

200.2023.768.AI
N° AVS
BEP/EGC

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

Jugement du 2 septembre 2024

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président
G. Zürcher et A.-F. Boillat, juges
Ph. Berberat, greffier

A. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 29 septembre 2023



En fait:

A.

A. _____, née en 1976, mère de deux enfants nés en 2004 et 2008, sans formation professionnelle certifiée, a travaillé en dernier lieu en tant qu'opératrice en horlogerie depuis septembre 2001 dans la même entreprise, tout d'abord à plein temps, puis à un taux d'occupation diminué à 50% depuis le 1^{er} décembre 2013, en raison de problèmes de santé. L'employeur a résilié le contrat de travail de l'intéressée avec effet au 30 septembre 2022. Celle-ci n'a plus exercé d'activité lucrative depuis lors. Par un formulaire daté du 29 octobre 2012, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), en invoquant souffrir de rhumatisme articulaire aigu. Après avoir instruit la demande, l'Office AI Berne, par préavis du 28 janvier 2013, a informé l'assurée qu'il envisageait de la rejeter, faute d'atteinte à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail. Par décision du 13 mars 2013, l'Office AI Berne a confirmé le contenu de son préavis. Dans un jugement du 6 décembre 2013, le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) a admis le recours interjeté par l'assurée contre la décision du 13 mars 2013, annulé cette dernière et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision (JTA AI/2013/363).

B.

Saisi à nouveau du dossier, l'Office AI Berne a recueilli des rapports actuels des médecins traitant l'assurée. Il a aussi organisé une expertise médicale bidisciplinaire en mandatant un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ainsi qu'un spécialiste en médecine physique, réhabilitation et rhumatologie. Sur la base de cette instruction complémentaire, par préavis du 19 janvier 2015, l'Office AI Berne a communiqué à l'assurée qu'il entendait rejeter à nouveau sa demande de prestations. Ce préavis a été confirmé par décision du 3 mars 2015, niant le droit de l'assurée aux prestations de l'AI.

C.

Le 10 décembre 2015, l'assurée a fait parvenir à l'Office AI Berne un rapport d'IRM ainsi qu'un écrit du 24 novembre 2015 de sa psychiatre traitante, demandant un nouvel examen du dossier de sa patiente. L'Office AI Berne a considéré ces pièces comme une nouvelle demande de prestations, qu'il a instruite en rassemblant les avis médicaux les plus récents concernant l'assurée. Appelé à prendre position sur le dossier médical de l'assurée, un spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) a produit son rapport le 8 mars 2017. Sur cette base, nonobstant les objections introduites le 18 avril 2017 par l'assurée contre le préavis de l'Office AI Berne du 21 mars 2017, ce dernier a derechef rejeté la demande de prestations de l'intéressée, par décision du 24 avril 2017.

D.

Le 24 mai 2022, l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur de l'assurée a transmis à l'Office AI Berne une nouvelle demande de prestations en faveur de cette dernière. Dans celle-ci, l'intéressée a indiqué être atteinte de fibromyalgie, de diabète et de troubles du coude et de la main gauches. Saisi de cette demande (reçue le 25 mai 2022), l'Office AI Berne a récolté le dossier médical de l'assureur précité et divers documents des médecins ayant traité l'assurée, de son employeur et du SMR. Une mesure de réinsertion, sous la forme d'un entraînement au travail, a ensuite été organisée dans une institution spécialisée du 21 novembre 2022 au 19 février 2023. La mesure en question a toutefois été interrompue le 25 janvier 2023, l'assurée ayant produit une attestation d'incapacité de travail pour cause de maladie et n'ayant plus donné de nouvelles au-delà du 11 janvier 2023. Après avoir encore recueilli un nouveau rapport de la psychiatre traitante, l'Office AI Berne, suivant la recommandation émise le 3 mars 2023 par un spécialiste du SMR, a diligenté une expertise bidisciplinaire, comprenant les disciplines médicales de la psychiatrie et de la chirurgie de la main. Par décision du

15 mars 2023, l'Office AI Berne a mis fin aux mesures de réadaptation, tout en précisant que le droit à la rente de l'assurée serait examiné. Le rapport d'expertise médicale bidisciplinaire attendu est parvenu à l'Office AI Berne en date du 15 août 2023. Celui-ci a alors informé l'assurée, dans un préavis du 21 août 2023, qu'il entendait nier son droit à des prestations de l'AI. Malgré les objections soulevées le 18 septembre 2023 par l'assurée contre ce préavis, l'Office AI Berne a confirmé son refus par décision du 29 septembre 2023.

E.

Par envoi du 1^{er} novembre 2023, l'Office AI Berne a transmis au TA un recours de l'assurée, posté le 27 octobre 2023, contre la décision du 29 septembre 2023. Elle y a implicitement conclu à l'annulation de cet acte et à l'octroi de prestations de l'AI. Dans son mémoire de réponse du 4 décembre 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours. Par réplique du 18 décembre 2023 et duplique du 22 décembre 2023, les parties ont confirmé leurs conclusions respectives. Le 24 avril 2024, l'intimé a encore transmis au TA un courrier de la recourante accompagné de nouveaux rapports médicaux. Dans sa prise de position du 3 mai 2024, l'intimé a déclaré que ces nouveaux documents déposés par la recourante concernaient des faits intervenus bien après la décision contestée et qu'ils pourraient tout au plus faire l'objet d'une demande subséquente.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 29 septembre 2023 représente l'objet de la contestation, Elle ressortit au droit des assurances sociales et nie tout droit de la recourante à des prestations de l'AI. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et sur l'octroi de

prestations de l'AI. Est particulièrement critiquée par la recourante l'appréciation de sa capacité de travail par l'expertise médicale du 15 août 2023, sur laquelle s'est basé l'intimé pour rendre sa décision.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes minimales prescrites (étant rappelé qu'il n'y a pas lieu de se montrer trop sévère pour juger de la recevabilité des recours déposés par des personnes non versées dans le droit; voir UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 2020, art. 61 n. 48), auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

1.4 Le TA 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 et les références). En l'occurrence, tant la décision entreprise que le droit potentiel de la recourante à une rente sont postérieurs au 1^{er} janvier 2022,

la demande de prestations ayant été déposée en mai 2022. Ainsi, c'est le droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 qui s'applique.

2.2 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

2.3 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 l'art. 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 pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante (ATF 142 V 106 c. 4.4). La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle

travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4). Les experts 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. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

2.5 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 (let. b) et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c). Une rente au sens de l'al. 1 n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1^{bis} et 1^{ter} LAI n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1^{bis} LAI). Aux termes de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2), pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour un taux d'invalidité entre 40 et 49%, la quotité de la rente est fixée au pourcentage découlant de l'art. 28b al. 4 LAI.

2.6 Lors d'une nouvelle demande ou d'une demande de révision, la personne assurée doit rendre plausible une modification des circonstances.

Si l'administration accepte d'entrer en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner la cause quant au fond (examen matériel) et vérifier si la modification du degré d'invalidité alléguée par la personne assurée s'est réellement produite; elle procédera alors d'une manière analogue à celle qui est applicable à un cas de révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA (SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2). Si elle constate que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié depuis la décision précédente passée en force, elle rejette la nouvelle demande. Sinon, elle examine d'abord si la modification constatée suffit pour admettre, cette fois, une invalidité ouvrant le droit à une rente et rend une décision en conséquence. En cas de recours, la même obligation d'examiner l'affaire quant au fond incombe aussi au juge (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1).

2.7 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1).

2.8 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 moyens de preuve disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Dans la décision contestée du 29 septembre 2023, l'intimé a considéré que la recourante ne présentait pas un diagnostic ayant des répercussions sur sa capacité de travail et que son activité lucrative

antérieure restait possible et exigible à un taux d'occupation de 100%. Pour ce faire, l'intimé s'est principalement référé au volet rhumatologique de l'expertise bidisciplinaire du 30 décembre 2014, dans lequel l'expert a estimé que la fibromyalgie diagnostiquée n'avait pas d'effet sur la capacité de travail, ainsi que sur l'expertise bidisciplinaire, reçue le 15 août 2023, qui nie tout diagnostic incapacitant sur le plan de la chirurgie de la main et sur le plan psychique. Dans son mémoire de réponse du 4 décembre 2023, l'intimé a défendu le caractère probant de l'expertise du 15 août 2023, qui répond, selon lui, en tous points aux exigences de la jurisprudence en la matière. Concernant le rapport du 23 octobre 2023 de la psychiatre traitante, l'intimé a fait valoir qu'il n'apportait pas d'éléments nouveaux dont l'expert psychiatre n'aurait pas eu connaissance et qu'il consistait uniquement en une appréciation différente de la même situation, ne pouvant remettre en question les conclusions de l'expertise du 15 août 2023. En particulier, l'intimé a relevé que, dans son rapport, la psychiatre traitante se référait surtout au licenciement de sa patiente en 2021, qui l'aurait déstabilisée pendant plusieurs mois. Or, d'après l'intimé, cet événement constituait un facteur psychosocial étranger à l'invalidité, dont il ne pouvait être tenu compte dans l'appréciation de la capacité de travail.

3.2 Pour sa part, la recourante a fait valoir en substance, dans son recours, qu'il lui était tout simplement impossible d'exercer une activité lucrative, que son état de santé avait empiré, qu'elle souffrait de plus en plus souvent de céphalées, que la fibromyalgie lui causait des douleurs et de la fatigue et que ses mains lui faisaient extrêmement mal et gonflaient. Elle a aussi invoqué que sa dépression s'accroissait. Elle s'est étonnée également du fait que, dans la décision du 24 avril 2017, l'intimé lui avait reconnu un degré d'invalidité de 24%, alors que, dans son prononcé du 29 septembre 2023, une pleine capacité de travail dans son activité habituelle lui était reconnue. La recourante a dès lors réclamé que son dossier soit entièrement revu. Dans sa réplique du 18 décembre 2023, elle a rappelé qu'elle était malade et que son dossier le prouvait. La recourante a en outre ajouté qu'elle était victime d'une injustice.

4.

A titre liminaire, il sied de souligner qu'après réception de la nouvelle demande de la recourante, du 24 mai 2022, l'intimé a instruit celle-ci sur le plan médical, ordonnant notamment une expertise bidisciplinaire. Il est ainsi entré en matière sur la nouvelle demande, admettant de ce fait que la recourante avait rendu plausible une péjoration de son état de santé (voir c. 2.6) par rapport à l'état ayant prévalu lors de la décision précédente du 24 avril 2017 (dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits médicaux pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit; ATF 133 V 108 c. 5.4; SVR 2019 IV n° 68 c. 2). Dans la mesure où la question de l'entrée en matière sur la nouvelle demande n'est pas litigieuse en l'espèce, le TA n'a donc pas à revoir cet aspect de la procédure (ATF 109 V 108 c. 2b) et doit dès lors procéder à un examen matériel de la cause (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). Le juge doit cependant prendre en compte les faits postérieurs à la décision litigieuse dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt du TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 c. 7.2.1, 9C_34/2017 du 20 avril 2017 c. 5.2). En l'espèce, la recourante a remis en cours de procédure différents rapports médicaux rédigés en 2024, relatifs à l'évolution du diabète dont elle est atteinte, ainsi qu'à une hépatite aussi

diagnostiquée chez elle. Dans la mesure où ces affections et les rapports y relatifs n'ont pas de relation avec l'état de fait déterminant qui se présentait à la date de la décision contestée du 29 septembre 2023, il n'y a néanmoins pas lieu de les examiner plus en détail. En revanche, s'agissant des rapports médicaux produits par la recourante à l'appui de son recours du 27 octobre 2023, même s'ils sont postérieurs à la décision attaquée, les faits qui y sont exposés et l'analyse qui en est faite par leurs auteurs ont trait à la situation antérieure à la décision contestée. Ils seront donc pris en considération.

5.2 Les deux décisions antérieures de refus de prestations rendues par l'intimé le 3 mars 2015 (dos. AI 61) et le 24 avril 2017 (dos. AI 81) étaient essentiellement fondées sur l'expertise bidisciplinaire (en psychiatrie et rhumatologie) des 22 et 30 décembre 2014 (dos. AI 57.1 et 58.1) ainsi que, pour ce qui concerne la décision du 24 avril 2017, sur le rapport du SMR du 8 mars 2017 (dos. AI 76.1). Dans leur appréciation interdisciplinaire, les deux experts médicaux étaient parvenus à la conclusion qu'aucune limitation de la capacité de travail ne pouvait être retenue, ni pour des motifs psychiques, ni pour des raisons rhumatologiques. Bien que l'expert rhumatologue ait constaté la présence d'une fibromyalgie généralisée ainsi que de modifications dégénératives des articulations des mains, ces deux atteintes n'entraînaient, selon lui, aucune limitation dans l'exercice de l'activité d'opératrice en horlogerie (voir dos. AI 58.1/23 et dos. AI 59). Le rapport du 8 mars 2017 du spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie du SMR avait retenu pour sa part, comme atteinte ayant une influence ponctuelle sur la capacité de travail, l'existence d'un trouble dépressif récurrent avec des épisodes dépressifs variant de moyen à grave (ch. F33.1 et F33.2 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé). Pour ce motif, le médecin du SMR avait conclu que la capacité de travail de l'assurée restait certes de 100%, aussi bien en termes de pensum que de rendement. Néanmoins, vu ce nouveau diagnostic psychiatrique posé et afin de définir un poste de travail qui soutienne l'assurée en vue de ne pas favoriser une évolution vers un nouvel épisode dépressif, il avait précisé que l'intéressée ne devrait pas travailler de nuit, avoir des horaires de travail fixes et réguliers dans un

champ d'activité bien défini, avec des pauses régulières, permettant de s'isoler et de bénéficier d'une culture de communication et de feed-back soignée sur son lieu de travail.

5.3 Quant à l'évolution de la situation médicale de la recourante entre la décision antérieure du 24 avril 2017 et celle du 29 septembre 2023, le dossier révèle les principaux éléments suivants les plus récents.

5.3.1 Sur le plan somatique, on constate que la recourante a subi plusieurs opérations chirurgicales relatives à des atteintes articulaires aux mains. Dans son rapport du 7 mars 2022, le spécialiste en chirurgie et chirurgie de la main ayant traité la recourante a résumé la situation. Il a diagnostiqué une arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne (STT) et une légère rhizarthrose à droite, des ganglions radiocarpals dorsaux récidivants aux deux mains qui ont fait l'objet d'opérations les 18 janvier 2018, 1^{er} avril 2019 et 18 novembre 2021 (voir dos. AI 83.2/3-17 et 89/20-25), une épicondylite opérée le 1^{er} avril 2019 (voir dos. AI 89/11-18), une synovite au poignet droit opérée le 18 janvier 2018, ainsi qu'une fibromyalgie symptomatique chronique. S'agissant de la situation qu'il a constatée en date du 7 mars 2022, soit des gonflements et des douleurs de l'articulation STT, il a évoqué les possibilités d'une infiltration, d'un traitement médicamenteux avec des antirhumatismaux non stéroïdiens ou d'une nouvelle opération chirurgicale, qu'il a toutefois déconseillée en raison de la fibromyalgie (dos. AI 89/4).

5.3.2 Dans son rapport le plus récent avant la décision contestée du 29 septembre 2023, daté du 21 février 2023 (voir aussi dos. AI 83.2/3 et 89/2), la psychiatre traitant la recourante a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et de trouble de la somatisation (ch. F33.1 et F45.0 CIM-10). Décrivant l'état actuel et les indications subjectives de sa patiente, elle a relevé en substance une forte fatigue et un épuisement rapide. Elle a également relevé que sa patiente lui avait confié que, dans le cadre de la mesure d'entraînement au travail organisée par l'intimé à partir du 21 novembre 2022 (voir à ce sujet dos. AI 118/3), elle avait dû s'allonger et se reposer presque tout le reste de la journée après quatre heures de travail, le travail manuel provoquant des enflures et des douleurs dans les

mains et les poignets, qui pouvaient ensuite s'étendre aux bras, à une partie des épaules et jusque dans la tête. La praticienne a aussi évoqué des plaintes de sa patiente concernant des douleurs aux talons, qui ne lui permettaient de rester debout et de marcher que pendant 15 à 20 minutes, et des douleurs aux genoux et aux hanches. S'agissant du pronostic, la psychiatre a toutefois estimé que la mesure d'entraînement au travail avait induit une nette amélioration des symptômes relatifs à la perte de l'emploi que la patiente avait eu depuis de nombreuses années dans l'industrie horlogère, cette mesure lui ayant donné une mission et une nouvelle activité qui avait du sens. La praticienne a ajouté que l'effort nécessaire au cours de la mesure professionnelle était cependant trop important et s'accompagnait de fortes douleurs, comme cela était le cas dans son ancien travail. Elle a indiqué que comme sa patiente n'était plus attachée à un travail qu'elle exerçait depuis de nombreuses années, elle n'aurait pas le même seuil de tolérance à la douleur dans un nouveau travail que dans l'ancien, sa passion pour ce travail et sa fidélité envers son employeur durant vingt ans l'ayant poussé à continuer à travailler malgré de fortes douleurs. Elle a remarqué à cet égard qu'au cours des neuf dernières années, sa patiente avait été contrainte de réduire sans cesse son taux d'occupation pour des raisons de santé et de prendre souvent des congés sans solde afin de se reposer, sans pour autant arrêter son activité. Elle a conclu que l'humiliation rapportée par la recourante lors de son licenciement, qui avait finalement été prononcé dans des conditions difficilement compréhensible pour elle, avait durablement mis à mal ce système fragile, et qu'elle ne pensait pas que sa patiente pourrait à nouveau atteindre un rendement élevé (50%) constant et durable. La psychiatre a retenu qu'une capacité de travail de la recourante dans une activité principalement axée sur le travail manuel ne semblait plus réalisable. Elle a ajouté que sa patiente, lorsqu'elle avait entrepris la mesure d'entraînement au travail dès le 21 novembre 2022, avait finalement dû interrompre la mesure après les vacances à cause de symptômes sévères de douleur et de fatigue, ainsi que des enflures des mains et des bras. Enfin, la praticienne a précisé que la recourante n'était pas en arrêt maladie au moment de la rédaction de son rapport, car elle dépendait de l'aide financière de l'assurance-chômage et essayait elle-même de postuler à des emplois, comme dans la vente, nécessitant peu de

mouvements manuels intensifs. Selon la psychiatre, il restait cependant à savoir si elle serait capable de rester debout en permanence (dos. AI 142/13).

5.3.3 Dans son rapport du 8 septembre 2022, le spécialiste du SMR en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur consulté a considéré, sur la base du dossier médical, que l'assurée présentait une résistance diminuée des mains en conséquence des troubles répétés et des opérations effectuées dans la région des articulations des mains et des poignets. De ce fait, le spécialiste a reconnu que des activités répétitives, monotones et nécessitant une habileté particulière étaient inadaptées. Comme ces activités étaient souvent exigées chez une opératrice en horlogerie, il en a conclu que l'activité antérieure de l'assurée n'était plus exigible. Sur la base de ces constatations, le médecin du SMR a retenu un profil d'exigibilité consistant dans un travail manuel léger à moyen pendant 8,5 heures par jour, sans diminution de rendement, dans la mesure où il n'y aurait pas d'efforts répétitifs et monotones à accomplir. Il a précisé qu'il convenait d'éviter un travail nécessitant l'utilisation de machines causant des compressions ou des vibrations dans les poignets, ainsi que les travaux exigeant une habileté particulière ou de saisir fermement des objets. Enfin, compte tenu de la situation psychique encore labile de l'assurée, il a recommandé d'augmenter la charge de travail par paliers, admettant une incapacité de travail à 100% jusqu'au 30 septembre 2022, à 50% du 1^{er} octobre au 31 décembre 2022, puis une pleine capacité de travail à partir du 1^{er} janvier 2023 (dos. AI 142/25). Après avoir pris connaissance du rapport précité du 21 février 2023 de la psychiatre traitant la recourante, le même spécialiste du SMR a estimé, dans sa prise de position du 3 mars 2023, qu'une expertise était nécessaire afin d'évaluer les restrictions somatiques et psychiatriques. Il a recommandé de procéder à une expertise englobant la psychiatrie et la chirurgie de la main (dos. AI 142/10).

5.3.4 Les conclusions de l'expertise bidisciplinaire entreprise ont été livrées à l'Office AI Berne en date du 15 août 2023. Dans leur évaluation interdisciplinaire, les experts n'ont retenu aucun diagnostic incapacitant, que ce soit sur le plan de la chirurgie de la main ou sur le plan psychique.

Au terme de leur discussion consensuelle, les experts ont finalement arrêté la capacité de travail à 100% depuis toujours, dans l'activité habituelle et dans toute autre activité adaptée (dos. AI 152.1/10).

5.3.5 A l'appui de son recours, l'intéressée a produit un avis médical de sa psychiatre traitante du 23 octobre 2023. En substance, la praticienne y conteste l'avis de l'expert psychiatre, selon lequel sa patiente n'aurait jamais connu de trouble dépressif. Elle pose le diagnostic de trouble dépressif récidivant, actuellement épisode moyen (ch. F32.2 CIM-10). Elle indique la traiter depuis le mois de février 2014, afin de lui apporter un soutien psychiatrique dans le cadre de la fibromyalgie dont elle souffre, avec une interruption de mai 2017 à octobre 2020. La psychiatre déclare qu'en octobre 2020, sa patiente est revenue la consulter en raison d'un blocage dû au deuil de son père décédé en 2017, ayant provoqué des troubles de la mémoire. Ensuite, selon le rapport, sa patiente s'est à nouveau manifestée en novembre 2021, après son licenciement avec effet immédiat après 20 ans dans le même emploi. D'après la psychiatre, sa patiente se trouvait alors dans un état misérable, meurtrie et sans perspectives d'avenir; elle n'avait plus de joie de vivre, était agitée et manquait d'appétit, marquée par des pensées négatives et un retrait social. Le traitement médicamenteux instauré par la praticienne a ensuite permis d'éliminer les pensées suicidaires qu'elle constatait chez sa patiente. La praticienne indique une situation sans changement jusqu'en avril 2023 et souligne ne pas comprendre les conclusions de l'expert psychiatre mandaté par l'intimé (dos. recourante [rec.] 2).

6.

Se pose la question de la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire du 15 août 2023, 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 du 15 août 2023 comprend une évaluation médicale interdisciplinaire (consensuelle), synthétisant le résultat d'examens sur les plans de la chirurgie de la main et de la psychiatrie. Les experts, dont les qualifications ne sauraient être mises en doute, ont résumé l'ensemble des documents médicaux pertinents au dossier (dos. AI 152.1/4). Ils ont procédé chacun à un examen personnel de la recourante, ont tenu compte de ses plaintes subjectives et de son anamnèse détaillée, puis rapporté soigneusement les résultats de leur examen systématique respectif. Ils ont énoncé clairement leurs résultats et appréciations, répondant avec précision aux questions de l'intimé. Ils ont aussi fourni des informations sur les points nécessaires pour l'évaluation normative et structurée des troubles psychiques (voir c. 2.3). Cela étant, force est d'admettre que les résultats de l'expertise ont été arrêtés en pleine connaissance des éléments médicaux pertinents. Les observations formulées 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 ainsi pas apparaître d'élément permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise. L'expertise répond donc aux exigences formelles posées par la jurisprudence relative à la valeur probante de tels documents (voir c. 5.1).

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

6.3.1 Du point de vue de la chirurgie de la main d'abord, l'expert de cette discipline a retenu un diagnostic qu'il estime non-incapacitant du point de vue de sa spécialisation, consistant dans une arthrose bilatérale débutante des articulations scapho-trapézo-trapézoïdienne et des articulations trapézo-métacarpienne. L'expert s'est à cet égard basé de manière probante sur les résultats mis en relief dans un rapport radiologique du 7 mars 2022 (dos. AI 152.1/12 et 152.1/16). Par ailleurs, avant d'exclure tout

effet de ce diagnostic sur la capacité de travail, il a déclaré ne constater que des douleurs modérées, respectivement légères (dos. AI 152.1/15), au niveau des deux articulations trapézo-métacarpiennes des pouces, sans traitement antalgique durable (dos. AI 152.1/14). Il a relevé que les troubles subjectifs évoqués par la patiente, tels que les douleurs, la lourdeur et la fatigabilité, n'ont pas été retrouvés lors de l'examen clinique objectif effectué, qui était normal. Il a ajouté en particulier qu'il n'avait constaté aucune limitation spontanée des mouvements, avec une excellente intégration des deux mains. Il a en outre exclu toute douleur au toucher, à la palpation et à la mobilisation des doigts ainsi que des poignets (dos. AI 152.1/14). L'amplitude de toutes les articulations des doigts, des poignets, mais aussi des coudes et des épaules a du reste été jugée sans particularité (dos. AI 152.1/15). D'après lui, ces troubles pourraient être expliqués par la maladie de type fibromyalgie, mal identifiable objectivement, se manifestant essentiellement chez l'assurée par une fatigabilité chronique et excessive, avec un besoin de repos récurrent. Dans son évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence, l'expert en chirurgie de la main a estimé que, même si la recourante n'avait pas de motivation à reprendre une activité professionnelle, elle était néanmoins en mesure d'exercer normalement son activité professionnelle ou une autre activité à 100%, sans diminution de rendement (dos. AI 152.1/56 s.).

6.3.2 Pour sa part, l'expert psychiatre a indiqué qu'il avait rencontré une patiente se plaignant de douleurs et de fatigue (dos. AI 152.1/31), mais excluant elle-même toute difficulté de nature psychique (dos. AI 152.1/22). Il a précisé qu'elle avait relaté que ces deux symptômes étaient stables, qu'ils survenaient lorsqu'elle était active ou faisait un peu de ménage (celui-ci étant assumé par ses soins, mais à son rythme) et qu'ils lui imposaient surtout de fractionner les tâches. L'assurée aurait ajouté qu'elle passait beaucoup de temps avec ses enfants, que l'entente avec son conjoint était bonne, qu'elle pouvait sortir régulièrement se promener environ une heure, de même que s'occuper de ses plantes, passer du temps avec des amis (notamment une copine qu'elle voyait tous les jours), ainsi que regarder la télévision, faire du tricot environ 20 minutes (en fonction de ses douleurs), mais aussi effectuer des mots croisés ou les tâches administratives (dos.

AI 152.1/21-24). Après s'être enquis de l'anamnèse systématique et avoir procédé à un examen approfondi du status psychiatrique, l'expert n'a alors signalé aucune anomalie des fonctions cognitives, de signe d'abaissement ou de perturbation de l'humeur (si ce n'est un unique moment de pleurs, au moment d'évoquer la perte du dernier emploi; dos. AI 152.1/22), de même qu'aucune particularité au niveau de l'anxiété ou de la dissociation, de l'utilisation de substances, d'un conflit avec la réalité ou encore s'agissant de la personnalité (hormis une notion de difficultés relationnelles du point de vue professionnel; dos. AI 152.1/28). Ce faisant, on ne voit rien à redire dans le fait que l'expert n'a posé aucun diagnostic relevant de sa spécialité. Celui-ci a en particulier expliqué de façon cohérente les raisons qui l'ont amené à nier l'existence tant d'un épisode dépressif (quelle que soit son intensité), que d'un trouble somatoforme douloureux. En ce qui concerne l'absence de trouble dépressif, il a déclaré que l'assurée était euthymique, sans ralentissement psychomoteur, sans culpabilité, présentant un optimisme variable, ne s'auto-dévalorisant pas et gardant confiance en elle. Le psychiatre l'a aussi jugée affirmée, au contact excellent, à l'appétit conservé mais fractionné du fait d'un diabète, gardant des envies, des intérêts et du plaisir, sans être empêchée de réfléchir, de se concentrer ou de se décider, avec un fonctionnement cognitif optimal. Il a certes reconnu une libido abaissée depuis des années et un sommeil perturbé de longue date, mais il a précisé qu'il n'y avait pas de cauchemars et que l'assurée avait expliqué ne jamais avoir été triste plus de deux semaines d'affilée, ni avoir présenté de tentative de suicide, même en ayant déjà eu des idées noires. L'expert psychiatre a aussi décrit une patiente autonome dans les actes de la vie quotidienne et maintenant des liens sociaux et familiaux nombreux et de qualité. Il a du reste souligné que lorsque sa psychiatre traitante, dans un rapport du 13 juin 2022 (dos. AI 89/2), avait retenu un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, l'assurée avait tout de même pu partir trois semaines en vacances à l'étranger. L'expert en a déduit que la symptomatologie n'avait jamais été suffisante pour individualiser un diagnostic d'épisode dépressif et que la symptomatologie n'avait jamais permis non plus d'individualiser un trouble anxieux en tant que tel (dos. AI 152.1/29). L'expert a également fait savoir qu'il était d'avis que la fatigue alléguée n'était pas le fait d'un trouble thymique ou anxieux. Selon lui, il pourrait tout au plus être imputée

à un tableau fibromyalgique. Or, celui-ci n'aurait en tous les cas pas de répercussion sur les capacités cognitives, que ce soit en termes de mémorisation, de concentration, d'attention ou de fixation. Il n'a de même pas échappé à l'expert qu'un diagnostic rhumatologique de fibromyalgie avait été retenu en 2012 (dos. AI 16/8). L'expert n'a toutefois pas confirmé la présence d'un tel trouble chez une assurée ne présentant alors pas de trouble psychiatrique, notamment aucun trouble de la personnalité, aucun trouble affectif bipolaire, aucun trouble psychotique et aucune comorbidité addictive. Il a aussi pris en considération que l'expertisée n'avait pas présenté de démarche douloureuse au cours de l'entretien et qu'elle ne semblait jamais avoir été douloureuse sur sa chaise (aucune mimique en ce sens n'ayant été observée, la recourante ayant bougé ses mains normalement, sans douleurs objectives, en demeurant souriante, capable de plaisanter et restant détendue; dos. AI 152.1/26). L'expert a encore souligné que l'assurée ne connaissait aucune détresse psychologique, ni aucun contexte psychosocial compliqué, alors que la douleur ne semblait pas persistante, ni sévère. Aucun traitement antalgique n'était du reste signalé. L'assurée semblait aux yeux de l'expert autonome et peu gênée au quotidien, alors que les limitations rapportées n'étaient d'après lui pas uniformes (dos. AI 152.1/30), peu plausibles et peu cohérentes (dos. AI 152.1/33). Dans ces circonstances, force est donc d'admettre que celui-ci s'est révélé convaincant, en niant tout diagnostic psychiatrique et en retenant que la capacité de travail de l'assurée demeurait pleine et entière.

6.3.3 Enfin, 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 synthétisé leurs constatations pour justifier de manière convaincante l'absence de diagnostics incapacitants retenue. Ils ont alors conclu en définitive à une pleine capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle d'opératrice en horlogerie et de toute autre activité adaptée, sans restriction de rendement.

6.3.4 En particulier, c'est en vain que la recourante fait valoir que les experts ont ignoré les limitations provenant de la fibromyalgie diagnostiquée par ses médecins traitants. En effet, comme déjà évoqué plus haut (c. 6.2), l'expert psychiatre a examiné en détail les symptômes

qu'il a constaté chez l'intéressée en pleine connaissance de tout le dossier médical antérieur, en particulier du diagnostic de fibromyalgie posé dès 2012, pour aboutir à la conclusion que la présence d'un trouble somatoforme douloureux ne pouvait plus être retenue au moment où l'expertise a été réalisée.

6.4 Il faut aussi reconnaître que les autres rapports médicaux figurant au dossier, déjà mentionnés ci-avant, ne permettent pas de remettre en cause la valeur probante de l'expertise du 15 août 2023.

6.4.1 Le dernier rapport du 7 mars 2022 du spécialiste en chirurgie et chirurgie de la main qui a traité la recourante ne fait état d'aucune incapacité de travail de celle-ci, alors que son rapport précédent du 22 novembre 2021 attestait une incapacité de travail limitée au 17 décembre 2021, consécutive à l'excision d'un ganglion effectuée le 18 novembre 2021 (dos. AI 89/4 et 89/5). Il en va de même des nombreux autres rapports antérieurs du spécialiste en question, dans lesquelles des incapacités de travail ont tout au plus été reconnues à sa patiente d'une manière limitée dans le temps, à la suite des diverses opérations effectuées. Il s'ensuit qu'on ne distingue aucune contradiction avec l'appréciation de l'expert en chirurgie de la main, qui a confirmé les diagnostics d'arthrose posés par son confrère et constaté le résultat positif des interventions pratiquées par ce dernier sur la patiente, tout en niant toute incapacité de travail durable.

6.4.2 Dans sa prise de position du 8 septembre 2022, le médecin du SMR consulté par l'intimé a certes été d'avis que l'activité antérieure d'opératrice en horlogerie n'était plus exigible de la part de la recourante en raison de ses atteintes aux mains. Il a néanmoins conclu qu'il lui était possible d'exercer une activité manuelle légère à moyenne adaptée à raison de 8,5 heures par jour, sans restriction de rendement (dos. AI 97/4). Cela étant, l'expertise du 15 août 2023 diffère de ce constat en tant qu'elle retient une capacité de travail entièrement préservée dans l'activité habituelle. Cependant, à l'examen des avis médicaux en cause, il faut reconnaître que ce point ne change rien au fait que, dans une activité adaptée, on ne distingue aucune divergence, ni incohérence. Au surplus, les conclusions de l'expertise se fondent sur des constatations objectives que rien ne permet d'infirmer. On peut certes regretter, sur le plan somatique, que les

experts ne se soient pas prononcés plus en détail sur les raisons qui les ont amenés à se distancer du point de vue du SMR (notamment en ne reprenant pas les limitations fonctionnelles évoquées par ce dernier; voir ci-dessus c. 5.3.3). Toutefois, l'expertise permet de comprendre qu'il a été tenu compte d'une évolution somatique favorable rapportée et constatée, de même que sur un examen clinique personnel (qui faisait défaut au SMR).

6.4.3 Le rapport de la psychiatre traitante du 21 février 2023 a aussi été pris en considération par l'expert psychiatre mandaté par l'intimé. Il a exposé en détail les raisons pour lesquelles il n'a pas retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent ni de trouble somatoforme douloureux, qui avaient été posés par la psychiatre traitante (voir c. 5.3.2 et 6.3.2). Les appréciations de l'expert, l'ayant amené à exclure ces diagnostics, sont compréhensibles et convaincantes. Dans sa prise de position du 23 octobre 2023 à l'appui du recours de sa patiente, la psychiatre traitante a confirmé son diagnostic de trouble dépressif récidivant et contesté les considérations de l'expert (c. 5.3.5 ci-avant). Elle n'a cependant pas apporté d'élément permettant de mettre en doute les considérations de l'expert, son écrit se bornant surtout à rappeler l'historique du suivi médical et l'impact du licenciement de sa patiente. A cet égard, il convient d'observer qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 c. 4; TF 9C_369/2008 du 5 mars 2009 c. 2.2), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_369/2008 précité c. 2.2). Or en l'espèce, au vu des considérations qui précèdent, il n'y a pas d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été omis par l'expert psychiatre. Enfin, le juge doit tenir compte du fait que le médecin traitant, dans le doute, aura plutôt tendance à prendre parti pour sa patiente et à s'exprimer plutôt dans un sens qui lui serait favorable (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). Il s'ensuit qu'en l'occurrence, les

appréciations émises par la psychiatre traitant l'assurée ne sauraient prévaloir sur celles de l'expert psychiatre.

6.4.4 Enfin, on précisera qu'une analyse selon la grille d'évaluation normative et structurée développée en matière de troubles somatoformes douloureux et d'autres affections psychiques (ATF 143 V 418, 141 V 281) n'a pas à être effectuée lorsque, comme en l'espèce, une incapacité de travail est niée sous l'angle psychique (et neuropsychologique) sur la base d'un rapport probant établi par des spécialistes, sans être remise en question par une appréciation divergente ayant également valeur probante (ATF 145 V 215 c. 7, 143 V 409 c. 4.5.3; TF 8C_153/2021 du 10 août 2021 c. 5.4, 8C_597/2019 du 12 décembre 2019 c. 7.2.3 et les références, 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 c. 4.3).

6.5 En conséquence, il faut reconnaître que les conclusions des experts mandatés par l'intimé s'avèrent cohérentes et convaincantes. Une force probante pleine et entière peut dès lors être accordée à l'expertise du 15 août 2023, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner des investigations médicales supplémentaires, qui n'apporteraient rien de nouveau au dossier déjà suffisamment instruit. Il y a donc lieu de retenir, à l'instar des experts dans leur évaluation consensuelle, que l'assurée dispose d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle d'opératrice en horlogerie et dans toute activité adaptée, sans diminution de rendement. Enfin, rien n'indique, selon un degré de vraisemblance prépondérante (degré de preuve généralement usité en droit des assurances sociales; ATF 144 V 427 c. 3.2), que la recourante ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (condition légale mise à l'octroi d'une rente; art. 28 al. 1 let. b LAI) entre la date de la décision matérielle antérieure de refus de prestations, rendue le 24 avril 2017, et la décision litigieuse du 29 septembre 2023. En conséquence, il faut conclure que l'état de santé de la recourante ne s'est pas modifié depuis la décision précédente du 24 avril 2017 d'une manière susceptible de lui ouvrir le droit aux prestations de l'AI.

6.6 On relèvera encore à l'attention de la recourante, qui s'étonne que la décision du 24 avril 2017 lui ait reconnu un degré d'invalidité de 24%, alors que la décision litigieuse dans la présente procédure admet une

pleine capacité de travail, que la perte de gain de 24% retenue dans la décision du 24 avril 2017 se fondait sur un abattement de 5% pris en compte sur le revenu d'invalidé déterminant. Or, ce revenu d'invalidé était basé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et était inférieur au salaire réalisé par la recourante auprès de son dernier employeur (voir dos. AI 78/2 et 81/1). Ce revenu d'invalidé et l'abattement sur celui-ci résultait alors du rapport du SMR du 8 mars 2017, qui reconnaissait à la recourante certaines limitations dans l'exercice de son activité pour des raisons psychiques (dos. AI 76). Les limitations en question n'ont plus été retenues par l'expert psychiatre dans l'expertise bidisciplinaire du 15 août 2023, et ce en pleine connaissance du rapport du SMR du 8 mars 2017. C'est dès lors à juste titre que l'intimé n'en a plus tenu compte dans la décision contestée en l'occurrence.

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé, dans sa décision du 29 septembre 2023, a rejeté la demande de prestations de l'AI déposée par la recourante. Le recours doit donc être rejeté.

7.2 Conformément à l'art. 61 let. f^{bis} LPGA, pour les litiges en matière de prestations (comme c'est le cas en l'espèce), la procédure est soumise à des frais judiciaires si la loi spéciale le prévoit. 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 qui succombe doit ainsi supporter les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.- (art. 108 al. 1 LPJA). Ceux-ci seront compensés avec son avance de frais.

7.3 Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario; art. 104 al. 1 et art. 108 al. 3 LPJA).

Par ces motifs:

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

Le président:

Le greffier:

Voie de recours

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