ne permet par ailleurs de douter de la pérennité de cette appréciation à la date de la décision contestée. Il ne se justifie dès lors pas pour l'autorité de céans d'ordonner une instruction complémentaire. En conséquence, l'on retient de cette évaluation rhumatologique que sous réserve d'une baisse de rendement de 20%, l'assurée dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses handicaps, telle celle usuellement exercée comme conseillère en formation professionnelle.

5.4 Il suit dès lors des expertises précitées qui s'avèrent convaincantes pour statuer de manière sûre sur les droits litigieux qu'en l'absence d'une atteinte à sa santé psychique, l'assurée n'est limitée dans sa capacité de travail que par les troubles présents sur le plan ostéo-articulaire. La fibromyalgie également diagnostiquée sous l'angle rhumatologique ne limite en revanche aucunement sa capacité de travail. A cet égard, on ne saurait voir une contradiction dans le fait que ce diagnostic n'est pas corrélé à la présence d'un TSD sur le plan psychique. Bien que n'ayant pas

explicitement parlé d'incohérence ou d'exagération des symptômes, l'expert rhumatologue mandaté par l'intimé a en effet souligné la discrédance parfois constatée entre ses observations cliniques ou les activités quotidiennes rapportées par la recourante et les limitations annoncées par celle-ci dans le cadre d'une hypothétique activité professionnelle (dos. int. 161.1/25 ch. 7.3). Ces éléments relativisant la portée du syndrome douloureux reconnu chez l'expertisée apparaissent cohérents au regard des status somatique et psychiatrique, ainsi que de la discussion circonstanciée du cas (voir à ce sujet également TF 9C_176/2018 du 16 août 2018 c. 3.2.2). Il n'est pas davantage déterminant que les conclusions uni-disciplinaires des experts n'aient pas été coordonnées entre elles. En tout état de cause, leurs appréciations se recoupent de manière harmonieuse par le fait de nier toutes deux la présence d'un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de la capacité de travail sur le marché de l'emploi ne puisse plus du tout ou que très partiellement être exigible de l'assurée (voir TF 9C_701/2020 du 6 septembre 2021 c. 4.1 déjà cité au c. 5.3.2 supra). Une évaluation consensuelle n'aurait dès lors rien apporté de plus à ce sujet.

6.

Rien ne justifie pour le surplus que l'on s'écarte de l'évaluation de l'incapacité de gain faite par les organes de l'AI. Comme retenu à raison par ceux-ci, l'année de référence déterminante pour la comparaison des revenus (art. 16 LPGA) est l'année 2019 (naissance potentielle d'un droit à la rente le 1^{er} janvier 2019, date à laquelle étaient arrivés à échéance le délai d'attente d'une année d'une incapacité de travail minimale de 40% et le délai de carence de six mois dès le dépôt de la demande AI en avril 2018; art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI). S'agissant du revenu annuel sans invalidité, c'est à raison que l'intimé l'a évalué à partir des indications fournies le 16 mai 2018 par le dernier employeur (Fr. 7'905.40 x 13 = Fr. 102'770.20; dos. int. 26/6 ch. 5.1). Après indexation de ce montant à l'évolution des salaires jusqu'en 2019, il en résulte un salaire annuel de valide de Fr. 103'744.30 légèrement inférieur à celui de Fr. 103'781.- retenu par l'intimé (voir s'agissant de cette dernière adaptation la table T1.10

Indice des salaires nominaux, 2011-2021, publiée par l'Office fédéral de la statistique [OFS], ch. 45-96, secteur tertiaire, valeur centrale; 2018: 105.5; 2019: 106.5). Pour le revenu d'invalidé, dès lors que l'assurée a définitivement cessé son activité lucrative le 4 mars 2019, c'est à juste titre que l'Office AI Berne a déterminé celui-ci sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2018 publiée par l'OFS, en particulier la table TA7, respectivement T17 (depuis 2012). Si l'on évalue en règle générale le revenu statistique avec handicap sur la base de la table TA1, il peut se justifier en effet de se fonder sur la table T17 si celle-ci permet une évaluation plus précise du revenu d'invalidé et si le secteur public est également ouvert à la personne assurée (ATF 148 V 174 c. 6.2). L'application de la table T17 n'est du reste pas mise en cause par l'assurée, laquelle conteste en revanche le groupe de professions 3 regroupant les professions intermédiaires techniques et non techniques pris en compte par l'intimé, en particulier le ch. 33 dudit groupe (professions intermédiaires, finance et administration) retenu. Elle estime que l'activité hypothétique exigible d'elle ne peut émarginer qu'au groupe 4 de cette même table (employés de type administratif; recours art. 9 p. 13). Son point de vue ne saurait cependant être suivi. Eu égard à l'appréciation convaincante de sa capacité résiduelle de travail livrée par l'expert rhumatologue (c. 5 supra), une activité adaptée telle celle de conseillère en formation exercée en dernier lieu continue d'être exigible de sa part avec un rendement de 80%. Or, et ainsi qu'en atteste la rémunération jadis perçue dans celle-ci, cette activité ne se limitait pas à de simples tâches administratives ou de secrétariat, mais incluait des responsabilités compatibles avec celles afférentes au ch. 33 de la table T17. L'intimé ne s'est de plus pas montré sévère envers l'assurée en tablant sous ce chiffre sur la valeur totale (Fr. 6'530.-) et non sur celle supérieure relative à sa tranche d'âge (50 ans et +; Fr. 7'083.-). Le revenu d'invalidé fondé sur cette valeur totale et un horaire de travail de 40 heures par semaine doit encore être adapté à l'horaire de travail habituel de 41,7 heures hebdomadaires en 2018 (ESS 2018, T17, femmes, valeur totale, Fr. 6'530.-, 12 fois l'an, $\times 41.7/40 = \text{Fr. } 81'690.30$; voir pour cette dernière adaptation la table *Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique* publiée par l'OFS). Après prise en compte d'une capacité de rendement de 80% et de l'évolution des salaires jusqu'en 2019,

ce revenu s'élève à Fr. 65'971.70 (voir pour cette dernière adaptation la table T1.10 et les valeurs déjà citées, à savoir secteur tertiaire, valeur centrale; 2018: 105.5; 2019: 106.5) en lieu et place du montant de Fr. 65'998.- fixé par l'intimé. Eu égard à ces correctifs minimes à apporter aux revenus sans (Fr. 103'744.30) et avec handicap (Fr. 65'971.70), il en résulte un degré d'invalidité arrondi de 36% (36.40%; ATF 130 V 121 c. 3.2) toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'AI.

7.

En conclusion, le recours doit être rejeté.

7.1 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. 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 succombant, 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.

7.2 La recourante ne peut par ailleurs prétendre au remboursement de ses dépens (art. 69 al. 1^{bis} LAI, art. 61 let. g LPGA, art. 104 al. 2 et 3, ainsi qu'art. 108 al. 3 LPJA).

Par ces motifs:

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

Le président:

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).