

200.2022.77.AI
N° AVS
NIG/EGC

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

Jugement du 25 avril 2022

Droit des assurances sociales

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

A. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 29 décembre 2021



En fait:

A.

A. _____, née en 1961, mariée, mère de quatre enfants majeurs et financièrement indépendants, est infirmière diplômée. Elle travaille toutefois en tant qu'ouvrière depuis le 1^{er} mars 2013, actuellement à 50%. Le 16 mars 2020, dans le contexte d'une incapacité de travail attestée dès le 30 août 2018, dernièrement à 40%, elle 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 invoqué souffrir de douleurs constantes depuis 2016 et a mentionné différentes atteintes, en particulier une fibromyalgie et une discopathie.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne s'est procuré des rapports d'un centre pour le dos, ainsi que d'un spécialiste, notamment en rhumatologie. Il a aussi requis un écrit du médecin (interniste) traitant, qui a remis la documentation médicale en sa possession. En suivant l'avis du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure, l'Office AI Berne a diligenté une expertise pluridisciplinaire (en médecine interne générale, neurologie, rhumatologie, endocrinologie et diabétologie, de même qu'en psychiatrie et psychothérapie). Les conclusions de celle-ci ont été rédigées par le "Centre Medical Expertises" (CEMEDEX) le 24 mars 2021. Dans l'intervalle, l'Office AI Berne a obtenu le dossier de l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur, ainsi que des informations de ce dernier. Après avoir exclu tout droit à des mesures de réadaptation, il a encore sollicité un rapport de la spécialiste en psychiatrie et psychothérapie traitante. Enfin, en possession du rapport d'expertise et par préorientations du 7 avril, puis du 4 novembre 2021, l'Office AI Berne a fait savoir qu'il entendait nier tout droit à une rente. En dépit d'objections formées contre ces actes par l'assurée, représentée par une avocate en ce qui concerne la

première préorientation, le 11 mai puis le 30 novembre 2021, l'Office AI Berne en a confirmé le contenu par décision du 29 décembre 2021.

C.

Par envoi du 29 janvier 2021 (recte: 2022), l'assurée a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant à l'annulation de la décision du 29 décembre 2021 et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au moins. Dans sa réponse du 23 février 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours. Au terme d'une ordonnance du 23 mars 2022 et après avoir rendu la recourante attentive à son droit de répliquer, le 24 février 2022, le TA a encore constaté que l'intéressée ne s'était plus manifestée.

En droit:

1.

1.1 La décision du 29 décembre 2021 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et exclut tout droit à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision, ainsi que sur l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au moins. Est particulièrement critiquée par la recourante la force probante de l'expertise du 24 mars 2021, essentiellement s'agissant du volet rhumatologique de celle-ci. Le rapport litigieux serait de plus parsemé d'erreurs et confus au sujet de la capacité de travail exigible ainsi que de la notion de travail adapté.

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, 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. 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.

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 al. 1 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 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'anc. art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), 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 LPGGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGGA, et en particulier 7 al. 2 LPGGA, 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; SVR 2020 IV n° 48 c. 8.1.1). 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. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

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 2021 IV n° 54 c. 2.3).

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 la décision attaquée et sa réponse, l'intimé a retenu que la recourante était en mesure d'assumer à plein temps une activité adaptée à son état de santé et ce sans diminution de rendement. En comparant le revenu que la recourante pourrait percevoir sans atteinte à la santé auprès de son employeur, avec le revenu qui pourrait être obtenu dans une activité adaptée (calculé sur une base statistique, indexé à 2020, adapté du fait que le salaire provenant de la dernière activité exercée est inférieur de 10% au revenu habituel de la branche, puis réduit de 15% dès lors que les domaines d'activité possibles sont restreints en raison de l'atteinte à la santé), l'intimé a fixé le taux d'invalidité à 15%, insuffisant pour ouvrir un droit à une rente. L'intimé a encore indiqué que sa décision reposait sur le rapport d'expertise du 24 mars 2021, auquel il fallait accorder une pleine valeur probante. Il a par ailleurs contesté que l'expertise confonde le taux d'activité effectif de la recourante, avec celui pouvant être exigé d'elle dans une activité adaptée.

3.2 La recourante rappelle qu'elle a abandonné son travail d'infirmière en raison de ses atteintes à la santé et que celles-ci l'ont aussi poussée à réduire son taux d'activité d'ouvrière, au point de ne plus pouvoir désormais

exercer cet emploi qu'à 50%. Elle précise qu'elle assume ce taux sur cinq jours, avec l'aide de son chef d'atelier, qui ne lui confie que des tâches exigibles. Elle ajoute qu'elle doit néanmoins prendre des pauses de deux heures à deux heures et demie en début d'après-midi, terminant néanmoins son travail en situation de saturation et de fatigue. La recourante critique en outre le rapport d'expertise, en soulignant que les experts ont pris en compte un avis mal traduit du SMR et en indiquant que l'expert rhumatologue avait minimisé ses symptômes et mal interprété ses déclarations. Elle fait de plus état d'une confusion dans ce document, entre le taux d'activité et la capacité de travail exigible, d'une part, ainsi qu'au sujet de la notion de travail adapté, d'autre part. Enfin, elle met en doute que l'intimé ait procédé à un examen minutieux de l'expertise.

4.

Le dossier permet de constater les faits médicaux principaux suivants.

4.1 Le 16 février 2016, un institut radiologique a évoqué le résultat d'une IRM de la veille, effectuée en raison de douleurs mécaniques aiguës péri-trochantériennes depuis le début du mois. Il résulte de cet écrit qu'aucun signe d'une fracture de fatigue n'a été constaté. Une enthésopathie de type inflammatoire, plus marquée à droite, a en revanche été décelée. Le 6 juin 2016, l'institut a encore commenté les résultats d'une IRM lombaire. Il a alors signalé des discopathies lombaires basses étagées et circonférentielles à prédominance foraminale droite en L2-L3, avec une protrusion discale en L3-L4 et une discopathie marquée, accompagnée d'un conflit disco-radiculaire en L4-L5, dans la région foraminale droite.

4.2 Dans un rapport destiné à l'assureur perte de gain en cas de maladie, du 27 novembre 2018, le médecin traitant a retenu les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) de douleurs lombaires chroniques sur discopathie étagée et de bursite trochantérienne droite. Il a déclaré que sa patiente souffrait de douleurs chroniques exacerbées par les activités quotidiennes et par les postures soutenues. Une incapacité de travail à 50% a été attestée du 30 août au 30 novembre 2018, puis prolongée jusqu'au 31 décembre 2018 (voir également dossier [dos.] AI 31.2/23,

31.2/30 ss, 31.4/1 et 31.4/3). Le 9 septembre 2019, ce spécialiste a posé les diagnostics de douleur lombaire et à la hanche chronique, impactant la capacité de travail, de même que de névralgie du trijumeau et de syndrome de la bouche brûlante, sans effet sur la capacité de travail. Il a retenu que l'évolution était lentement favorable. Il a attesté une incapacité de travail à 50% depuis septembre 2018, à 100% dès janvier 2019, à nouveau à 50% depuis le 25 février 2019, puis à 30% dès juillet 2019.

4.3 Un spécialiste en chirurgie orthopédique d'un centre du dos a retenu le diagnostic de syndrome inflammatoire/douloureux radiculaire chronique en L4 dans un rapport d'opération du 18 janvier 2019. Il a en outre évoqué une hernie discale L4/5 à droite (voir aussi dos. AI 31.2/24). A cette date, il a indiqué avoir pratiqué une décompression microchirurgicale L4/5 à droite, une foraminotomie et une récessotomie. Il a posé le diagnostic de status après cette intervention le 11 février 2019, en relatant que le déroulement post-opératoire était normal et que les douleurs avaient diminué. La reprise du travail a été envisagée à 50% dès le 25 février 2019. Dans un rapport du 4 mars 2019, le spécialiste a confirmé son diagnostic et fait part d'une sensible amélioration, attestant une incapacité de travail à 50% jusqu'au 24 mars 2019. La persistance de douleurs glutéales a toutefois été mentionnée le 28 mai 2019, irradiant jusqu'au niveau de la cuisse. Il a cependant été souligné que la recourante demeurait très active, travaillant à 50% mais effectuant le ménage trois à quatre fois par semaine pendant une heure et fréquentant un fitness. Le tableau clinique a été jugé normal.

4.4 Le 17 avril 2020, un spécialiste, en particulier en rhumatologie, a posé le diagnostic de fibromyalgie. Il a écrit qu'il n'avait attesté aucune incapacité de travail et exclu toute limitation fonctionnelle. Dans son précédent écrit du 21 février 2020, il a retenu le diagnostic de trouble douloureux chronique phénotypique correspondant le plus souvent à une fibromyalgie (diagnostic différentiel: endocrinopathie) et évoqué des douleurs chroniques depuis des années, soit une névralgie du trijumeau, un syndrome de la bouche brûlante, des lomboischialgies, respectivement une hernie discale en L4/L5. Il a été souligné que la recourante était ralentie, souffrait d'un épuisement important et était ainsi en incapacité de travail à 30-50% en tant qu'ouvrière.

4.5 Le médecin traitant de la recourante s'est exprimé le 30 avril 2020. Il a posé les diagnostics (avec répercussion sur la capacité de travail) de douleur chronique multifactorielle, de fatigue chronique et de dépression réactionnelle. Il a en outre évoqué les diagnostics (sans effet sur la capacité de travail) de névralgie du trijumeau, de syndrome de la bouche brûlante, de discopathie étagée marquée (opérée en janvier 2019) et de fibromyalgie. Il a précisé que la recourante ne pouvait porter des charges que de manière limitée et qu'elle ne pouvait conserver la position debout de façon soutenue. Il a ajouté que sa patiente pouvait travailler quatre heures par jour au plus, dans une activité modérée. Il a attesté une incapacité de travail à 50% dès le 30 août 2018, à 100% jusqu'au 24 février 2019, à 50% jusqu'au 30 juin 2019, à 30% jusqu'au 29 février 2020, puis ensuite à 40%. Avec ce rapport était joint un écrit du 19 septembre 2019 d'un cabinet pour la thérapie de la douleur, retenant le diagnostic de douleurs chroniques radiculaires (voir aussi dos. AI 31.2/15). De plus, a été annexé un document d'une clinique universitaire pour la chirurgie orale et la stomatologie, du 24 mars 2016, posant le diagnostic de syndrome de la bouche brûlante. Figuraient en outre des rapports du 2 décembre 2015 et du 4 janvier 2016 d'une clinique pour l'anesthésiologie et la thérapie de la douleur d'un hôpital universitaire, confirmant ce dernier diagnostic (en évoquant entre autres une normosialie et une stomatodynie). Enfin, a été attaché un document d'un spécialiste en neurologie, mentionnant le diagnostic de névralgie du trijumeau.

4.6 La psychiatre/psychothérapeute traitante a retenu le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (ch. F33.10 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'organisation mondiale de la santé). Elle a relaté que la thymie fluctuait et qu'il existait une intolérance à la frustration, de même qu'un sentiment de fatigue fréquente, avec également une irritabilité, ainsi qu'une diminution de la concentration, de la libido et de l'élan vital. Des troubles du sommeil et des réveils nocturnes ont aussi été rapportés. Un pronostic favorable a été émis, pour autant que la recourante poursuive son activité à 40%.

4.7 En suivant un avis d'une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR, du 2 juin 2020, l'intimé a organisé une expertise pluridisciplinaire (en médecine interne, endocrinologie et diabétologie, neurologie, psychiatrie ainsi qu'en rhumatologie). Au terme de leur examen, les experts ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (ch. F33.01 CIM-10), de fibromyalgie (ch. M79.7 CIM-10), de status après opération d'une hernie discale L4-L5 droite (ch. M51.9 CIM-10), avec possible parésie résiduelle du moyen fessier droit, de lombalgies irradiant dans la fesse droite (ch. M54.5 CIM-10), de névralgie du trijumeau depuis 2011 à droite, actuellement en rémission (ch. G50.0 CIM-10), de stomatodynie (ch. K13.7 CIM-10), d'intolérance au glucose sans traitement actuellement (ch. R73 CIM-10), de suspicion de dyslipidémie (ch. E78 CIM-10) et de suspicion d'un goitre thyroïdien (TSH normale; ch. E04.0 CIM-10). Les experts ont conclu que la recourante était capable d'exercer à 100% une activité n'exigeant ni de soulever, ni de porter des charges de plus de 5 kg loin du corps et excluant les mouvements en porte-à-faux du buste. Ils ont précisé que ce profil d'exigibilité était valable depuis le 1^{er} mars 2013, hormis du 30 août au 31 décembre 2019, période durant laquelle la capacité de travail était limitée à 50%. Par ailleurs, d'après eux, la capacité de travail dans une activité adaptée était nulle du 1^{er} janvier au 24 février 2019, puis de 50% du 25 février au 30 juin 2019 et enfin à nouveau de 100% dès le 1^{er} juillet 2019.

5.

Se pose la question de la force probante de cette expertise, sur laquelle l'intimé s'est fondé pour prononcer la décision du 29 décembre 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'espèce, 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 médecine interne générale, endocrinologie et diabétologie, en neurologie, en psychiatrie/psychothérapie ainsi qu'en rhumatologie ne sauraient être mises en doute) ont procédé à un examen personnel de la recourante, ont pris en compte ses plaintes subjectives, son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle), de même que l'ensemble des pièces pertinentes produites (dos. AI 51.6/1-5). Les résultats ont dès lors été arrêtés en pleine connaissance du dossier. Les conclusions des experts sont par ailleurs motivées et compréhensibles. En outre, s'agissant du volet psychiatrique, le rapport contient les éléments nécessaires à l'évaluation structurée selon l'ATF 141 V 281. Par conséquent, 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, concernant d'abord l'avis de l'expert en médecine interne, endocrinologie et diabétologie, force est d'admettre qu'il peut être suivi. En effet, cet expert a retenu le diagnostic d'intolérance au glucose, sans traitement, du fait que celui-ci avait été évoqué après les bilans effectués par le médecin traitant. L'expert en a d'ailleurs fait de même avec le diagnostic de suspicion de dyslipidémie. La névralgie du trijumeau a aussi été reprise du diagnostic posé en 2011, tout comme la stomatodynie, observée en 2015 et le status post-cure de hernie discale, suite à l'opération de 2019 (dos. AI 51.2/2 s.). On peut en outre saisir que le diagnostic de suspicion de goitre euthyroïdien a été posé après l'examen de l'expert, qui a relaté que la thyroïde était agrandie symétriquement (dos. AI 51.2/5). C'est aussi de façon compréhensible qu'il a nié tout effet de ces diagnostics sur la capacité de travail. En effet, à propos de la stomatodynie, il a relevé que la recourante parvenait à limiter les sensations de brûlure en

surveillant son alimentation. Quant à la névralgie, il a écrit qu'elle s'était améliorée (dos. AI 51.2/2 s.). L'intolérance au glucose et la probable dyslipidémie ont de plus été jugées traitables (dos. AI 51.2/6). Quoi qu'il en soit, l'expert a exclu tout effet sur la capacité de travail en se basant sur le fait qu'il n'existait aucune anomalie significative sur les plans cardiovasculaire, respiratoire, gastroentérologique, ORL, ophtalmologique et neurologique (dos. AI 51.2/3 et 51.2/5). On ne voit donc rien à redire au fait qu'il a conclu que la fatigue éprouvée n'était pas explicable du point de vue de ses disciplines médicales et que les difficultés étaient plutôt musculo-squelettiques (dos. AI 51.2/6).

5.3.2 Quant au volet neurologique de l'expertise, on peut aussi confirmer le raisonnement de l'expert. Ce dernier a en effet posé de façon probante les diagnostics de status après l'opération de hernie discale L4-L5 à droite, avec possible parésie résiduelle du moyen fessier droit, et de névralgie du trijumeau à droite en rémission. Il a expliqué de manière convaincante que l'assurée ne souffrait désormais que de douleurs lombaires intermittentes, parfois également au niveau du bassin et de la fesse droite (dos. AI 51.3/1 et 51.3/3 s.). Il a de plus évoqué ses diagnostics après un examen des nerfs crâniens, de la nuque, de la station debout, ainsi que des voies longues. S'agissant de ces dernières, il a lui-même observé une contraction du moyen fessier avec une éventuelle parésie modérée. Il a mis en lien cette possible hypotonie fessière avec l'atteinte radiculaire lombaire, en précisant qu'elle n'avait en tous les cas pas de répercussion sur les activités de la vie quotidienne (voir aussi dos. AI 51.4/2, l'assurée n'ayant ensuite fait état que de douleurs "à type de courbatures, de muscles contractés"). Il a relevé que la problématique associée à la hernie discale n'était accompagnée d'aucun signe clinique irritatif ou lésionnel significatif (dos. AI 51.3/4 s.) et constaté notamment que la recourante était en mesure de faire la lessive, d'accomplir certains travaux de jardinage et quelques tâches ménagères. Il a encore noté que la névralgie du trijumeau, quoique plausible, s'était apaisée depuis des années et qu'elle ne nécessitait plus de traitement (dos. AI 51.3/1 et 51.3/3 s.; voir aussi dos. AI 51.4/3, confirmant cette atténuation et la persistance de fourmillements dans la joue seulement). Les conclusions de l'expert, selon qui la capacité de travail est totale en tant qu'ouvrière, sont donc cohérentes.

5.3.3 On ne voit pas non plus de raison de douter des explications de l'expert psychiatre et psychothérapeute. En effet, celui-ci a dûment justifié son diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique. Il a écrit que la recourante avait présenté un sentiment de lassitude quelques années plus tôt, se traduisant encore par une baisse de l'élan vital, surtout liée à des problèmes conjugaux et à un manque affectif (dos. AI 51.4/3 et 51.4/5). Il n'a néanmoins pas observé de ralentissement psychomoteur, d'idée suicidaire, de perte totale d'intérêt, de trouble obsessionnel compulsif, d'hallucinations, de périodes d'exaltation de l'humeur ou de dépenses immodérées (dos. AI 51.4/4). Le diagnostic posé est d'autant plus convaincant qu'il a été établi après que l'expert ait écarté tout épisode dépressif chronique, en relevant que, même si un épisode dépressif était déjà survenu entre l'âge de 28 et de 35 ans, une amélioration de l'humeur s'était ensuite installée. Il a de plus pris en compte le diagnostic de trouble dépressif récurrent, évoqué le 20 août 2020 par la psychiatre et psychothérapeute traitante, en jugeant celui-ci possible durant cette période. L'expert a toutefois nié les diagnostics d'anxiété généralisée, de trouble panique et d'agoraphobie, puisque l'assurée ne souffrait pas d'une oppression thoracique constante, de manifestations neurovégétatives (sueur ou pâleur), d'attaques de panique ou d'un sentiment de déréalisation, étant du reste capable de sortir de chez elle. Il a encore exclu le diagnostic de trouble de la personnalité et de trouble somatoforme douloureux persistant. Il a en effet écrit de façon probante que les douleurs pouvaient s'expliquer par l'atteinte du rachis lombaire, qu'elles n'étaient pas rapportées comme étant intenses et qu'elles n'étaient pas associées à un sentiment de détresse. En outre, il a relevé qu'il n'y avait ni dramatisation, ni mise en avant excessive des douleurs (dos. AI 51.4/5). Enfin, l'expert a aussi pris en considération que la recourante pouvait se déplacer, s'adapter aux règles et aux routines, de même que faire preuve de flexibilité dans son travail. Il a aussi noté qu'elle avait confiance en son jugement et qu'elle pouvait travailler en groupe. Il n'est donc pas critiquable que l'expert a jugé que l'atteinte psychiatrique était légère et qu'il a conclu à une capacité de travail à 100% depuis toujours.

5.3.4 Enfin, concernant la discipline rhumatologique, le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de lombalgie irradiant dans la fesse droite,

après chirurgie pour hernie discale L4-L5, retenu par l'expert, est lui aussi convaincant. En effet, la recourante s'est prévaluée devant l'expert, avant tout, de douleurs lombaires irradiant à droite dans la fesse, la cuisse et l'aîne, mais aussi de douleurs cervicales irradiant dans les épaules et les membres supérieurs, surtout à droite. Au terme de son examen, l'expert a cependant signifié qu'il n'avait constaté qu'une raideur lombaire, soit une contracture des trapèzes, des sterno-cléido-mastoïdiens, des muscles de la région dorsale et lombaire, de même que du grand trochanter droit (dos. AI 51.5/5). On signalera du reste que l'expert n'a pas observé de bursite. De plus, il a surtout relaté que les douleurs étaient extrêmement fluctuantes, tant dans leur localisation que dans leur intensité. Le diagnostic (impactant la capacité de travail) de lombalgie s'impose d'autant plus que l'expert s'est aussi prononcé quant aux diagnostics de polyarthrite inflammatoire et de spondylopathie, puis qu'il a également écarté une pathologie auto-immune (dos. AI 51.5/4). A l'instar des autres experts, il a également tenu compte du fait que l'assurée était capable de travailler, de garder ses petits-enfants, de faire du vélo et de la marche, ainsi que de jardiner et d'accomplir certaines tâches ménagères (lessive et repassage notamment). Il a en particulier exposé que le temps de marche était d'environ une heure et que la recourante pouvait demeurer assise durant une à deux heures (dos. AI 51.5/3). Il a ajouté qu'elle ne prenait pas d'antalgique et qu'elle avait elle-même estimé l'intensité de ses douleurs à un degré de 2,5 sur 10, si bien que celles-ci devaient être réputées faibles. De même, il a rappelé qu'aucune opération n'était prévue. Ce faisant, l'avis de l'expert neurologue, qui a retenu que le diagnostic de lombalgie n'avait pas d'impact sur la capacité de travail est probant. Il en va de même de celui de fibromyalgie, puisque l'expert a signifié que l'assurée n'était pas sujette à des réveils nocturnes, à un dérouillage matinal, à des somnolences diurnes et à des troubles mnésiques. Il a aussi relevé qu'un score de 3 sur 12 devait être retenu sur l'échelle de la fibromyalgie, ce qui correspondait à un niveau "très faible" (dos. AI 51.5/7). Ainsi, le point de vue de l'expert peut être confirmé, lorsqu'il retient que l'activité de la recourante est adaptée, puisqu'est exigible un emploi ne nécessitant uniquement pas de devoir soulever ou porter des charges de plus de 5 kg, ni de travailler en porte-à-faux du buste. On ne saurait donc critiquer la conclusion de l'expert, qui a jugé la capacité de travail comme infirmière à 0% dès le 6 juin 2016 (date

de l'IRM décrivant la hernie discale), mais à 100% dans l'activité actuelle dès mars 2013, avec une incapacité de travail à 50% dès le 30 août 2018 et à 0% dès 2019 (voir dans le même sens, l'avis du médecin traitant: dos. AI 17/3). Il en va de même, en tant que l'expert a ensuite évalué la capacité de travail dans l'activité habituelle à 50% dès le 25 février 2019, puis à 100% dès le 1^{er} juillet 2019, à savoir après l'opération du 17 janvier 2019.

5.3.5 Il résulte de tout ce qui précède que les conclusions interdisciplinaires du 24 mars 2021, qui reprennent les différents avis des experts consultés (dos. 51.1/6), sont cohérentes, convaincantes et exemptes de contradiction. Il faut de ce fait accorder une pleine valeur probante à l'expertise.

5.3.6 Certes, c'est à juste titre que la recourante met en exergue que le rapport du SMR du 2 juin 2020 a été traduit de façon peu précise, dans le chapitre de l'expertise relatif à la synthèse des pièces médicales (p. 2 du recours). Il y est en effet uniquement évoqué une "fibromyalgie due à une hernie discale opérée" (dos. AI 51.6/2 s.). Toutefois, même si les experts ont repris comme telle cette traduction, dans leur présentation des circonstances de l'expertise (dos. AI 51.2/1, 51.3/1, 51.4/1 et 51.5/1), il apparaît clairement du rapport du 24 mars 2021 qu'ils ont examiné le dossier de l'assurée dans son ensemble et qu'ils ont bien compris la portée exacte du rapport du SMR du 2 juin 2020. En effet, dans leur discussion consensuelle, les experts font sans équivoque la distinction entre la hernie discale opérée, d'une part, et la fibromyalgie, diagnostiquée ultérieurement, d'autre part (dos. AI 51.1/5 § 7 s.). On ne peut donc suivre la recourante, lorsqu'elle soutient que les experts se sont basés sur une image erronée de son état de santé. Il en va de même, en tant qu'elle prétend encore que l'expert rhumatologue a minimisé ses symptômes, ignoré les limitations fonctionnelles issues de la maladie et mis en doute ou à tout le moins interprété ses déclarations de manière erronée. En effet, aucun indice ne permet de penser que l'expert a mal compris la recourante. Celui-ci a d'ailleurs expressément nié toute incohérence dans les propos de l'assurée et a au contraire reconnu que les douleurs alléguées étaient plausibles (dos. AI 51.5/7). De plus, il a pris ses conclusions non seulement sur la base d'un examen personnel de l'intéressée, mais en se fondant aussi sur

les propres déclarations de cette dernière, notamment en ce qui concerne l'intensité des douleurs. En outre, dès lors que l'expert s'est prononcé sur le profil d'exigibilité, en énumérant les différentes limitations fonctionnelles et après un examen personnel de la recourante, on ne saurait admettre qu'il les a tout bonnement ignorées. De surcroît, à l'inverse de ce que la recourante affirme, on ne voit pas de confusion entre son taux d'activité et la capacité de travail exigible dans l'emploi actuel, qui est réputé adapté. Le taux d'activité effectif a en effet été mentionné dans le contexte de l'historique du dossier médical alors que la capacité de travail médico-théorique a été évaluée par les experts à l'issue de l'examen des différentes atteintes à la santé, ainsi que des limitations fonctionnelles qui en découlent. L'expertise ne souffre ainsi aucune critique à cet égard (dos. AI 51.1/5 s.). La recourante ne saurait non plus substituer sa propre appréciation de ses limitations fonctionnelles, sans autre explication, alors que celles-ci ont été discutées de manière probante par les experts. Enfin, l'examen minutieux de l'expertise, auquel l'assurée fait référence dans son recours, porte uniquement sur le point de savoir si l'intimé souhaitait poser des questions complémentaires aux experts, après la remise de leur rapport (dos. AI 5.1/1). Tel n'a toutefois pas été le cas, si bien qu'il n'a rien été documenté à cet égard. On ne saurait donc y voir un manquement de la part de l'intimé.

5.4

5.4.1 Il y a encore lieu de constater qu'on ne saurait non plus critiquer les conclusions de l'expert psychiatre, du point de vue juridique. En effet, d'après la jurisprudence du Tribunal fédéral (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).

5.4.2 Au cas particulier toutefois, bien qu'aucun motif d'exclusion ne puisse être reconnu, puisque les experts ont exclu toute incohérence ou exagération des symptômes (voir également 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 seulement légère (dos. AI 51.4/6). Il a aussi expliqué que même si la recourante éprouvait une certaine perte d'intérêt, celle-ci n'était pas totale, la recourante s'adonnant entre autres à plusieurs hobbies, tels que la lecture, le dessin, la couture et le scrabble. De plus, en se fondant sur les complexes "contexte social" et "personnalité" (ATF 141 V 281 c. 4.3.2 s.), il a aussi rappelé que la recourante aimait se balader, garder ses petits-enfants, ainsi que faire du jardinage et du vélo (dos. AI 51.4/2 s.; voir aussi dos. AI 33/3). De même, bien que l'expert a évoqué les facteurs de contrainte (soit, en plus des atteintes somatiques, une situation financière modeste notamment; dos. AI 51.4/2), celui-ci a également précisé que la recourante était entourée par sa famille ainsi que par son mari et que, même si le couple s'était un peu isolé, il avait néanmoins conservé des contacts avec quelques amis (dos. AI 51.4/4). L'expert a encore rappelé les ressources de l'assurée, à savoir qu'elle pouvait s'adapter, faire preuve de flexibilité et débiter une activité spontanément. Il a de plus relevé qu'elle avait confiance en ses jugements et qu'elle disposait des aptitudes sociales lui permettant par exemple de travailler en groupe (dos. AI 51.4/6). On ne saurait non plus ignorer que même si l'expert a évoqué une résistance à la thérapie, il a en revanche jugé qu'une augmentation de la posologie était indiquée, si bien qu'il fallait s'attendre à une amélioration dans les quatre à huit semaines (voir sur le déroulement et l'issue du traitement: ATF 141 V 281 c. 4.3.1.2). Les conclusions d'expertise sont dès lors aussi probantes du point de vue juridique.

6.

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

6.1 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b; SVR 2019 BVG n° 16 c. 4.4.2). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être prises en compte (ATF 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222).

6.2

6.2.1 Pour déterminer le revenu de personne valide, il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser selon un degré de vraisemblance prépondérante sans atteinte à la santé, en vertu de ses aptitudes professionnelles et des circonstances personnelles, au moment du début potentiel du droit à la rente. Il y a lieu en règle générale de prendre pour base le dernier salaire gagné par la personne assurée, en l'adaptant le cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires réels (ATF 145 V 141 c. 5.2.1, 134 V 322 c. 4.1).

6.2.2 Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne intéressée (ATF 143 V 295 c. 2.2). Lorsque, depuis la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'a plus exercé d'activité lucrative, ou du moins plus d'activité exigible adaptée à son état, l'évaluation du revenu d'invalidité peut se fonder, selon la jurisprudence, sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS; ATF 143 V 295 c. 2.2; SVR 2019 IV n° 28 c. 5.1.3).

6.3

6.3.1 En l'espèce, s'agissant du revenu de valide, on ne saurait reprocher à l'intimé de l'avoir déterminé sur la base du revenu perçu auprès de l'employeur actuel (voir dos. AI 35/3 et 36.1/1), durant l'année 2020 (année de naissance du droit à la rente, puisque la recourante a déposé sa demande de prestations en mars 2020 et qu'elle était alors en incapacité de travail médicalement attestée depuis une année sans interruption notable; voir art. 28 al. 1 let. b et c ainsi qu'art. 29 al. 1 LAI; dos. AI 17/3). En particulier, c'est à juste titre que l'intimé n'a pas pris en considération le revenu obtenu dans l'ancienne activité d'infirmière. Certes, le dossier permet d'établir que la recourante a abandonné cet emploi en 2013 du fait qu'il lui était devenu trop pénible. Cependant, les lombalgies à la base des limitations fonctionnelles admises par les experts ne se sont manifestées qu'en 2016, alors que la recourante avait déjà changé de profession. C'est du reste uniquement dès le 6 juin 2016 que les experts ont admis que la recourante ne disposait plus d'aucune capacité de travail en tant qu'infirmière (dos. AI 51.1/6). De même, l'assurée a quoi qu'il en soit aussi déclaré qu'elle n'avait pas abandonné son ancienne activité du seul fait de ses douleurs, mais également parce que son métier d'infirmière ne lui plaisait plus (dos. AI 51.1/5).

6.3.2 A propos du revenu d'invalidé, c'est à tort que l'intimé l'a arrêté en se fondant sur des données statistiques (soit l'ESS 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. 4'731.- [recte: Fr. 4'371.-]). En effet, l'intimé a retenu de façon erronée que la recourante n'exerçait pas un emploi adapté. Or, d'après les experts, l'activité d'ouvrière assumée par la recourante reste exigible (dos. AI 51.1/6). 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). Tel est le cas en l'espèce, puisque la recourante travaille pour le même employeur depuis 2013 et qu'aucun indice ne suggère que le revenu comprend une composante sociale. Aussi, même si la recourante travaille à 50% alors qu'un taux de 100% est exigible, on ne peut en déduire d'emblée 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).

6.3.3 En définitive, tant le revenu de valide que celui d'invalidé doivent être calculés sur la base des chiffres produits par l'employeur, pour un taux d'activité de 100%. La comparaison des revenus aboutit donc au constat que le taux d'invalidité est nul. C'est donc à bon droit que l'intimé a exclu tout droit à une rente, dans la décision attaquée du 29 décembre 2021.

7.

En conclusion, le recours doit être rejeté.

7.1 Conformément à l'art. 61 let. ^fbis 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.

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 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).