

200.2023.330.AI
N° AVS
BCE/EGC

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

Jugement du 26 février 2024

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président
A.-F. Boillat et G. Zürcher, juges
C. Wagnon-Berger, greffière

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 14 mars 2023



En fait:

A.

A. _____, née le 3 juin 1969, célibataire et sans enfant, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de décoratrice-étalagiste. Elle a travaillé dans cette profession jusqu'au 22 avril 2005, date à laquelle une incapacité de travail à 100% a été attestée médicalement suite à un burn out. Le 23 février 2006, l'assurée a été licenciée pour le 31 mai 2006. Elle a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 7 juin 2006, en invoquant un "burn out suivi d'une dépression". L'Office AI Berne lui a alors octroyé une orientation professionnelle et un reclassement, à l'issue duquel l'assurée a obtenu, en juin 2012, le titre de bachelor en architecture d'intérieur. Une aide au placement a encore été accordée à l'intéressée, qui a conduit à l'obtention d'un emploi, dès le 1^{er} septembre 2013. L'assurée a ensuite alterné, entre 2013 et 2016, des périodes de travail et de chômage, puis a été engagée dès le 1^{er} novembre 2016 à 80% en qualité d'architecte d'intérieur dans une entreprise. L'Office AI Berne, par préavis du 2 juin 2017, a informé l'assurée qu'il envisageait de lui accorder une rente d'invalidité limitée dans le temps, à savoir une rente entière du 1^{er} avril 2006 au 31 mars 2007, puis une demi-rente du 1^{er} avril au 30 septembre 2007. En l'absence d'objections de l'intéressée contre ce préavis, le même office a rendu, le 3 août 2017, une décision formelle le confirmant en tous points.

B.

Le 22 mars 2018, l'intéressée a présenté une nouvelle incapacité de travail dans sa dernière activité d'architecte d'intérieur. De ce fait, elle a sollicité des moyens auxiliaires de l'Office AI Berne (perruque), en mentionnant avoir souffert d'une embolie pulmonaire et présenté, depuis mars 2018, un cancer du sein avec métastases dans les glandes lymphatiques. Après avoir fait droit à cette demande, le 5 octobre 2018, puis reçu de l'assurée un formulaire de détection précoce, suivi d'une nouvelle demande de prestations de l'AI (mesures professionnelles et rente), du 10 octobre 2018,

l'Office AI Berne a notamment requis des informations auprès des médecins traitants (spécialistes en oncologie, gynécologie et angiologie) et de l'ancien employeur de l'intéressée. Il s'est également procuré le dossier de l'assurance-maladie perte de gain. Par différentes communications, l'Office AI Berne a alors accordé à l'assurée des mesures d'intervention précoce, sous la forme d'une adaptation du poste de travail, de même que de conseil et soutien pour le maintien à celui-ci. Il a encore sollicité des rapports de différents spécialistes. Dans une décision du 21 octobre 2020 (confirmant un préavis du 7 septembre 2020), l'Office AI Berne a mis un terme aux mesures professionnelles, avant que l'assurée ne perde son emploi avec effet au 31 mars 2021. Après avoir pris conseil auprès de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne a diligencé une expertise pluridisciplinaire (rhumatologie, médecine interne générale, psychiatrie et psychothérapie), dont les conclusions ont été remises le 16 août 2022. Sur cette base, l'Office AI Berne, par préavis du 4 novembre 2022, a informé l'intéressée qu'il envisageait de lui accorder un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2019. En dépit des objections déposées par l'assurée, représentée par un mandataire, le 21 novembre 2022 (complétées le 19 décembre 2022), l'Office AI Berne a confirmé le contenu de sa préorientation par décision du 14 mars 2023.

C.

Le 1^{er} mai 2023, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru contre la décision du 14 mars 2023 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (ci-après: TA). Elle a conclu à l'annulation de cette décision, dans la mesure où son droit a été limité à un quart de rente, ainsi qu'au renvoi de la cause à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. En date du 15 mai 2023, l'assurée a déposé une requête d'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure, qu'elle a complétée le 13 juin 2023. Dans son mémoire de réponse du 5 juillet 2023, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Après que son avocate a produit sa note d'honoraires le 11 juillet 2023, la recourante a été rendue attentive au risque d'une réforme à son détriment de la décision attaquée. Le 24 janvier 2024, elle a indiqué qu'elle maintenait son recours.

En droit:

1.

1.1 La décision du 14 mars 2023 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et reconnaît un droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2019. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision en tant qu'elle n'alloue qu'un quart de rente d'invalidité à la recourante et sur le renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Est particulièrement critiquée la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 16 août 2022 diligentée par l'Office AI Berne.

1.2 Interjeté en temps utile (compte tenu des fêtes judiciaires; voir art. 60 et 38 al. 4 let. a de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]), dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et dûment représentée, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA; 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, RO 2021 705) 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 à l'époque de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 148 V 162 c. 3.2.1, 144 V 210 c. 4.3.1). En l'occurrence, si la décision entreprise est, certes, postérieure au 1^{er} janvier 2022, le droit potentiel à la rente de la recourante est pour sa part antérieur à cette date (voir c. 7.2), si bien qu'il doit être examiné selon les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (voir parmi d'autres JTA AI/2023/83 du 7 juillet 2023 c. 2.1).

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

2.3 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 145 V 215 c. 5.1; SVR 2020 IV n° 48 c. 8.1.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit toutefois pas pour admettre que celle-ci 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, compte tenu 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). Les experts médicaux doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

2.4 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'ancien 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.

2.5 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 sa décision contestée du 14 mars 2023, l'intimé s'est surtout fondé sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 16 août 2022 pour retenir que l'assurée était en mesure d'exercer l'activité habituelle d'architecte d'intérieur à un taux de 60%. Cette occupation a été considérée par l'intimé comme adaptée à l'atteinte à la santé. Après avoir procédé à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, il a constaté que la perte de gain qui en résultait engendrait un taux d'invalidité de 40%, ouvrant le droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2019. Dans son mémoire de réponse du 5 juillet 2023, l'intimé a fait valoir que les experts, dans leur évaluation consensuelle, s'étaient expressément prononcés sur les troubles de l'attention mis en évidence par l'assurée et avaient estimé qu'en l'absence de troubles cognitifs, un examen neuropsychologique n'était pas nécessaire. Il a encore relevé que le bilan neuropsychologique, joint à l'appui du recours et postérieur à la décision attaquée, ne permettait pas de remettre en cause la capacité de travail de 60% arrêtée par les experts. L'intimé a donc considéré qu'aucune instruction complémentaire n'était nécessaire.

3.2 La recourante a, pour sa part, remis en cause la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire du 16 août 2022. Elle a en particulier reproché à l'intimé d'avoir fait abstraction de l'appréciation des médecins traitants, malgré un suivi thérapeutique de longue durée. Par ailleurs, l'intéressée a considéré que l'expert n'avait pas suffisamment tenu compte de ses problèmes d'attention, de concentration et de mémoire, lesquels se seraient, selon elle, aggravés de façon importante suite à la chimiothérapie. Elle a également fait grief à l'Office AI Berne de ne pas avoir procédé à une évaluation neuropsychologique. Elle a ainsi critiqué

l'instruction du dossier à laquelle a procédé l'intimé et l'a dès lors jugée incomplète.

4.

A titre liminaire, il faut constater que l'intimé est entré en matière sur la seconde demande de prestations du 10 octobre 2018. Dans la mesure où cette question n'est pas litigieuse dans le cas présent, le TA n'a pas à revoir cet aspect de la procédure (ATF 109 V 108 c. 2b). Ainsi, le droit à la rente doit être examiné tant sous l'angle des faits que du droit de manière complète, c'est-à-dire en tenant compte du spectre entier des éléments déterminant le droit à la prestation, ainsi qu'avec un regard neuf et sans être lié à de précédentes estimations de l'invalidité (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; SVR 2021 IV n° 36 c. 3.1).

5.

5.1 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 c. 4.3.1, 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1; SVR 2022 UV n° 46 c. 6.3.1). Au cas particulier, l'assurée a notamment produit, à l'appui de son recours, un rapport du 25 avril 2023 d'une cheffe de clinique d'un centre de la mémoire, un rapport du 3 avril 2023 relatif à un examen neuropsychologique du 17 mars 2023 rédigé par deux psychologues (ces deux écrits se référant à une consultation du même jour) ainsi qu'un rapport du 24 avril 2023 de son psychiatre traitant. Ces trois documents sont postérieurs à la décision attaquée et concernent uniquement des faits constatés lors de l'examen précité, soit après ce prononcé. Ils ne peuvent dès lors être pris en considération. Au surplus, le dossier permet de constater les faits médicaux principaux suivants.

5.2 La décision du 3 août 2017 qui accordait à la recourante une rente d'invalidité entière du 1^{er} avril 2006 au 31 mars 2007, puis une demi-rente du 1^{er} avril au 30 septembre 2007, se fondait principalement sur deux rapports du SMR datés des 29 janvier 2007 (qui lui-même reposait sur un examen personnel de l'assurée du 24 janvier 2007; dossier [dos.] 14/3 et 13/1) et 7 février 2017. Il ressortait du premier, les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, sous traitements médicamenteux, depuis longtemps partiellement en rémission, ainsi que d'antécédents de consommation excessive d'alcool et de boulimie en situations de stress (dos. AI 13/3). Dans son écrit du 7 février 2017, la médecin du SMR avait confirmé l'appréciation de la capacité de travail arrêtée en janvier 2007 et retenu une incapacité de travail totale dès avril 2005 jusqu'à décembre 2006, puis de 50% dès janvier 2007 jusqu'à fin septembre 2007, puis une pleine et entière capacité de travail dès octobre 2007 en raison du début de mesures professionnelles (dos. AI 13/4 et 103/2 et 3).

5.3 Dans le cadre de l'instruction matérielle de la seconde demande de l'assurée du 10 octobre 2018, les éléments suivants ressortent du dossier:

5.3.1 Dans un rapport daté du 17 avril 2018, une spécialiste en gynécologie a retenu le diagnostic de cancer du sein droit. Elle a mis en évidence une incapacité de travail totale dès le 22 mars 2018 jusqu'au 8 mai 2018 (dos. AI 129.2/11 et 182.2/5). Suite à ce diagnostic, l'assurée a subi plusieurs interventions chirurgicales (segmentation du sein droit et évidement ganglionnaire axillaire du sein droit le 18 avril 2018 [dos. AI 129.2/8], puis résection chirurgicale de la tumeur le 26 avril 2018 [dos. AI 129.2/6]), lesquelles ont provoqué une incapacité de travail du 20 avril au 31 mai 2018 (dos. AI 129.2/9 et 129.2/5). Le traitement par chimiothérapie mis en place par un centre hospitalier régional (dos. AI 182.2/23) a été interrompu en octobre 2018 du fait d'une mauvaise tolérance (neuropathie périphérique; dos. AI 182.2/20). L'assurée a encore bénéficié d'une radiothérapie et d'une hormonothérapie (dos. AI 182.2/20, voir également dos. AI 132/2). Les médecins ont attesté une incapacité totale de travail pendant la durée des traitements, soit du 17 mai 2018 au 31 janvier 2019 (dos. AI 132/2), puis à 50% du 1^{er} février au 31 mars 2019 (dos. AI

182.2/15), à 40% du 1^{er} avril au 30 juin 2019 (dos. AI 182.2/14) et finalement à 20% dès le 1^{er} juillet 2019 (dos. AI 182.2/13).

5.3.2 Dans un rapport du 21 novembre 2019, un spécialiste en chirurgie orthopédique a posé les diagnostics de pieds fléchis/creux flexibles aux deux pieds, fasciite plantaire à droite, tendinite d'insertion du tendon d'Achille gauche, hallux valgus gauche, métatarsalgies des deux côtés et épaisseur douloureuse des ongles des gros orteils des deux pieds. Le 6 février 2020, une intervention chirurgicale s'est déroulée, ayant pour but la correction de l'hallux valgus à gauche par ostéotomie métatarsienne distale et de la grande-phalange, ainsi que, sur les deux gros orteils, une résection matricielle latérale et une ablation de l'ensemble des ongles épaissis des gros orteils (dos. AI 164/6 et 182.2/9). Le spécialiste a attesté d'une incapacité totale de travail du 6 février au 6 mai 2020, puis d'une pleine capacité de travail dès le 11 mai 2020 (dos. AI 182.2/8 et 10 et dos. 168/2 et 3). Une nouvelle intervention chirurgicale a été pratiquée par le spécialiste en chirurgie orthopédique, le 25 mars 2021, visant la résection de ganglion infra malléolaire latéral gauche ainsi que l'extraction des deux ongles des gros orteils (dos. AI 189/2).

5.3.3 Les spécialistes en neurologie en charge de l'assurée durant son séjour dans un service psychiatrique d'un hôpital universitaire ont, dans un rapport de sortie du 29 juillet 2021, mis en évidence les diagnostics de trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques à caractère fibromyalgique, trouble dépressif récurrent, épisode léger à moyen, cancer du sein droit, status après embolie pulmonaire, carence en vitamine D, atrophie urogénitale, incontinence urinaire, hernie hiatale, insuffisance veineuse et endométriose (dos. AI 193/1 et 2). Le premier de ces diagnostics a été posé en raison de la présence d'indices, sous l'angle neurologique, tels qu'une sensibilité à la lumière et au bruit, des troubles de la mémoire et de la concentration ainsi que de multiples allergies et intolérances (dos. AI 193/3).

5.3.4 Le psychiatre traitant de l'assurée a rendu un rapport le 4 novembre 2021 duquel il ressort les diagnostics, avec incidence sur la capacité de travail, d'éléments de personnalité obsessionnelle-compulsive, présente depuis l'enfance (ch. F60.7 [recte: F60.5] de la classification statistique

internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'organisation mondiale de la santé [OMS]), autres troubles précisés du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, trouble de l'attention sans hyperactivité, depuis l'enfance (ch. F98.8-005 CIM-10), trouble dépressif récurrent, en rémission partielle (ch. F33.4 CIM-10; dos. AI 202/9). A titre de limitations fonctionnelles, le spécialiste en psychiatrie a indiqué que sa patiente n'était pas en mesure de se concentrer sur une seule tâche et présentait un hyperfocus (elle ne pouvait pas changer rapidement son attention). Sur le plan psychique, il a observé que l'assurée était légèrement tendue et anxieuse en raison de la baisse chronique de son estime de soi et présentait une baisse du niveau de sa tolérance au stress, paniquait rapidement et perdait le fil de ses tâches. Le médecin a retenu une incapacité de travail de 100% dès février 2021 (dos. AI 205/5).

5.3.5 Dans un rapport du 27 août 2021 des médecins en charge de l'assurée durant son hospitalisation en clinique de réadaptation pour troubles psychosomatiques, ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode moyen, le plus souvent réactionnel en raison de facteurs de stress persistants et avec épuisement psychophysique marqué (ch. F33.11 et Z73.0 CIM-10) ainsi que trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques (ch. F45.41 CIM-10; dos. AI 207/2).

5.3.6 Le rapport de sortie d'une clinique de jour d'un neurocentre, daté du 30 juin 2022, fait état de diagnostics de trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques à caractère fibromyalgique, cancer du sein droit, status après embolie pulmonaire, trouble dépressif récurrent, épisode léger à moyen, trouble de "binge-eating", carence en vitamine D, atrophie urogénitale et incontinence urinaire (dos. AI 239/1 et 2).

5.3.7 Sur les recommandations d'un spécialiste en psychothérapie et psychologie du SMR (dos. AI 212/5), l'intimé a ordonné une expertise pluridisciplinaire, dont les conclusions ont été livrées le 16 août 2022. A l'appui de leur évaluation consensuelle, les experts ont posé les diagnostics de carcinome du sein droit invasif avec atteinte d'un ganglion, sans métastase à distance, traité par chimiothérapie et radiothérapie puis Tamoxifène (ch. C50.4 CIM-10), endométriose ayant nécessité une

intervention se limitant aux foyers les plus importants qui s'est améliorée après la mise en route du traitement de Tamoxifène provoquant une ménopause iatrogène, allergies multiples (ch. J30.2 et T78.1 CIM-10), obésité (ch. E66 CIM-10), reflux gastro-œsophagien (ch. K21 CIM-10), apnée du sommeil (ch. G47.3 CIM-10), fasciite plantaire gauche (ch. M72 CIM-10), lombo cruralgie droite sur sténose foraminale L3-L4 droite sans signe neurologique (ch. M79.2 CIM-10), omalgie gauche secondaire à une atteinte acromio-claviculaire avec léger syndrome sous acromial (ch. M75.5 CIM-10), fibromyalgie, status post chirurgie pour hallux valgus à gauche et chirurgie unguéale des deux orteils, trouble dépressif récurrent, en rémission (ch. F33.4 CIM-10). Ils ont mentionné des limitations fonctionnelles sur le plan de la médecine interne générale en raison de nombreuses allergies et retenu que le travail en extérieur notamment au printemps devait être évité, de même que les activités contraignantes pour les bras, notamment le droit (dos. AI 243.1/5). D'un point de vue rhumatologique, les experts ont indiqué que la recourante ne devait pas fournir d'efforts de soulèvement de plus de 5 kg, ni travailler en porte-à-faux du buste. Ils ont encore admis que le port de charges proche du corps devait être limité à 5 kg. Les marches et les piétinements prolongés devaient être évités et l'assurée ne devait fournir aucun effort du membre supérieur gauche au-delà de la ligne des épaules. Ils ont recommandé un changement de position régulier. Dans une activité adaptée, ils ont attesté en lien avec la problématique de la médecine interne générale, une incapacité de travail totale d'avril à fin décembre 2018 et une capacité de travail de 60% dès janvier 2019. Ils ont encore noté, sous l'angle rhumatologique, une incapacité de travail totale du 6 février au 6 mai 2020, puis du 31 mars au 30 avril 2021 (dos. AI 243.1/6 et 7). Finalement, les experts ont indiqué que l'état de santé et la capacité de travail de la recourante s'étaient modifiés par rapport à la situation lors de la décision du 3 août 2017 en raison notamment de l'apparition du cancer du sein en avril 2018 et des interventions chirurgicales et traitements qui en avaient découlé, lesquels avaient provoqué une fatigue persistante avec influence sur la capacité de travail (dos. AI 243.1/6 in fine et 7).

5.3.8 A l'appui de son recours, l'assurée a déposé un rapport du 14 décembre 2022 dans lequel son psychiatre traitant s'est déterminé sur le

résultat de l'expertise pluridisciplinaire susmentionnée (voir c. 5.3.7). Il a en particulier reproché à l'expert psychiatre d'avoir écarté le diagnostic de trouble de l'attention/hyperactivité sur la seule base du comportement de l'assurée lors de l'entretien et de n'avoir pas tenu compte du fait que les personnes atteintes d'une telle affection varient leur comportement de manière significative en fonction du contexte dans lequel elles se trouvent. Il a en outre indiqué que les critères pour retenir ce diagnostic étaient bien présents chez l'assurée. Il a encore relevé que les éléments du diagnostic de "fatigue coalition" liés à la fatigue due à un cancer étaient tous réunis. Selon lui, ces deux affections auraient une influence importante sur la capacité de travail de la recourante (dos. AI 267/24).

6.

Se pose en premier lieu la question de la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 16 août 2022 sur laquelle s'est appuyé l'intimé pour rendre la décision contestée.

6.1 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).

6.2 L'expertise comprend une appréciation interdisciplinaire (expertise consensuelle) du 16 août 2022, synthétisant le résultat d'examens sur les plans de la psychiatrie, de la médecine interne générale et de la rhumatologie (dos. AI 243.1/1). Les experts, dont les qualifications médicales ne sauraient être mises en doute, ont procédé chacun à un examen personnel de la recourante. Ils ont tenu compte des plaintes subjectives de l'assurée au terme d'une discussion ouverte, puis ont posé

des questions ciblées en fonction des thématiques propres à leur domaine d'investigation respectif. Ils ont rapporté soigneusement les résultats de leur examen systématique et ont résumé l'ensemble des documents médicaux au dossier (dos. AI 243.5/1). Ils ont énoncé leurs résultats et appréciations, répondu aux questions de l'intimé et du psychiatre traitant de l'assurée, également quant à l'évolution de la situation depuis la dernière décision. Ils ont finalement fourni des informations sur les points nécessaires pour l'évaluation normative et structurée des troubles psychiques (voir c. 2.3). Dans ces circonstances, force est de constater que les résultats de l'expertise ont été arrêtés en pleine connaissance des éléments médicaux déterminants. Les observations émises dans ce contexte, discutées et étayées, ont ensuite été intégrées dans l'évaluation finale consensuelle, à laquelle ont procédé les experts. Leurs conclusions ne laissent pas apparaître d'élément permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Elles répondent ainsi aux exigences formelles posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (voir c. 6.1).

6.3 Sur le plan matériel, l'expertise est également convaincante.

6.3.1 S'agissant du volet de la médecine interne générale d'abord, l'expert de cette discipline a procédé à un examen clinique complet de l'assurée (dermatologie, cardio-vasculaire, pneumologie, abdomen, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie et système nerveux; dos. AI 243.3/6). Il a en particulier observé la présence d'éléments de polyneuropathie (dos. AI 243.3/6). A l'issue de son examen et en tenant également compte des plaintes et de l'anamnèse médicale de l'assurée (notamment un cancer du sein dont les chances de guérison ont été jugées bonnes), l'expert a cherché à expliquer la fatigue ressentie par celle-ci. C'est ainsi qu'il a évoqué les troubles du sommeil d'origine multifactorielle (douleurs, traitements, apnées du sommeil) ainsi que le traitement de Tamoxifène, lesquels contribueraient, selon lui, à la persistance de la fatigue. Il a ainsi retenu, de façon logique, que ces perturbations du sommeil étaient susceptibles de limiter de manière irrégulière le rendement (sur le plan professionnel et privé) de l'assurée (dos. AI 243.3/7). L'expert a par ailleurs évoqué les nombreuses allergies dont souffre la recourante (dos. AI

243.3/7). L'activité raisonnablement exigible qui a été décrite (activité ne s'exerçant pas en extérieur notamment au printemps et en été et ne soumettant pas les bras à des efforts) est dès lors cohérente au vu des observations faites par l'expert (notamment les allergies et la chirurgie du cancer du sein droit survenue en 2018; dos. AI 243.3/8). Quant à l'évaluation de la capacité de travail de la recourante, à savoir selon l'expert pleine et entière entre avril et décembre 2018 (découverte du cancer, puis traitement par chimiothérapie), puis 60% dès janvier 2019, elle s'avère également concluante au vu des limitations fonctionnelles décrites par l'expert et tient suffisamment compte de la fatigue de l'assurée (dos. AI 243.3/8). Le rapport d'expertise, dans son volet dédié à la médecine interne générale, est ainsi convaincant et n'a d'ailleurs, à juste titre, pas été contesté.

6.3.2 D'un point de vue rhumatologique ensuite, l'expert a établi un status rhumatologique complet en ciblant ensuite son évaluation médico-assécurologique sur les douleurs éprouvées par l'assurée (douleurs neuropathiques, aux deux épaules, au genou gauche ou encore douleurs diffuses). Au terme de son examen clinique, le spécialiste en rhumatologie a constaté que les plaintes décrites par la recourante étaient cohérentes avec le diagnostic de fibromyalgie. Il n'a toutefois observé aucun signe de pathologie rhumatologique inflammatoire. Pour le surplus, il a relevé que les limitations n'étaient pas uniformes et que l'assurée était capable d'effectuer de nombreuses tâches et activités dans la journée (dos. AI 243.4/8). Sur la base de ces dernières observations médicales et en tenant également compte des ressources internes et externes de la recourante, de même que des (importants) facteurs extra somatiques, l'expert a retenu une pleine et entière capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il a néanmoins admis une incapacité de travail totale du 6 février au 6 mai 2020 en raison de l'intervention chirurgicale de l'hallux valgus au pied gauche, puis du 31 mars au 30 avril 2021, du fait de la seconde intervention sur les ongles des deux gros orteils (dos. AI 243.4/9). Le profil d'exigibilité a été décrit par le spécialiste en rhumatologie comme étant une activité excluant des efforts de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol, le porte-à-faux du buste ou encore les efforts du membre supérieur gauche au-delà de la ligne des épaules. Le port de

charges proche du corps à 5 kg et les marches et les piétinements prolongés doivent être limités. L'expert a finalement recommandé un changement de position régulier (dos. AI 243.4/9). L'activité adaptée définie par l'expert est cohérente au vu des (faibles) restrictions fonctionnelles constatées lors de l'examen clinique et donc pleinement convaincant, ce qui n'est du reste pas contesté par l'assurée.

6.3.3 En ce qui concerne finalement l'aspect psychiatrique, l'expert de cette discipline a procédé avec soin à un examen clinique, puis a répertorié l'ensemble des appréciations médicales (sur le plan psychiatrique) au dossier médico-asséurologique de l'assurée avant de discuter les diagnostics topiques. Dans ce cadre, l'expert a retenu le diagnostic, sans influence sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, en rémission (ch. F33.4 CIM-10). Pour étayer celui-ci, il a notamment relevé l'absence de tristesse, d'humeur dépressive, d'angoisses ou d'idées noires, mais la seule présence d'un manque de confiance en soi ou d'inutilité ainsi qu'une tendance à se dévaloriser (dos. AI 243.2/5 et 6). Cette appréciation rejoint pour l'essentiel les conclusions du psychiatre traitant qui, dans son rapport du 4 novembre 2021, avait également mis en évidence une baisse chronique d'estime de soi (dos. AI 202/8) et avait ainsi conclu à la reconnaissance d'un trouble dépressif récurrent, en rémission partielle (dos. AI 202/9). En outre, l'expert a expliqué les raisons pour lesquelles il se distancie des diagnostics de troubles de l'attention sans hyperactivité survenant dans l'enfance et l'adolescence (ch. F98.8-005 CIM-10) et de personnalité obsessionnelle compulsive (ch. F60.7 [recte: F60.5] CIM-10) pourtant retenus par le psychiatre traitant dans son rapport du 4 novembre 2021 (dos. AI 202/9). C'est ainsi qu'il a indiqué que l'expertisée ne relatait pas de pensées imposées, ni de rituels et qu'elle n'avait pas non plus signalé souffrir de trouble obsessionnel compulsif (TOC). Si l'assurée a, certes, mentionné qu'elle aimait accumuler des objets de décoration et éprouvait une certaine difficulté à s'en séparer (dos. AI 243.2/5), force est d'admettre avec l'expert que celui-ci n'a pas constaté, lors de l'entretien approfondi, de symptômes répertoriés à ce titre dans la CIM-10 (notamment absence de doute ou prudence excessive, de perfectionnement qui entraverait l'achèvement des tâches, ni de scrupulosité ou méticulosité extrême ou encore absence de rigidité ou

d'entêtement; dos. AI 243.2/5 et 8). Quant au diagnostic de trouble de l'attention, l'expert l'a écarté au motif qu'il n'avait décelé, au cours de l'entrevue, aucun trouble cognitif (dos. AI 243.2/8). Cette conclusion est en adéquation avec le ressenti subjectif de la recourante. Celle-ci a en effet indiqué, en cours de discussion, n'avoir souffert d'aucun trouble de la concentration ou de la mémoire (dos. AI 243.2/5). Certes, un déficit d'attention, de la concentration ou de la mémoire a été perçu chez la recourante par les spécialistes en neurologie (voir c. 5.3.3; dos. AI 193/3), par les médecins en charge de l'assurée durant son hospitalisation en clinique de réadaptation pour troubles psychosomatiques (c. 5.3.5; dos. AI 207/4) ou lors du séjour en clinique de jour d'un neurocentre (c. 5.3.6; dos. AI 239/3). Ces spécialistes l'ont toutefois associé au diagnostic de trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques à caractère fibromyalgique (voir notamment c. 5.3.3; dos. AI 193/3 et 239/3) et n'en ont tiré aucune conclusion quant à d'éventuelles restrictions fonctionnelles. L'écrit du 14 décembre 2022 du psychiatre traitant (voir c. 5.3.8), postérieur au rapport d'expertise du 16 août 2022, n'est pas non plus de nature à remettre en cause l'appréciation de l'expert. En particulier, il ne peut être reproché à ce dernier de ne pas avoir tenu compte des variations possibles de comportement des personnes souffrant d'un trouble de l'attention (critique formulée par le psychiatre traitant; voir dos. AI 267/23). En effet, quand bien même l'atteinte n'a pas été constatée lors de l'examen clinique, l'expert a relevé que celle-ci pouvait survenir en cas de stress ou de fatigue (dos. AI 243.2/5). Il a également tenu compte de l'aggravation de cette problématique à la suite du cancer (dos. AI 243.2/5; voir art. 2 p. 8 du recours). En outre et contrairement au psychiatre traitant, l'expert n'a pas mis en évidence de symptômes relatifs à ce trouble. Il a plutôt mentionné un discours cohérent, l'absence d'atteinte formelle de la pensée ou encore une bonne orientation dans le temps (dos. AI 243.2/5). Fort de ces constats et en dépit d'une légère dyscalculie observée (dos. AI 243.2/4), le spécialiste en psychiatrie n'a pas jugé nécessaire de procéder à une évaluation neuropsychologique (dos. AI 243.2/9). Quoi qu'en pense l'intéressée (art. 2 p. 6 du recours), l'expert ne s'est pas contenté de constater l'absence de troubles cognitifs pour exclure le diagnostic de trouble de l'attention. Il a, au contraire, pris soin d'examiner les éléments apportés par le psychiatre traitant dans un rapport du 2 août 2022 (dos. AI

243.2/6). En particulier, il a critiqué la force probante des conclusions d'un test WURS-25 sur lesquelles le psychiatre traitant s'est notamment fondé pour évaluer les troubles de l'attention de l'expertisée. L'expert a, d'une part, relevé que ce test consistait en une simple auto-évaluation. D'autre part, il a observé que les conclusions de ce questionnaire n'étaient pas étayées et ne reflétaient pas le résultat de l'examen clinique auquel il était parvenu. Quant à l'évaluation TAP, également évoquée par le psychiatre traitant dans son rapport du 2 août 2022, le spécialiste en psychiatrie l'a également réfutée de façon cohérente, au motif que celle-ci ne comportait aucune conclusion et qu'il était dès lors impossible d'en déduire un impact sur la capacité de travail de l'assurée (dos. AI 243.2/6). La question de savoir si la fatigue de l'expertisée avait une influence sur les performances cognitives a également fait l'objet d'examens et cette hypothèse a été écartée par l'expert. Ainsi, celui-ci a rapporté avoir observé une fatigue très légère pendant son propre examen, alors même que l'assurée avait été auditionnée auparavant pendant près de deux heures par l'expert en médecine interne générale (dos. AI 243.2/6). Le spécialiste en psychiatrie est d'autant plus crédible qu'il n'a pas minimisé la fatigue de l'assurée, en particulier celle engendrée par les insomnies (dos. AI 243.2/6). Il a néanmoins conclu qu'elle n'était pas liée à un état dépressif et donc pas de nature psychiatrique (dos. AI 243.2/9). A noter encore que, pour contrer cette appréciation médicale et asseoir la thèse d'une fatigue invalidante, le psychiatre traitant, dans son rapport du 14 décembre 2022 (voir c. 5.3.8), s'est appuyé sur des critères de classification de la "Fatigue Coalition" (dos. AI 267/24) et non sur les indices habituels de la CIM-10. Ce même médecin a par ailleurs admis qu'il n'existait, pour le moment, aucun critère de classification s'agissant de la fatigue associée à un cancer (dos. AI 267/24). Dans ces conditions, on ne saurait reprocher à l'expert d'avoir exclu tout diagnostic avec influence sur la capacité de travail en lien avec la fatigue ressentie par l'assurée sur la base des symptômes de la CIM-10 (dos. AI 243.2/9). Finalement, l'expert psychiatre a minutieusement analysé et commenté les résultats des tests produits par le psychiatre traitant, puis les a confrontés à son propre examen clinique. Il a encore conclu, de façon logique, qu'en tout état de cause et même si un diagnostic de trouble de l'attention devait être retenu, aucune limitation fonctionnelle n'avait été constatée ou alléguée par le psychiatre traitant (dos. AI 243.2/6). A cet

égard, la recourante ne peut rien non plus tirer en sa faveur du rapport du 14 décembre 2022 de son psychiatre traitant (voir c. 5.3.8), dans la mesure où celui-ci n'y a pas non plus décrit de limitations fonctionnelles, ni leurs éventuelles ampleurs (dos. AI 267/24). Par conséquent, les conclusions de l'expert relatives aux diagnostics sont logiques, compréhensibles et convaincantes. S'appuyant sur ses propres observations, l'expert a entre autres relevé que la recourante ne présentait pas de troubles formels de la pensée ou du langage et qu'elle s'exprimait dans un discours cohérent (dos. AI 243.2/5). Il n'a donc constaté aucune limitation fonctionnelle au motif psychiatrique. En l'absence de telles restrictions, la pleine et entière capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, retenue par l'expert, n'est pas critiquable (dos. AI 243.2/9).

6.3.4 Finalement, l'évaluation consensuelle livre une appréciation coordonnée des atteintes concernées et de leurs répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Les experts y ont notamment confronté leurs divergences au sujet de la fatigue multifactorielle ressentie par l'assurée. Ainsi, au terme de leur consensus, les experts ont nié l'impact de la fatigue sur les capacités cognitives de l'intéressée (dos. AI 243.1/7). Ils l'ont toutefois prise en compte comme facteur de réduction de la capacité de travail (dos. AI 243.1/7). C'est également de manière probante qu'ils se sont mis d'accord sur une incapacité totale de travail quelle que soit l'activité exercée d'avril à fin décembre 2018, puis une capacité de travail de 60% dès janvier 2019 (sur le plan de la médecine interne générale). Ils ont également retenu une incapacité totale de travail dans l'activité adaptée du 6 février au 6 mai 2020 et du 31 mars au 30 avril 2021, d'ordre rhumatologique (dos. AI 243.1/6). Le profil d'exigibilité défini par les experts à l'issue de leur évaluation consensuelle, est en pleine adéquation avec les restrictions fonctionnelles mises en évidence dans chacun des volets de l'expertise pluridisciplinaire (voir c. 6.3.1 à 6.3.3).

6.3.5 Par conséquent, il faut conclure que l'expertise pluridisciplinaire du 16 août 2022 s'avère claire, convaincante et complète. Elle répond aux critères posés par la jurisprudence (c. 6.1) pour lui accorder une pleine valeur probante, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'entreprendre ou d'ordonner des investigations médicales supplémentaires qui n'apporteraient rien de

nouveau au dossier déjà suffisamment instruit. Cette conclusion s'impose tant pour les aspects spécifiquement médicaux de l'expertise, que pour la proposition qui y est formulée relative à l'estimation de la capacité de travail et de son évolution. Par le fait d'avoir évalué les déficits fonctionnels sur une base objectivée, les experts mandatés par l'intimé ont en effet respecté le cadre normatif déterminant (art. 7 al. 2 LPGA; voir c. 2.3). Tout d'abord, force est de constater que l'expert psychiatre n'a pas retenu de motifs d'exclusion et partant, d'arguments en faveur d'une simulation ou d'une majoration systématique des symptômes. Ensuite, le degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte a notamment été évalué en tenant compte de la rémission du trouble dépressif récurrent ou encore au vu de l'absence du diagnostic de trouble de l'attention ou d'éléments de personnalité obsessionnelle (voir c. 6.3.3). Les ressources de l'assurée ont également été énumérées et prises en considération par l'expert. Celui-ci a notamment évoqué la capacité de l'expertisée à s'adapter à des règles de routine, à planifier et structurer les tâches. La flexibilité ou la capacité de changement et de mobiliser les compétences et les connaissances ont également été mises en évidence par l'expert. Il a encore noté l'aptitude de l'intéressée à prendre des décisions ou la capacité de résistance et d'endurance intacte (voir dos. AI 243.2/8). Fort de ces indicateurs positifs, le spécialiste en psychiatrie a relativisé les plaintes de la recourante eu égard aux diverses activités menées par celle-ci quotidiennement (notamment promenades, piscine ou fitness, déplacements à vélo ou en train, rencontres avec des amis, visites d'expositions). Il a également mentionné les nombreux centres d'intérêts de l'assurée (photographie, expositions, bricolage, culture; dos. AI 243.2/4 et 7). L'expert a encore pris en considération l'entourage, bien présent, de l'assurée (concubinage stable et cercle d'amis élargi; dos. AI 243.2/4). Au titre des difficultés, le même expert a décelé chez l'expertisée un sentiment d'infériorité et d'inutilité ou encore une tendance à se dévaloriser (voir c. 6.3.3). Dès lors, au vu de l'examen méticuleux et détaillé des indicateurs par l'expert psychiatre, les conclusions de celui-ci, qui considère que l'assurée dispose d'une pleine capacité de travail sous l'angle psychiatrique, apparaissent convaincantes également d'un point de vue juridique.

6.3.6 Il y a donc lieu de retenir, à l'instar des experts dans leur évaluation consensuelle, que l'assurée a présenté une incapacité totale de travail dans une activité adaptée d'avril à fin décembre 2018, puis une capacité de travail de 60% dès janvier 2019. Une incapacité totale de travail dans l'activité adaptée du 6 février au 6 mai 2020, puis du 31 mars au 30 avril 2021 doit finalement être admise (dos. AI 243.1/6).

7.

Il convient ensuite de s'intéresser aux conséquences juridiques de ce qui précède sur le calcul de l'invalidité.

7.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant 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).

7.2 En l'espèce, le droit à la rente est né le 1^{er} avril 2019 et non le 1^{er} mars 2019 comme l'a retenu à tort l'intimé dans la décision attaquée. Il ressort en effet du dossier que l'assurée a déposé auprès de l'intimé une demande de moyens auxiliaires du 10 juillet 2018 (dos. AI 108/1), une communication de détection précoce du 25 septembre 2018 (dos. AI 115/1)

et une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et rente) du 10 octobre 2018 (dos. AI 124/1). Dans ce dernier document, elle a mentionné une incapacité de travail à partir du 22 mars 2018, date confirmée par le dossier de l'assureur perte de gain en cas de maladie, par les rapports d'un centre hospitalier (dos. AI 125/1), par un écrit de la spécialiste en gynécologie traitante (dos. AI 129.2/12 et 129.2/14) et par le questionnaire de l'employeur (dos. AI 130/5). Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a fait valoir son droit aux prestations, conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon cette dernière disposition, la date déterminante est celle à laquelle le formulaire de demande de prestations a été remis à la Poste, la date du cachet postal faisant foi (art. 29 al. 1 LPGA; voir aussi TF 8C_145/2019 du 3 juin 2020 c. 6.4.2, 9C_573/2017 du 23 janvier 2018 c. 5 et les références). En l'espèce, si le délai d'attente d'une année dès le début de l'incapacité de travail moyenne d'au moins 40% était arrivé à échéance le 22 mars 2019 (art. 28 al. 1 let. b LAI; dos. AI 129.2/12; voir c. 5.3.1), force est de constater que ce n'est toutefois qu'en avril 2019 que le délai de carence découlant de l'art. 29 al. 1 LAI était quant à lui écoulé. A ce titre, il apparaît qu'aucun indice ne permettait à l'intimé de déceler qu'une rente pouvait entrer en considération avant le dépôt, le 10 octobre 2018, de la demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et rente). Ni le formulaire relatif aux moyens auxiliaires (octroi d'une perruque) du 10 juillet 2018, ni la communication de détection précoce du 25 septembre 2018 ne contenaient de certificat médical propre à attester une éventuelle incapacité de travail (dos. AI 108/1 et 115/1; voir TF 9C_376/2017 du 30 octobre 2017 c. 3.3.2 a contrario). Quoi qu'il en soit, l'année de référence pour procéder à la comparaison des revenus est 2019. Les modifications dans la capacité de travail consécutives aux deux interventions chirurgicales aux pieds (hallux valgus, puis opération sur les ongles des gros orteils) constatées par les experts entre le 6 février et le 6 mai 2020, respectivement du 31 mars au 30 avril 2021, n'impliquent, quant à elles, aucune modification du droit aux prestations (voir art. 88a du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201] a contrario).

7.3 C'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour évaluer le revenu hypothétique sans handicap de l'assurée. En effet, la pratique qui veut que le revenu de personne valide doit en règle générale être calculé sur la base du dernier salaire gagné par la personne assurée (en l'adaptant cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires réels) ne trouve application que s'il peut être établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le dernier gain perçu aurait continué d'être réalisé. Si tel n'est pas le cas parce que la perte d'emploi a eu lieu pour des raisons étrangères à l'invalidité, le salaire de valide doit être déterminé sur la base de valeurs statistiques moyennes (TF 8C_260/2020 du 2 juillet 2020, in: SVR 2020 IV n° 71 c. 4.1.2 et les références). Or, en l'espèce, le dernier employeur a mis fin aux rapports de travail au 31 mars 2021 pour des raisons économiques (dos. AI 197.4/1). Il apparaît ainsi que la recourante a perdu son emploi pour des motifs étrangers à l'invalidité, si bien qu'on ne peut admettre qu'elle aurait poursuivi ce travail sans atteinte à la santé.

7.4 Dans la mesure où la recourante n'exerçait pas d'activité correspondant au profil d'exigibilité susmentionné au moment de la décision contestée, il y a lieu de se fonder, s'agissant du revenu avec invalidité, sur la même base de données statistiques. Dans ce cas, une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalidité est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 c. 3a, 107 V 17 c. 2d, 104 V 135 c. 2b; SVR 2019 BVG n° 16 c. 4.4.2). En l'espèce, le pourcentage à prendre en considération pour le revenu d'invalidité correspond à l'incapacité de travail déduite de l'appréciation des experts, qui a été jugée probante (40%, voir c. 6.3.6), puisque les revenus à comparer avec et sans invalidité procèdent des mêmes données salariales. Il en résulte un droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2019. Il convient ainsi de réformer la décision de l'intimé du 14 mars 2023 au détriment de la recourante (comme elle en a été avertie par ordonnance du

12 janvier 2024), en ce sens qu'un quart de rente d'invalidité lui est octroyé dès le 1^{er} avril 2019.

8.

8.1 Par conséquent, le recours est mal fondé et doit être rejeté.

8.2 Aux termes de l'art. 61 let. f^{bis} LPGA en lien avec l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, la procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumis à des frais judiciaires. Par conséquent, la recourante, qui n'obtient pas gain de cause, doit prendre à sa charge les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.- (art. 108 al. 1 LPJA) et n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario et art. 104 LPJA).

8.3 La recourante a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice.

8.3.1 Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

8.3.2 Au vu de la situation de vie de la recourante (en colocation; voir notamment ATF 138 III 97 c. 2.3.2; TF 5A_601/2017 du 17 janvier 2018 c. 6.3.2.1, 5A_724/2016 du 19 avril 2017 c. 4.3) et des pièces produites à l'appui de sa requête d'assistance judiciaire, la mise en balance des revenus mensuels à prendre en considération aboutit à un solde négatif de Fr. 660.45. En effet, les revenus se montent à Fr. 2'379.75 (indemnités de chômage moyennes de Fr. 1'929.75.- et rente AI de Fr. 450.-, voir pièces justificatives [PJ] 14 et 38). Les charges mensuelles peuvent quant à elles être admises à hauteur de Fr. 3'040.20, composées du montant de base pour personne en concubinage de Fr. 850.- (Fr. 1'200.- sous déduction d'un montant maximal de Fr. 350.-), augmenté de 30% (Fr. 255.-), du loyer

avec frais accessoires (Fr. 761.35, voir PJ 15 et 16), des primes d'assurance-maladie obligatoire (Fr. 440.20 selon la dernière police, voir PJ 36), des frais médicaux non couverts (Fr. 181.60/mois [Fr. 1'751.55 + 427.95], voir PJ 19 et 22; let. C ch. 2 let. c de la Circulaire n° 1 du 25 janvier 2011 de la section civile de la Cour suprême et du Tribunal administratif, disponible sur le site internet du TA, rubriques: Thèmes/Frais/Assistance judiciaire; ci-après: Circulaire n° 1) ainsi que des impôts dont le paiement régulier a été établi (Fr. 552.05/mois; PJ 31; let. C ch. 2 let. g de la Circulaire n° 1 et les références). Bien que la recourante dispose d'un solde bancaire de Fr. 842.11 (PJ 33), on ne saurait exiger d'elle qu'elle entame sa fortune, puisqu'il s'agit d'économies de peu d'importance, qu'elle réalise de faibles revenus et qu'elle est contrainte d'entamer sa fortune pour subvenir à son entretien (let. F Circulaire n° 1). Au vu de ce qui précède, la recourante n'est pas en mesure, selon la pratique en matière d'assistance judiciaire, d'économiser, même sur un an, la somme nécessaire au règlement des frais de la présente procédure. En plus de la condition formelle de l'indigence qui apparaît dès lors réalisée, il doit être également admis que les chances de succès du recours ne pouvaient être d'emblée niées (ATF 140 V 521 c. 9.1; SVR 2021 ALV n° 13 c. 8.1). La requête peut dès lors être admise et la recourante mise au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure. Ceux-ci, à hauteur de Fr. 800.-, sont ainsi provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire.

8.3.3 La recourante doit néanmoins être rendue attentive à son obligation de remboursement si elle devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 112 al. 2 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. La décision de l'Office AI Berne du 14 mars 2023 est réformée au détriment de la recourante, en ce sens qu'un quart de rente d'invalidité lui est octroyé dès le 1^{er} avril 2019.
3. La requête d'assistance judiciaire (limitée aux frais) est admise.
4. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
5. Il n'est pas alloué de dépens.
6. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la recourante, par sa mandataire,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,
 - à C._____.

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).