

200.2023.473.AI
N° AVS
ANP/EGC

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

Jugement du 15 mai 2024

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président
G. Zürcher et A.-F. Boillat, juges
P. Annen-Etique, greffière

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 17 mai 2023



En fait:

A.

A. _____, née en 1989, employée de commerce, a travaillé à 100% en cette qualité à compter d'août 2011. Peu avant la perte de son emploi à fin juillet 2012, elle s'est annoncée à l'assurance-invalidité (AI) en juin 2012 en vue de mesures professionnelles et d'une rente. A l'appui de cette demande retirée en juillet 2012, l'assurée invoquait une dépression datant de janvier 2012. Après son licenciement pour fin mai 2014 d'un emploi débuté en septembre 2013, elle a déposé courant avril 2014 une nouvelle demande AI motivée par des crises d'angoisse remontant à fin septembre 2013. Par décision du 26 septembre 2014, l'Office AI Berne a rejeté cette demande, le droit à la rente n'ayant pas pu prendre naissance. En faisant mention de troubles anxieux et dépressifs (dès janvier 2012) et d'un côlon irritable (apparu en juin 2015), l'assurée s'est une nouvelle fois annoncée auprès de l'AI, à fin juin 2018. A compter d'avril 2019, elle a bénéficié de mesures professionnelles ayant abouti à son engagement à 50% dès le 1^{er} avril 2021 à un poste à durée déterminée. Par communication du 10 février 2021, l'Office AI a ainsi refermé son dossier d'aide au placement (cette aide s'étant en réalité poursuivie jusqu'à fin mars 2021).

B.

Sur le plan médical et à réception de la troisième demande AI, l'Office AI s'est enquis de l'avis de services psychiatriques auprès desquels l'assurée était alors admise en mode semi-stationnaire (avis actualisé et complété par un bilan neuropsychologique). Il a en outre obtenu l'appréciation du généraliste traitant (à laquelle étaient joints des comptes rendus d'investigations neurologiques et gastroentérologiques), ainsi que celle d'un psychiatre traitant. Sur recommandation du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), le même office a diligenté une expertise bidisciplinaire (médecine interne générale et psychiatrie), non datée et réceptionnée par lui le 24 juin 2022, ainsi que complétée par une évaluation neuropsychologique du 21 juin 2022. Par préavis du 28

décembre 2022, l'Office AI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de rente. Le 2 février 2023, celle-ci s'y est opposée à l'aide d'une avocate active au sein d'une organisation de défense des intérêts des personnes avec handicap. A l'appui de ses objections, elle a produit un rapport des services psychiatriques en charge de son suivi et une prise de position de son employeur. L'experte psychiatre mandatée lors de l'expertise bidisciplinaire s'est prononcée sur ces éléments dans un rapport complémentaire du 5 avril 2023. Par décision du 17 mai 2023, l'Office AI a statué dans le sens annoncé dans son préavis.

C.

Par envoi du 20 juin 2023, l'intéressée, assistée d'un nouveau mandataire au sein de la même organisation, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite des frais et dépens, elle conclut à l'annulation de la décision rendue le 17 mai 2023 par l'Office AI, principalement au constat de ses droits aux prestations de l'AI et, à titre subsidiaire, au renvoi du dossier à cet office pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans sa réponse du 19 juillet 2023, l'intimé conclut au rejet du recours, ainsi qu'à ce que la recourante supporte les frais de procédure et ne se voie pas allouer de dépens. L'assurée a répliqué le 28 juillet 2023 en maintenant ses conclusions, puis son mandataire a produit sa note d'honoraires en date du 7 août 2023. Tout en confirmant ses conclusions, l'intimé a renoncé par courrier du 15 août 2023 à déposer une duplique. Il s'est encore prononcé le 9 octobre 2023 sur deux nouveaux rapports médicaux transmis au Tribunal par la recourante en date du 25 septembre 2023; cette dernière a pris position sur ce courrier le 16 octobre 2023.

En droit:

1.

1.1 La décision du 17 mai 2023 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et rejette la demande de rente de l'assurée. L'objet du litige porte, quant à lui, sur l'annulation de cette décision, principalement, sur l'octroi d'une rente à l'assurée et, à titre subsidiaire, sur le renvoi du dossier à l'intimé pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision. A toutes fins utiles, on précisera que la conclusion en constat formulée dans le recours doit être comprise comme une conclusion formatrice tendant à l'octroi de prestations d'invalidité (voir JTA AI/2023/13 du 13 août 2023 c. 1.2). Elle ne pose ainsi pas de problème de recevabilité, que ce soit quant à l'intérêt digne d'être protégé qui devrait justifier une véritable conclusion en constat (art. 49 al. 2 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]) ou sous l'angle du principe de la subsidiarité des décisions de cette nature (ATF 122 V 28 c. 2b).

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss 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 art. 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 art. 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 La modification du 19 juin 2020 de la LAI (développement continu de l'AI; FF 2020 5373 ss) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou au moment de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 148 V 162 c. 3.2.1, 144 V 210 c. 4.3.1). Au cas particulier, dans la mesure où un éventuel droit à une rente pourrait prendre naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle a été introduite la demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI) et que l'assurée a déposé sa demande à fin juin 2018 (dossier [dos.] AI 28/11), les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables au présent litige.

2.2 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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 D'après l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'ancien (anc.) art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021; RO 2007 5129), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.4 Selon l'art. 28 al. 1 let. a LAI, a droit à une rente seulement 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. Ces prestations de rente ne sont octroyées que lorsque l'assuré ne peut pas être réadapté ou ne peut l'être que de manière insuffisante. Le droit à la rente n'existe pas aussi longtemps que les mesures de réadaptation sont en cours (ATF 148 V 397 c. 6.2.4, 126 V 241 c. 5, 121 V 190; VSI 2001 p. 148 c. 3b).

2.5 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 (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).

2.6 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).

2.7 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 et sa réponse au recours, l'intimé reconnaît une entière valeur probante à l'expertise bidisciplinaire de juin 2022, compte tenu également des éclaircissements apportés le 5 avril 2023 par l'experte psychiatre. Ce faisant, il dénie la nécessité d'ordonner un complément d'expertise. Pour le surplus, l'intimé rappelle que les données médicales l'emportent en principe sur les constatations qui peuvent être faites lors d'un stage professionnel. D'après lui, les observations émises par l'employeur ne divergent qui plus est pas considérablement de celles des experts mandatés, la diminution de rendement retenue en sus par celui-ci s'expliquant par le comportement dit "d'apprenti" (sic) de l'assurée. Sur ces bases, l'intimé considère qu'après une incapacité de travail entière de juin 2018 à février 2019, la recourante a recouvré une capacité de travail à 50% dès mars 2019, qui a augmenté progressivement jusqu'à atteindre 100% à l'échéance des mesures de réadaptation le 12 février 2021 (en réalité à fin mars 2021). Cela étant, l'intimé exclut qu'un droit à une rente ait pu prendre naissance à cette date.

3.2 A l'appui de son recours et de sa réplique, l'assurée fait grief à l'intimé d'avoir violé son devoir d'instruction par le fait de ne pas avoir fait évaluer correctement sa capacité de travail résiduelle. Selon elle, en dépit des nouveaux rapports médicaux produits en procédure de préavis, l'experte psychiatre s'est contentée de réaffirmer ses conclusions initiales. La recourante souligne que la capacité de travail entière dès avril 2021 retenue à l'issue de cette évaluation psychiatrique était pourtant assortie de réserves quant à la réapparition possible de périodes d'incapacité de travail en cas de surcharge émotionnelle ou professionnelle. Or, selon elle, une telle éventualité s'est produite entre juin et décembre 2022, sans que l'experte psychiatre n'ait pour autant jugé utile de la réexaminer. L'assurée juge cette façon de procéder d'autant plus problématique que tant les services psychiatriques traitants que son employeur convergent à ne lui reconnaître qu'une capacité de travail limitée à 30-40%. Selon elle, ces divergences par rapport à l'avis des experts auraient dû être confrontées par l'intimé et, au besoin, levées par un complément d'instruction.

4.

Dès l'abord, on précisera que la procédure liée au dépôt d'une nouvelle demande de prestations d'invalidité n'est pas applicable à l'annonce de l'assurée à l'AI intervenue à fin juin 2018. Certes, cette demande fait suite à une précédente annonce de celle-ci à l'AI courant avril 2014 (après le retrait d'une première demande déposée en juin 2012), qui a abouti à une décision de refus de rente en date du 26 septembre 2014, entrée en force. Par cette décision, l'intimé n'avait toutefois rejeté la demande de prestations qu'au motif qu'un droit à la rente n'avait pas pu prendre naissance en raison d'une capacité de travail entière recouvrée par la recourante avant l'échéance du délai d'attente (voir dos. AI 26/1). Ce rejet ne reposait dès lors pas sur un examen matériel complet du droit à la rente et ne comprenait en particulier ni une constatation des faits (médicaux) pertinents, ni une appréciation des preuves, ni encore une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 130 V 343 c. 3.5.2, 125 V 368 c. 2; SVR 2010 IV n° 53 c. 3.1). Il s'ensuit qu'une base temporelle fait défaut à l'époque concernée en vue d'un examen comparatif avec la situation en

vigueur au moment de la décision contestée du 17 mai 2023 (voir en ce sens: TF 8C_519/2007 du 10 septembre 2008 c. 4 et VGE IV/2020/614 du 8 juin 2021 c. 3.2 in fine, IV/2008/69224 du 26 septembre 2008 c. 3.1).

5.

5.1 En procédure de recours, l'assurée a produit le 25 septembre 2023 deux rapports médicaux établis les 8 et 18 septembre 2023 par les services psychiatriques traitants (dos. recourante [rec.] 3 et 4). En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie la légalité de la décision attaquée d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, à moins que les nouveaux rapports médicaux invoqués soient de nature à influencer sur l'appréciation au moment où la décision attaquée a été prononcée (ATF 148 V 21 c. 5.3 et les références; SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Au présent cas, faute de remplir l'éventualité prédécrite, aucun de ces rapports médicaux rédigés après la décision contestée du 17 mai 2023 ne peut être pris en compte dans l'appréciation des preuves. Pour le surplus, il ressort du dossier les principaux éléments de fait suivants.

5.2

5.2.1 Un suivi psychologique a été initié durant l'enfance (environ à la 3^{ème} année d'école primaire de l'assurée) en raison de crises d'angoisse. Toujours pendant sa scolarité obligatoire (aux alentours de sa 7^{ème} année d'école secondaire), la recourante a présenté de nouvelles crises d'angoisse, sans instauration d'un suivi spécialisé. Sur le plan somatique, une hospitalisation de dix jours liée à une pneumonie est en outre rapportée durant la scolarisation au niveau secondaire (dos. AI 151.1/24). L'assurée a par ailleurs fait l'objet d'une ostéosynthèse bilatérale pour hallux valgus en 2005 et se plaint d'acouphènes ainsi que de troubles cognitifs depuis un traumatisme cranio-cérébral avec amnésie rétrograde en 2006, consécutif à une agression (dos. AI 151.1/35 s.).

5.2.2 Début janvier 2012, l'intéressée a consulté un médecin psychiatre à la suite d'un effondrement psychique avec angoisses et baisse de thymie remontant apparemment à décembre 2011 (dos. AI 3.2/1 s.; 124/3 ch. 2.1;

151.1/35). Le diagnostic d'un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique a alors été posé au sens de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (ch. F32.10 CIM-10). Le psychiatre traitant a attesté à la recourante une incapacité de travail à 50% dès le 5 janvier 2012, à 100% depuis fin janvier 2012, à 80% à compter du 30 avril 2012, à 70% depuis le 14 mai 2012, puis à 60% dès mi-juin 2012 moyennant, semble-t-il, la récupération d'une capacité de travail entière courant juillet 2012 (date du retrait de la première demande AI; dos. AI 3.1/1; 3.2/3; 14; 151.1/35).

5.2.3 En lien avec un nouvel épisode dépressif, le psychiatre traitant a diagnostiqué à sa patiente une incapacité de travail à 100% du 28 octobre au 30 novembre 2013, à 50% à partir du 1^{er} décembre 2013, puis à 0% depuis le 1^{er} mai 2014 (dos. AI 18/1ss; 20/2; 23/1).

5.2.4 Dès 2015, la recourante s'est plainte de douleurs abdominales qui ont nécessité des investigations médicales et radiologiques (sonographie abdominale, 06.04.2016; œsophago-/gastro-/duodéno-scopie, 16.02.2017; coloscopie, 16.02.2017; scanner de l'abdomen, 13.03.2017; dos. AI 47/10 ss). Un syndrome du côlon irritable a été retenu à leur issue, en l'absence de toute explication neurologique apportée à ces troubles lors d'un examen clinique spécialisé et d'un électroencéphalogramme réalisés en avril 2017 (dos. AI 47/7 ss). Des investigations en août 2016 auprès d'un spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL) ont par ailleurs mis au jour une diathèse atopique et, à l'anamnèse, une réaction urticaire à une ancienne thérapie pour une pneumonie (dos. AI 47/21 s.).

5.2.5 A compter du 1^{er} mars 2018, l'assurée s'est vu attester une incapacité de travail entière à la suite d'un nouvel épisode dépressif. Les services psychiatriques traitants ont diagnostiqué, en date du 19 juillet 2018, un trouble dépressif récurrent remontant à 2011, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (ch. F33.2 CIM-10), ainsi qu'une somatisation (ch. F45.0 CIM-10) datant de 2015. Selon l'évolution de la maladie, ils ont estimé la recourante en principe apte à travailler 2 à 3 heures par semaine dans une activité adaptée à sa fragilité psychique. L'intéressée a été prise en charge en mode semi-stationnaire au sein de

ces services du 1^{er} au 27 mars 2018, puis du 18 juin 2018 au 25 février 2019 (dos. AI 37/2 ss; 124/3). Ses anciens généraliste et psychiatre traitants ont quant à eux précisé, dans des rapports des 22 et 27 août 2018, qu'ils n'étaient pas en mesure d'évaluer la capacité de travail (vu la fin de leurs suivis respectifs à fin avril 2017 et fin février 2018). A titre de diagnostics potentiellement invalidants, le premier évoquait des douleurs abdominales supposément fonctionnelles ainsi qu'un trouble anxieux et le second un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (ch. F32.11 CIM-10; dos. AI 47/2 ss; 48/3 ss).

5.2.6 En date du 28 novembre 2018, les services psychiatriques traitants ont fait état d'une situation stationnaire par rapport à celle établie en juillet 2018 (dos. AI 51/2 s.). A leur appréciation était joint un rapport du 4 septembre (recte: octobre) 2018 d'évaluation de la performance cognitive, examen réalisé le 30 août 2018. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) pratiquée le 28 septembre 2018 et s'étant avérée dans la norme complétait cette évaluation (dos. AI 57/1). Il en ressortait la présence d'un trouble neuropsychologique d'intensité légère à moyenne susceptible de limiter moyennement la capacité fonctionnelle pour des tâches et activités requérant un niveau d'exigences élevé (dos. AI 51/4 ss). Dans un rapport du 10 mai 2021, les mêmes services psychiatriques ont attesté une incapacité de travail entière du 1^{er} mars 2018 au 28 février 2019, puis une tentative avortée d'augmenter progressivement la capacité de travail de 40 à 80% dès le 1^{er} mars 2019. En raison des difficultés de concentration de leur patiente, le rendement était estimé à 50% dans un horaire à 80% (dos. AI 124/3 ss). Ces services psychiatriques ont ensuite attesté une incapacité de travail à 70% du 1^{er} au 30 juin 2022, à 50% du 1^{er} juillet au 3 octobre 2022, à 60% du 4 au 31 octobre 2022, à 100% du 1^{er} au 30 novembre 2022, ainsi qu'à 80% du 1^{er} décembre 2022 au 14 juin 2023 (cette dernière période d'incapacité de travail ayant été attestée le 17 mai 2023, date de la décision litigieuse; dos. AI 155/1; 157/2; 161/2; 163/1-2; 164/2; 165/2; 175/1-3; 177/2; 181/2). Dans un rapport du 26 janvier 2023, les mêmes services ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission partielle (ch. F33.4 CIM-10), une somatisation (ch. F45 CIM-10) et des traits de personnalité anxieuse, dépendante et immature (ch. Z73.1

CIM-10). De leur avis, la capacité de travail était d'au maximum 40% avec un rendement limité à 20-30% dans une activité adaptée (dos. AI 172/7 ss).

5.3

5.3.1 L'expertise bidisciplinaire diligentée par l'intimé s'est déroulée le 14 avril 2022 auprès d'un centre d'expertise médicale. A l'appui de leur évaluation consensuelle livrée en juin 2022, les expertes interniste et psychiatre mandatées n'ont pas diagnostiqué d'atteinte à la santé influençant la capacité de travail. Elles ont exclu la présence de limitations fonctionnelles sévères et durables sur le plan somatique, respectivement, sous l'angle psychique, celle d'une symptomatologie anxio-dépressive importante faute notamment d'une objectivation possible des plaintes de fatigue, de fatigabilité et cognitives exprimées. Les expertes ont ensuite retracé l'évolution de la capacité de travail dans l'activité usuelle adaptée, en attestant dans celle-ci une capacité de travail de 0% de juin 2018 à février 2019, de 50% avec une augmentation progressive à 100% entre mars 2019 et fin mars 2021, puis de 100% dès avril 2021. Selon eux, ces périodes d'incapacité de travail étaient motivées par les seules problématiques d'ordre psychique, en l'absence de toute limitation fonctionnelle jamais encourue sur le plan somatique (dos. AI 151.1/2 ss).

5.3.2 Un rapport d'examen neuropsychologique du 21 juin 2022 se rapportant à des investigations pratiquées les 9 et 20 juin 2022 était joint à l'expertise bidisciplinaire. Il en est ressorti des scores inférieurs à la norme à deux épreuves de mémoire antérograde (les trois autres s'étant avérées régulières), ainsi que des performances à la limite inférieure de la norme à une épreuve de mémoire de travail visuelle. Tout en rappelant le résultat régulier des imageries cérébrales de 2009 (ne figurant pas au dossier) et de 2018 ainsi que celui du status neurologique et de l'électroencéphalogramme d'avril 2017 (voir c. 5.2.4), la neuropsychologue a indiqué que les scores obtenus aux tests de validation de performance ne permettaient pas d'exclure avec certitude des difficultés de mobilisation des ressources cognitives. A supposer selon elle qu'un tel examen soit valide (l'assurée avait échoué à deux tests indépendants) et en faisant abstraction de l'aspect psychiatrique, elle indiquait que le tableau correspondrait à un trouble neuropsychologique minimal (dos. AI 151/44 ss).

5.3.3 Dans une prise de position du 5 avril 2023, l'experte psychiatre mandatée lors de l'expertise bidisciplinaire a confirmé ses conclusions initiales. De son avis, il n'existait pas d'arguments en faveur d'une incapacité de travail de longue durée dès 2011 (dos. AI 176/2 s.).

6.

Se pose la question de la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire et de son rapport complémentaire servant de fondement à la décision de l'intimé.

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 En l'espèce et quant à sa forme, l'expertise de juin 2022 répond aux exigences posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux. Les qualifications des expertes en médecine interne et psychiatrique ne sauraient être critiquées. Après avoir rappelé le contexte de leur mandat, à savoir la nécessité d'évaluer les exigibilités professionnelles suite au dépôt d'une demande de prestations d'invalidité, ces spécialistes ont livré une synthèse complète des pièces médicales et asséurologiques figurant au dossier. Dans les appréciations émergeant à leur spécialité, elles ont ensuite dressé l'anamnèse médicale à partir des données subjectives de l'expertisée, puis ont affiné cette anamnèse par un questionnement axé sur plusieurs thématiques. Cette anamnèse a été notamment complétée par les antécédents médicaux généraux et le rappel des thérapies suivies et, sur le plan somatique, par des anamnèses par système et sociale ainsi que par la restitution de l'environnement familial et du parcours professionnel, respectivement, sous l'angle psychique, par une

anamnèse systématique et par les antécédents familiaux et personnels. Les examens en médecine interne et psychiatrique, qui se sont déroulés le 14 avril 2022, s'articulent par ailleurs autour de paramètres précis et ont été complétés par une évaluation neuropsychologique et des examens de laboratoire. Les résultats de ces observations ont été ainsi arrêtés en pleine connaissance du dossier et sous-tendent par ailleurs tant l'évaluation diagnostique que l'appréciation médico-théorique de la capacité de travail livrées à leur issue. Sous l'angle de cette dernière appréciation, les conclusions des expertes apparaissent étayées et ne laissent pas soupçonner de lacunes lors de leur genèse. Bien plus, l'évaluation consensuelle qui referme leurs investigations en unifie les tenants dans une appréciation finale intégrative tant de l'évolution médicale que des facteurs de contrainte et du potentiel de compensation (ressources) susceptibles de restreindre ou d'amender la capacité de travail. Elle comporte en outre un contrôle de cohérence et de plausibilité des plaintes (dos. AI 151.1/18 s.). Il a été dès lors tenu compte de la grille d'évaluation normative et structurée développée par le TF en cas de troubles psychiques (voir c. 2.5; voir également c. 6.4 ci-après).

6.3 Sous l'angle de son contenu, rien ne justifie non plus de s'écarter de l'expertise bidisciplinaire ni de son rapport complémentaire.

6.3.1 Du point de vue somatique tout d'abord, l'état de santé de la recourante a été appréhendé de manière approfondie au moyen des investigations en médecine interne ordonnées par l'intimé. L'experte désignée pour cette spécialité n'a pas diagnostiqué d'atteinte à la santé influençant la capacité de travail mais a évoqué, sans répercussions sur celle-ci, un syndrome du côlon irritable, des céphalées tensionnelles, une rhinite allergique, un tabagisme, une thrombophilie et un status après une cure de hallux valgus. Sur la base de ce tableau clinique, elle a attesté une capacité de travail entière dans tout type d'emploi, précisant que cela prévalait depuis toujours. Or, cette appréciation apparaît cohérente étant donné que les affections physiques dont s'est principalement plainte l'assurée, à savoir des douleurs abdominales et des céphalées, sont en l'état maîtrisées sous médication idoine – ainsi que l'experte l'a d'ailleurs précisé au terme de son expertise. Le déroulement des journées de la

recourante rend également crédible l'absence de limitations fonctionnelles sous l'angle somatique, dès lors que celle-ci est en mesure d'assumer l'essentiel de ses tâches administratives et du ménage, qu'elle s'adonne à des loisirs réguliers et qu'elle est à même de se déplacer seule avec sa voiture, ainsi qu'en atteste le trajet de 2h20 qu'elle a effectué pour se rendre sur le lieu de l'expertise. Certes, l'intéressée s'est également plainte de fatigue et de fatigabilité auprès de l'experte interniste. Cette dernière a toutefois rappelé qu'aucune origine organique n'avait pu être décelée pour expliquer ces plaintes et a au surplus exclu un syndrome de fatigue chronique. Quant aux difficultés mnésiques également invoquées par la recourante, elles ont été investiguées lors de l'évaluation neuropsychologique de juin 2022 et seront appréciées dans ce contexte-là (dos. AI 151.1/24 ss; 151.1/28 ss). Le rapport d'expertise, dans son volet dédié à la médecine interne, apparaît dès lors cohérent et n'a d'ailleurs pas été contesté dans le recours.

6.3.2 Pour ce qui relève de l'aspect psychique, l'experte mandatée n'a pas non plus diagnostiqué d'atteinte invalidante, mais a rapporté un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (depuis 2011, dernier épisode de 2017 à 2018; ch. F33.4 CIM-10), des somatisations (ch. F45 CIM-10) et des traits de personnalité anxieuse, dépendante et immature (ch. Z73.1 CIM-10). En lien avec la problématique dépressive, cette spécialiste a admis une capacité de travail pour tout emploi de 0% de juin 2018 à fin février 2019, de 50% dès mars 2019 avec une augmentation progressive de ce taux à 100% d'ici fin mars 2021, puis de 100% depuis avril 2021. Elle a fait état d'une évolution favorable du point de vue anxio-dépressif, moyennant par ailleurs aussi une régression des manifestations somatoformes. Aucune décompensation de comorbidités psychiatriques n'a été constatée à la date de son examen et son pronostic a été décrit comme favorable à long terme. Le status psychiatrique qui motive cette conclusion est étayé sous chacune de ses composantes (fonctions cognitives, humeur, troubles de la pensée, troubles de la perception, utilisation de substances, personnalité). Du point de vue cognitif, l'experte a indiqué n'avoir pu objectiver de trouble mnésique au premier plan à défaut de signes cliniques en ce sens, faisant tout au contraire mention d'une mémoire cliniquement adéquate et d'une attention bonne et soutenue tout

au long de l'entretien qui avait duré environ 90 minutes. L'humeur a ensuite été qualifiée de majoritairement euthymique, en l'absence d'un ralentissement psychique, de ruminations, de sentiments de dévalorisation, d'une culpabilité non justifiée, d'une aboulie, d'idéations thanatiques ou auto-agressives ou de toute autre manifestation maniforme. Hormis un discours légèrement logorrhéique, l'experte a par ailleurs indiqué n'avoir pu observer les angoisses ressenties par l'assurée. En tous les cas, elle a exclu la présence d'une anxiété importante, à défaut de manifestations neurovégétatives évocatrices d'un tel trouble, tels que des tremblements, une sudation, une hyperventilation ou une hypervigilance. Au surplus, cette spécialiste a écarté un trouble au niveau de la pensée (en particulier une labilité émotionnelle) et de la perception, une utilisation de substances et a mis en évidence les traits de personnalité immatures, anxieux et dépendants déjà évoqués. Elle a justifié l'absence d'un diagnostic de trouble de la personnalité en raison d'une situation psychique en l'état stable, de difficultés non homogènes dans tous les domaines de la vie et du fait que l'assurée avait une vie sociale active et s'était toujours plu dans son travail. Son évaluation ne prête pas flanc à la critique. Il en va de même de son appréciation de la capacité de travail excluant toute limitation fonctionnelle depuis avril 2021, mais réservant la survenue de périodes d'incapacité temporaire en cas de surcharge émotionnelle ou de travail du fait d'une accentuation des traits de personnalité sous conditions de stress (dos. AI 151.1/36 ss).

6.3.3 Il est vrai que l'expertise bidisciplinaire diverge fortement dans son volet psychique des conclusions émises par les services psychiatriques traitants sous l'angle des limitations fonctionnelles – leurs appréciations respectives convergeant en revanche d'un point de vue diagnostique (à tout le moins depuis le 26 janvier 2023 et sous réserve de la rémission seulement partielle du trouble dépressif récurrent attestée à cette date-là par les services psychiatriques; dos. AI 172/7). Contrairement à ce qui est allégué dans le recours (p. 6 ss), les conclusions retenues par l'experte psychiatre ne sauraient toutefois être considérées comme précaires du fait que celle-ci avait réservé une accentuation des traits de personnalité avec impact temporaire sur la capacité de rendement, en cas d'exposition à un stress trop important. Cette hypothèse avait au demeurant été déjà

évoquée par les services psychiatriques dans leurs conclusions originales de 2018 (dos. AI 51/3 ch. 12). Dans son rapport complémentaire du 5 avril 2023, l'experte psychiatre a chiffré à 20% la baisse de rendement encourue lors des périodes de vulnérabilité passagère. Dans la continuité de son évaluation d'avril 2022 (voir c. 6.3.2), elle a évoqué l'absence d'une décompensation psychique, de troubles neurocognitifs significatifs objectivables et d'une prise régulière de benzodiazépines (connue pour induire de la fatigue et une baisse de la concentration) comme autant d'arguments allant à l'encontre d'une incapacité de travail durable. Sous l'angle de la fatigue, elle a précisé que les tests neuropsychologiques réalisés en 2019 (recte: 2018) et 2022 n'avaient révélé que des restrictions légères et minimales, à défaut par ailleurs de toute problématique psychique ou cognitive mise au jour sur le plan neurologique (dos. AI 176/2 s.; voir aussi c. 5.2.4). Or, les conclusions de cette experte doivent être également validées en ce qui concerne l'aspect neuropsychologique. Les derniers tests réalisés sur ce plan en 2022 n'ont en effet pas permis d'objectiver de limitations fonctionnelles importantes au niveau du raisonnement, de la mémoire immédiate et de travail verbale, des capacités attentionnelles, de la cognition sociale, ainsi que de la fatigabilité. Or, des vœux de l'experte psychiatre, ces tests ne visaient qu'à clarifier ces potentielles restrictions, vu l'absence déjà révélée à l'IRM crânienne du 28 septembre 2018 de toute suite traumatique tardive en lien avec l'agression subie en 2006 et les plaintes mnésiques invoquées dans ce contexte (dos. AI 57/1; 151.1/42). Leur résultat s'inscrit en outre dans la continuité de ceux de 2018, à l'issue desquels avait été proposée une réinsertion professionnelle, au demeurant initiée en avril 2019 et menée à terme (dos. AI 51/6). Loin d'en affaiblir la portée, ces évaluations neuropsychologiques corroborent dès lors les conclusions de l'experte psychiatre excluant la présence d'une atteinte durable à la santé psychique.

6.3.4 S'agissant enfin des évolutions de la capacité de travail attestées par l'experte psychiatre entre juin 2018 et fin mars 2019 (0% de juin 2018 à fin février 2019, puis 50% dès mars 2019 avec augmentation progressive de ce taux à 100% jusqu'à fin mars 2021), celles-ci apparaissent motivées et convaincantes, quoi qu'en dise l'assurée (dos. AI 172/2 ss; voir recours p. 4 ch. 7). L'incapacité de travail à 100% reconnue dès juin 2018 par cette

experte ne recoupe il est vrai qu'en partie les constatations des services psychiatriques traitants dans leur rapport du 10 mai 2021, à l'appui duquel était attestée une incapacité de travail entière dès mars 2018 en lien avec un séjour en mode semi-stationnaire du 1^{er} au 27 mars 2018 (dos. AI 124/3 ch. 1.3 et 2.1). A lire les conclusions originelles du 19 juillet 2018 de ces services psychiatriques reconduites le 28 novembre 2018, il semblerait toutefois que cette incapacité de travail totale n'a été continue qu'à partir du 18 ou 19 juin 2018, date à laquelle l'assurée a entamé un suivi prolongé en clinique de jour ayant pris fin le 25 février 2019 (dos. AI 37/2 ch. 1.1; 124/3 ch. 2.1). En tout état de cause, la nouvelle annonce à l'AI intervenue en juin 2018 constitue un indice supplémentaire d'une incapacité de travail durable n'ayant débuté qu'à compter de cette période. L'augmentation ensuite progressive des aptitudes de travail de 50 à 100% entre mars 2019 et fin mars 2021 n'est il est vrai, quant à elle, pas suffisamment étayée. Les fluctuations précises de cette capacité de travail sont toutefois sans portée sous l'angle du droit à la rente. Avant de pouvoir justifier d'une incapacité de travail totale d'un an au minimum (dès juin 2019), l'assurée a en effet bénéficié dès avril 2019 de mesures professionnelles qui se sont prolongées jusqu'à fin mars 2021. Or, le droit à la rente ne peut exister aussi longtemps que les mesures de réadaptation sont en cours (voir c. 2.4). Qui plus est, à l'échéance de ces mesures, la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans son emploi usuel adapté, si bien qu'un droit à la rente était également exclu à partir d'avril 2021. En lien avec ce pensum entier reconnu par l'experte psychiatre, on précisera que l'estimation que lui opposent les services psychiatriques n'apparaît guère cohérente. En effet, la capacité de travail de 80% avec un rendement de 50% attestée depuis mars 2019 par ces spécialistes s'appuyait sur les seules déclarations de l'assurée (dos. AI 124/3 ss ch. 1.3 et 3.1 ss). De surcroît, alors que ceux-ci ont estimé le 26 janvier 2023 la problématique dépressive en rémission partielle, partant en amélioration par rapport à l'épisode dépressif sévère diagnostiqué par eux en mai 2021, ils ont sans logique aucune revu à la baisse leur estimation de la capacité de travail offerte et nouvellement chiffré celle-ci à 40% avec un rendement limité à 20-30% (dos. AI 124/4 ch. 2.5; 172/8 s. ch. 3 et 4). Or, se prononçant sur ces exigibilités en réalité calquées sur les observations formulées le 24 janvier 2023 par l'employeur, l'experte psychiatre a précisé dans son

rapport complémentaire du 5 avril 2023 qu'un rendement de 30% tel celui fixé en dernier lieu était bien inférieur à ce qui avait été atteint lors des mesures d'entraînement (à l'endurance et progressif) antérieures au placement à l'essai de l'assurée par l'AI chez cet employeur, puis à l'engagement de celle-ci par ce dernier (dos. AI 176/2). On ajoutera que les données médicales l'emportent de toute façon sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée (TF 9C_323/2018 du 20 août 2018 c. 4.2 et les références).

6.4 Partant, il convient d'admettre au degré de la vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales (ATF 144 V 427 c. 3.2) le caractère probant de l'expertise bidisciplinaire de juin 2022 et de la prise de position complémentaire à celle-ci du 5 avril 2023. Cette conclusion vaut pour les aspects médicaux de l'expertise, mais également pour la proposition qui y est formulée, relativement à l'estimation de la capacité de travail et de son évolution. Par le fait d'avoir évalué les déficits fonctionnels sur une base objectivée, les expertes mandatées par l'intimé ont en effet respecté le cadre normatif déterminant (art. 7 al. 2 LPG; voir c. 2.5). Sous cet angle et sans parler expressément d'incohérence ou d'exagération des symptômes (certaines discordances ayant toutefois été relevées entre ses propres observations et certaines plaintes subjectives exprimées, à savoir les angoisses et la fatigabilité), l'experte psychiatre a tenu compte du potentiel de compensation et des facteurs de surcharge présents chez l'assurée. Au titre de ces derniers, elle a évoqué, comme émanation des traits de personnalité présents, une sensibilité au stress et à la critique, tout en précisant que ceux-ci n'influaient possiblement que temporairement sur la capacité de travail. Du point de vue des capacités, cette spécialiste a fait état d'un réseau amical, familial et soignant soutenant, ainsi que d'une autonomie dans tous les gestes de la vie. Elle a insisté sur le fait que l'assurée avait pu mobiliser à plusieurs reprises ses ressources internes dans le passé, à l'aide notamment d'un soutien psychothérapeutique qui était susceptible d'être intensifié en cas de besoin (l'actuel suivi n'impliquant des consultations que toutes les 3-4 semaines). La proposition de l'experte de reconnaître une portée incapacitante

temporaire (de juin 2018 à fin mars 2021) au trouble dépressif récurrent apparaît pleinement convaincante sous l'angle de l'analyse des indicateurs livrée (dont l'examen détaillé s'avère du reste superflu puisqu'un diagnostic psychiatrique incapacitant n'a pas été retenu, s'agissant de la période concernée par un éventuel droit à la rente, au terme de son évaluation, jugée probante, même au vu des rapports des services psychiatriques traitants; voir ATF 145 V 215 c. 7 et la référence; TF 8C_62/2020 du 22 septembre 2020 c. 4.3). Comme déjà relevé (c. 6.3.4), les périodes d'incapacité de travail antérieures ne débouchent toutefois pas en l'espèce sur une rente d'invalidité limitée dans le temps. Au regard de tout ce qui précède, les conclusions de l'expertise bidisciplinaire s'avèrent dès lors également probantes d'un point de vue juridique. Il n'existe pas non plus d'indices objectifs au dossier qui permettent de douter de la pérennité de cette appréciation à la date de la décision contestée (les rapports médicaux postérieurs à cette date, produits en procédure de recours, pourront cas échéant fonder une nouvelle demande AI; c. 4). Une instruction complémentaire n'a dès lors pas lieu d'être ordonnée par le Tribunal.

7.

En conclusion, le recours doit être rejeté.

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

7.2 La recourante ne peut par ailleurs prétendre au remboursement de ses dépens (art. 69 al. 1^{bis} LAI; art. 61 let. g LPGA; art. 104 al. 1 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, par son mandataire,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

La greffière:

e.r.: A. Mariotti, 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).