

200.2023.877/200.2024.97.AI
N° AVS
BCE/EGC

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

Jugement du 28 novembre 2024

Droit des assurances sociales

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

A. _____
représentée par **B.** _____
recourante

contre

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

relatif à deux décisions de ce dernier des 2 novembre et 14 décembre 2023



En fait:

A.

A. _____, née en 1969, mariée et sans enfant, dispose d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de vendeuse. Elle a travaillé dès septembre 1991 en qualité de praticienne d'exploitation (factrice) à la Poste. Elle a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en septembre 1997, en invoquant des douleurs au dos et à la nuque, une faiblesse musculaire et une crispation des nerfs. Après avoir notamment recueilli les avis médicaux des rhumatologue et généraliste traitants et de médecins d'une clinique de réadaptation dans laquelle l'assurée a effectué plusieurs séjours, l'Office AI Berne a informé cette dernière, par préavis du 1^{er} avril 1999, qu'il entendait lui refuser tout droit à des prestations de l'AI. Suite aux observations de l'intéressée, déposées le 19 avril 1999, l'office précité a repris son instruction. Il a notamment diligenté une expertise psychiatrique dont les conclusions ont été livrées le 13 décembre 1999. L'assurée a repris son activité à 70% dès le 1^{er} juillet 2000 et a été mise au bénéfice d'une retraite partielle (30%), dès le 1^{er} novembre 2000. L'Office AI Berne a alors accordé à l'intéressée, par décision du 19 juillet 2001, un quart de rente d'invalidité limitée dans le temps, soit entre le 1^{er} octobre 1997 et le 30 juin 2000. Il lui a refusé pour le surplus tout droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2000, compte tenu d'un degré d'invalidité inférieur à 40% (30%).

B.

Le 28 août 2002, l'intéressée a annoncé à l'Office AI Berne une aggravation de son état de santé. L'office précité a alors surtout recueilli des rapports du rhumatologue traitant et a fait procéder à un complément de l'expertise psychiatrique réalisée en 1999. Sur la base de ces éléments, l'Office AI Berne, par décision du 6 mars 2003, a exclu tout droit à des prestations de l'AI, en retenant un degré d'invalidité de 30%.

C.

L'assurée, toujours engagée comme collaboratrice en distribution du courrier, a été victime d'un accident de moto le 9 juillet 2017. Une incapacité totale de travail a été médicalement attestée pour ce motif dès le 17 juillet 2017. Dans ce contexte, elle a déposé, par un formulaire daté du 16 janvier 2018, une troisième demande de prestations de l'AI. Elle y a mentionné souffrir d'une luxation de l'épaule et d'une épaule gelée. Saisi de cette requête, l'Office AI Berne a notamment requis des informations auprès des médecins traitants (spécialiste en orthopédie et médecin généraliste). Il a en outre sollicité le dossier de l'assurance-accidents et le rapport opératoire relatif à une intervention chirurgicale de l'épaule gauche s'étant déroulée le 24 janvier 2018. L'intéressée a pu reprendre son activité à son taux habituel (soit à 70%), dès le 1^{er} septembre 2018. S'appuyant sur les éléments recueillis, l'Office AI Berne, par décision du 18 juin 2019 (confirmant un préavis du 4 avril 2019), a octroyé à l'intéressée une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps, à savoir du 1^{er} juillet au 31 août 2018. Dès le 1^{er} septembre 2018, il a refusé tout droit à des prestations en raison d'un degré d'invalidité inférieur à 40% (30%).

D.

Au moyen d'une demande du 25 mai 2021, l'assurée a sollicité une quatrième fois des prestations de l'AI, en invoquant une incapacité de travail à 100% depuis le 8 mars 2021, puis de 50% (de son taux habituel de 70%) dès le 1^{er} avril 2021. Elle y a mentionné souffrir d'une sclérose en plaques (diagnostic posé en mars 2021), de même que de douleurs et de fatigue depuis plusieurs années. Saisi du cas, l'Office AI Berne s'est enquis de l'appréciation de médecins d'un neurocentre, du médecin généraliste traitant ainsi que de spécialistes en pneumologie, radiologie et infectiologie. Il a également demandé des informations à l'employeur de l'assurée. Par communication du 7 juillet 2022, l'office précité a nié le droit à des mesures de réadaptation. Il a encore consulté le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR). Sur conseils de celui-ci, il a diligencé une expertise pluridisciplinaire (médecine interne générale,

neurologie, psychiatrie et neuropsychologie), dont les conclusions ont été remises le 17 février 2023. Après avoir obtenu des rapports d'une clinique d'ophtalmologie, de même qu'un rapport de sortie d'une clinique de réadaptation dans laquelle l'intéressée a séjourné du 7 au 25 février 2023, l'Office AI Berne a demandé un complément d'expertise. Les experts ont maintenu les conclusions de leur expertise du 17 février 2023 dans un courrier du 30 mars 2023. Sur la base des éléments recueillis, l'Office AI Berne a informé l'assurée, par préavis du 6 avril 2023, qu'il envisageait de lui accorder trois quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2021. En dépit des objections déposées le 15 mai 2023 par l'assurée (et complétées le 17 mai 2023), par l'entremise d'une collaboratrice du service juridique d'un syndicat, l'Office AI Berne, après avoir consulté une nouvelle fois le SMR, a confirmé le contenu de son préavis par décision du 2 novembre 2023 s'agissant de la rente courante (soit dès le 1^{er} décembre 2023). En parallèle, l'office précité a également octroyé à l'intéressée des moyens auxiliaires (trois mains courantes) par décision du 17 octobre 2023 (confirmant un préavis du 6 septembre 2023). Par décision du 14 décembre 2023, l'Office AI Berne a encore statué sur le versement rétroactif de la rente, soit entre le 1^{er} novembre 2021 et le 30 novembre 2023.

E.

Le 11 décembre 2023, l'assurée, représentée par une nouvelle collaboratrice du service juridique d'un syndicat, a recouru contre la décision du 2 novembre 2023 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Elle a conclu à l'annulation de la décision du 2 novembre 2023 et à l'octroi de trois quarts de rente du 1^{er} novembre 2021 jusqu'au 30 avril 2023, puis d'une rente entière à partir du 1^{er} mai 2023 (procédure 200.2023.877.AI). Dans son mémoire de réponse du 23 janvier 2024, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Toujours représentée en procédure, l'assurée a aussi attaqué, le 31 janvier 2024, la décision du 14 décembre 2023 devant le TA (procédure 200.2024.97.AI), en retenant les mêmes conclusions que dans son recours du 11 décembre 2023. Le juge instructeur a joint les deux procédures par ordonnance du 1^{er} février 2024.

Il a pour le surplus renoncé à procéder à un nouvel échange d'écritures compte tenu des griefs identiques soulevés dans les deux recours et de la réponse déjà présentée par l'intimé le 23 janvier 2024. La mandataire de la recourante n'a pas réagi à l'invitation à produire une note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 Le règlement du rapport juridique au moyen de deux prononcés des 2 novembre et 14 décembre 2023, l'un pour la rente courante (afin que l'assurée puisse en bénéficier le plus rapidement possible) et l'autre pour l'arriéré (comprenant les compensations avec des versements de tiers) ne pose pas de problème procédural, tel la détermination de l'échéance du délai de recours, vu que l'assurée a d'emblée attaqué, dans les formes prescrites, le premier prononcé, qui, du reste, comprenait déjà une motivation couvrant l'ensemble de la période concernée par la demande de prestations. Il convient donc de partir du principe que les décisions des 2 novembre et 14 décembre 2023 représentent l'objet de la contestation. Elles ressortissent au droit des assurances sociales et reconnaissent un droit à trois quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2021. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de ces décisions, en tant qu'elles nient un droit à une rente entière à compter du 1^{er} mai 2023 et l'octroi à l'assurée d'une prestation de cette ampleur dès cette même date (au lieu de trois quarts de rente d'invalidité). Sont particulièrement contestés la valeur probante de l'expertise du 17 février 2023 et de l'avis du SMR du 14 août 2023, l'avis de l'intimé selon lequel la recourante est en mesure de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail équilibré, ainsi que le refus de prise en compte d'un abattement par l'intimé dans le calcul du revenu d'invalidité.

1.2 Interjetés en temps utile (compte tenu des fêtes judiciaires; voir art. 60 et 38 al. 4 let. c de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie

générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]), dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et dûment représentée, les recours sont recevables (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 les décisions contestées et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 La modification du 19 juin 2020 de la LAI (Développement continu de l'AI, RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou à l'époque de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 148 V 162 c. 3.2.1, 144 V 210 c. 4.3.1). En l'occurrence, si les décisions entreprises sont, certes, postérieures au 1^{er} janvier 2022, le droit potentiel à la rente de la recourante est pour sa part antérieur à cette date (voir c. 8.2), si bien qu'il doit être examiné selon les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (voir parmi d'autres JTA AI/2023/83 du 7 juillet 2023 c. 2.1).

2.2 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé

physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

2.3 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 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 toutefois pas pour admettre que celle-ci a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, compte tenu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4). Les experts médicaux doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

2.4 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 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 art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, RO 2007 5129), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.5 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2021 IV n° 54 c. 2.3).

2.6 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Dans ses décisions contestées des 2 novembre et 14 décembre 2023, l'intimé s'est fondé sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 17 février 2023 pour retenir que la recourante présentait une capacité de travail de 35% dans son activité habituelle de factrice. Cette occupation a été considérée par l'intimé comme adaptée à l'atteinte à la santé. Après avoir procédé à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, il a constaté que la perte de gain qui en résultait engendrait un taux d'invalidité de 65%, ouvrant le droit à trois quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2021. Après avoir consulté le SMR,

l'Office AI Berne a encore estimé que les rapports médicaux déposés par l'assurée avec ses objections ne permettaient pas de remettre en cause l'appréciation circonstanciée des experts. Par son mémoire de réponse du 23 janvier 2024, l'intimé a confirmé que les différents éléments médicaux remis par l'intéressée à l'appui de son recours du 11 décembre 2023 étaient insuffisants pour établir une prétendue aggravation de l'état de santé (avec répercussion sur la capacité de travail).

3.2 La recourante reproche d'abord à l'intimé de s'être appuyé sur l'expertise pluridisciplinaire du 17 février 2023 pour apprécier sa capacité de travail et donc fixer le degré d'invalidité. A cet égard, elle fait valoir une péjoration de son état de santé (en particulier une aggravation des troubles sphinctériens et de l'attention, des pertes d'équilibre ou encore de la fatigue) intervenue depuis lors, dont l'Office AI n'aurait, à tort, pas tenu compte. En tout état de cause, l'assurée remet en question la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise. Elle considère que l'experte ne s'est prononcée ni sur l'influence des diagnostics posés sur la gestion de la sclérose en plaques, ni sur la comorbidité des troubles. Par ailleurs, les experts n'auraient, selon elle, pas suffisamment pris en considération, dans leur appréciation du taux d'incapacité de travail, le besoin accru de pauses. L'assurée critique également la valeur probante du rapport du SMR établi à la suite de la production des différents rapports médicaux attestant de l'aggravation de son état de santé. D'un point de vue formel, elle fait grief à la médecin du SMR de n'avoir pas motivé ses conclusions et d'avoir omis de formuler un profil d'exigibilité. Sur le plan matériel, elle lui reproche d'avoir fait abstraction, d'une part, du caractère évolutif de la sclérose en plaques et, d'autre part, de l'influence des diagnostics psychiatriques sur cette maladie. La recourante conteste encore qu'elle peut mettre en œuvre sa capacité de travail résiduelle et trouver un emploi sur le marché du travail équilibré. Finalement, selon elle, un abattement d'au moins 10% aurait dû être pris en compte par l'Office AI Berne au vu des limitations fonctionnelles reconnues.

4.

A titre liminaire, il faut constater que l'intimé est entré en matière sur la quatrième demande de prestations du 25 mai 2021. Dans la mesure où cette question n'est pas litigieuse dans le cas présent, le TA n'a pas à revoir cet aspect de la procédure (ATF 109 V 108 c. 2b). Ainsi, le droit à la rente doit être examiné tant sous l'angle des faits que du droit de manière complète, c'est-à-dire en tenant compte du spectre entier des éléments déterminant le droit à la prestation, ainsi qu'avec un regard neuf et sans être lié à de précédentes estimations de l'invalidité (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; SVR 2021 IV n° 36 c. 3.1).

5.

5.1 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 c. 4.3.1, 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1; SVR 2022 UV n° 46 c. 6.3.1). Au cas particulier, l'assurée a notamment produit, à l'appui de son recours, un rapport daté du 29 novembre 2023. Les faits exposés et l'analyse qui en est faite par les spécialistes en neurologie d'un neurocentre dont il émane ont toutefois trait à la situation antérieure à la première décision du 2 novembre 2023, de sorte que ce document doit néanmoins être pris en compte (voir dans ce sens: TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 c. 7.2.1, 9C_34/2017 du 20 avril 2017 c. 5.2). En effet, dans cet écrit, les médecins consultés résument la situation médicale de l'année 2023, en particulier entre janvier et septembre 2023. Partant, ce document est de nature à influencer l'appréciation au moment où le premier acte attaqué a été rendu et doit donc être pris en compte (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Au surplus, le dossier permet de constater les faits médicaux principaux suivants.

5.2 Pour rendre sa première décision matérielle du 19 juillet 2001, l'intimé s'était notamment fondé sur différents rapports du rhumatologue traitant, lequel avait retenu les diagnostics de syndrome pan-vertébral

associé à des dysfonctionnements segmentaires récidivants, de légère déformation posturale, de déséquilibre musculaire et déconditionnement, de tendance à la fibromyalgie avec suspicion de fixation psychique croissante concernant les syndromes douloureux myotendineux existants, en particulier pour la colonne vertébrale, de possible laxité ligamentaire dans la zone des capsules articulaires de l'épaule gauche, de polyarthralgies subaiguës, en premier lieu dans le contexte d'une tendance fibromyalgique (voir notamment; dossier [dos.] AI 1.1/62; voir également dos. AI 1.1/58). Sur conseils du rhumatologue traitant, l'intéressée avait séjourné du 2 au 21 décembre 1996 (dos. AI 1.1/68), puis du 6 au 17 janvier 1997 (dos. AI 1.1/64) dans une clinique de réadaptation. Les médecins en charge de l'assurée durant ses séjours avaient posé les diagnostics de syndrome pan-vertébral au sens d'un syndrome douloureux chronique en présence d'une situation psychologique tendue et de polyarthralgie (dos. AI 1.1/64 et 1.1/68). L'intimé s'était également appuyé sur une expertise psychiatrique qu'il avait ordonnée. Dans son rapport du 13 décembre 1999, l'expert avait retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble psychosomatique (chiffre [ch.] F45.9 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé), de réaction dépressive modérée de longue durée (ch. F43.21 CIM-10) et de trouble névrotique amélioré (ch. F48.9 CIM-10). Il avait retenu une incapacité de travail de 30% (dos. AI 7/6 et 7/7).

5.3 Suite à l'annonce de l'assurée de l'aggravation de son état de santé le 28 août 2002 (dos. AI 28/1), l'intimé avait notamment requis des rapports médicaux du rhumatologue traitant. Dans un écrit du 13 août 2002, ce médecin avait rapporté des douleurs à l'articulation du pouce droit, présentes depuis octobre 2001. Les douleurs s'étant intensifiées depuis février 2002, le médecin avait adressé sa patiente chez une orthopédiste, spécialiste en chirurgie de la main (dos. AI 32/11). Celle-ci, dans un rapport du 22 septembre 2002, avait posé les diagnostics de tendo-vaginite sténosante du tendon fléchisseur dans la région du ligament annulaire du pouce (dos. AI 32/26). L'intimé avait également mis en œuvre un complément à l'expertise psychiatrique du 13 décembre 1999 (voir c. 5.2). Du rapport y relatif du 14 janvier 2003, il ressortait le diagnostic de trouble

psychosomatique (ch. F45.9 CIM-10). L'expert n'avait pas constaté de changement par rapport à l'examen clinique de 1999 et avait attesté une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle qui avait été jugée adaptée (dos. AI 35/4 et 35/5).

5.4 Pour statuer sur la troisième demande de prestations AI déposée le 16 janvier 2018 consécutivement à l'accident de moto du 9 juillet 2017, l'Office AI Berne s'était notamment appuyé sur les rapports des médecins généraliste et orthopédiste traitants. Dans un écrit du 29 août 2017 adressé à l'assureur-accidents, le médecin généraliste avait posé le diagnostic de lésion du tendon supra-épineux de l'épaule gauche et avait reconnu une incapacité totale de travail depuis le 17 juillet 2017 (dos. AI 60.68/1). L'orthopédiste traitant, dans des rapports des 4 septembre et 9 novembre 2017, avait posé les diagnostics de status après luxation de l'épaule vraisemblablement antéro-inférieure avec tendinopathie sévère et probable rupture partielle du tendon supra-épineux et début d'épaule gelée (dos. AI 60.60/1 et 60.45/1). Suite à une infiltration, l'assurée avait rapporté une nette amélioration, sous réserve de douleurs gênantes lors des mouvements, l'empêchant de reprendre son activité habituelle de factrice. Ces douleurs persistantes avaient conduit le médecin à procéder à une intervention chirurgicale le 24 janvier 2018, à savoir une acromioplastie ainsi qu'une arthroscopie de l'épaule avec inspection de l'articulation, ténotomie du tendon du long biceps et reconstruction des tendons supra- et infra-épineux (voir dos. AI 60.37/1 et 60.21/1). Cette opération avait permis une amélioration significative de la mobilité de l'épaule. L'assurée avait pu reprendre son activité de factrice à 100% (de son taux habituel de 70%), dès le 1^{er} septembre 2018 (dos. AI 69.5/1).

5.5 Entre la date du prononcé du 18 juin 2019 et celles des décisions contestées des 2 novembre et 14 décembre 2023, les sources suivantes renseignent sur la situation médicale de l'assurée.

5.5.1 Par rapport du 22 avril 2021, des spécialistes en neurologie d'un neurocentre ont retenu les diagnostics de suspicion sévère de sclérose en plaques récurrente (première manifestation en 2015) et de status après infection à l'hépatite E (dos. AI 91/3). Le premier diagnostic a été posé notamment sur la base de résultats d'examens d'imagerie du crâne et de la

colonne vertébrale (réalisés les 8 et 10 mars 2021; dos. AI 91/5), lesquels ont révélé de multiples lésions compatibles avec une maladie démyélinisante (critères McDonald remplis). Les médecins ont toutefois émis quelques réserves quant au diagnostic de sclérose en plaques en raison de l'âge atypique de la manifestation de cette maladie et de la corrélation partielle de l'apparition des symptômes avec les voyages à l'étranger et des infections fébriles associées. Après avoir fait procéder à des analyses complémentaires par des médecins hépatologues, la présence d'une infection aiguë a été niée. Les spécialistes ont recommandé la mise en place d'un bilan neuropsychologique (dos. AI 91/5). Celui-ci s'est déroulé le 27 avril 2021. Du rapport y relatif du 12 mai 2021, il ressort les diagnostics de forte suspicion de sclérose en plaques de forme récurrente (première manifestation en 2015) en présence de performances fonctionnelles cognitives conformes à la norme et de signes de fatigue cognitive et motrice sévère. Une réduction de la capacité de travail de 50% a été jugée prévisible (dos. AI 83/1 ss).

5.5.2 Dans un rapport du 2 août 2021, les spécialistes en neuropsychologie d'un neurocentre, sur la base d'examen infectiologiques (dos. AI 99/25 ss), ont estimé que les critères McDonald 2017 étaient remplis et ont de ce fait retenu le diagnostic de sclérose en plaques récurrente. Ils ont attesté une incapacité de travail de 50% jusqu'au 31 août 2021 (dos. AI 99/21 ss). Dans leurs rapports de suivi des 29 octobre 2021, 5 janvier et 11 mai 2022, ils ont constaté un status neurologique pratiquement inchangé par rapport à l'examen d'août 2021, avec une légère pallesthésie des quatre extrémités et une fatigue modérée. Ils ont jugé que l'incapacité de travail de l'assurée était toujours de 50% en raison de la fatigue (dos. AI 99/17, 99/15 et 99/13).

5.5.3 Compte tenu de la fatigue rapportée et sur recommandation des spécialistes en neuropsychologie (dos. AI 99/18), l'assurée a consulté un spécialiste en pneumologie. Celui-ci, par rapport du 11 mai 2022, a notamment posé les diagnostics de somnolence diurne excessive d'étiologie probablement multifactorielle en présence de sclérose en plaques, avec forte suspicion de syndrome d'apnée obstructive du sommeil. Ce dernier trouble a été traité par un appareillage ambulatoire

dès le 7 avril 2022. Ce traitement a conduit, selon le médecin, à une amélioration des plaintes de sa patiente (dos. AI 99/11).

5.5.4 Dans un rapport du 14 mai 2022 adressé à l'Office AI Berne, le médecin généraliste traitant a fait état de fatigue, d'incontinence, ainsi que de problèmes d'équilibre et de mémoire à court terme. Il a également évoqué une nette amélioration d'une déficience visuelle droite depuis 2021. Il a retenu le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de sclérose en plaques récurrente et a retenu une capacité de travail de 50% (du taux habituel de 70%). A titre de limitations fonctionnelles, le médecin a mentionné que la recourante devait éviter les activités nécessitant le port de lourdes charges et les efforts du dos (dos. AI 99/4 ss).

5.5.5 L'assurée a été vue en consultation auprès d'une clinique universitaire d'ophtalmologie en raison de l'intensification d'une perception à double d'images. Du rapport y relatif du 4 janvier 2023, il en ressort les diagnostics de status après névrite optique à l'œil droit en raison d'une sclérose en plaques, d'ésophorie pour la vision de loin à l'œil droit et d'hypermétropie, d'astigmatisme et de presbytie sous-correctée aux deux yeux, ainsi que de fibromyalgie. Des lunettes à prismes ont été prescrites à l'intéressée (dos. AI 131/14).

5.5.6 Dans un rapport de suivi du 5 janvier 2023, les spécialistes en neuropsychologie d'un neurocentre ont confirmé les diagnostics déjà posés (voir c. 5.5.1 et 5.5.2) et ont attesté d'une incapacité de travail de 50% (du taux habituel de 70%). Les médecins ont par ailleurs constaté que le degré de gravité de la sclérose en plaques n'avait pas évolué. Ils ont néanmoins observé que leur patiente était limitée, non seulement par des troubles de la sensibilité, mais également par une fatigue motrice et cognitive se traduisant par un besoin de sommeil accru et des difficultés de concentration (dos. AI 131/11 ss).

5.5.7 Sur les recommandations du SMR, par une spécialiste en neurologie (dos. AI 102/5), l'intimé a ordonné une expertise pluridisciplinaire, dont les conclusions ont été livrées le 17 février 2023. A l'appui de leur évaluation consensuelle, les experts ont posé les diagnostics de sclérose en plaques (ch. G35 CIM-10), de trouble neuropsychologique

léger avec syndrome neurocognitif secondaire, de trouble anxieux et dépressif mixte (ch. F41 CIM-10), de surcharge pondérale, de probable hypertension artérielle, de masse gynécologique (à la palpation) sur probable utérus myomateux important, d'ulcère gastrique, de status après hépatite E, d'apnée du sommeil (ch. G47.3 CIM-10), de status après plusieurs fractures et luxations au niveau des articulations avec opération au niveau de l'épaule gauche, du genou droit et du péroné droit et de status après laparoscopie pour endométriose en 2007 (dos. AI 127.1/5). A titre de limitations fonctionnelles, les experts ont évoqué, d'un point de vue neuropsychologique, un trouble exécutif attentionnel provoquant des erreurs même pour les tâches simples, une fatigue, une fatigabilité, et des troubles de la concentration. Sous l'angle psychiatrique, ils ont estimé que l'assurée était limitée dans les activités demandant des tâches complexes et de mise en pratique de stratégies. S'agissant des limitations neurologiques, les experts ont mentionné une fatigue, une fatigabilité, un déficit moteur et sensitif de l'hémicorps droit, des problèmes à l'œil droit, des pertes d'équilibre et la nécessité de siestes prolongées (dos. AI 127.1/5). Les experts sont arrivés à la conclusion que l'intéressée était en mesure d'exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles évoquées ci-dessus à 80% dès le 24 février 2000 et jusqu'à fin mars 2021, puis, dès le 1^{er} avril 2021, à 35% (dos. AI 127.1/6).

5.5.8 Les médecins en charge de l'assurée durant le séjour en clinique de réadaptation du 7 au 25 février 2023 ont rédigé un rapport le 1^{er} mars 2023 dans lequel ils ont constaté qu'elle présentait principalement une fatigue, des difficultés de concentration, une baisse de l'acuité visuelle aux deux yeux, des spasmes nocturnes et une sclérose en plaques. Au cours de l'hospitalisation, l'endurance, la marche et la gestion de la fatigue ont été améliorées (dos. AI 131/2 ss). Les médecins ont attesté une incapacité de travail totale du 7 février au 13 mars 2023 (dos. AI 147/3).

5.5.9 Dans un rapport du 14 août 2023, la spécialiste en neurologie du SMR s'est prononcée sur les écrits dont les experts n'avaient pas connaissance au moment de l'élaboration de l'expertise. La médecin a considéré qu'il n'y avait aucun nouveau diagnostic ni de nouvelles observations qui réduiraient davantage la capacité de rendement. En

particulier, elle a constaté l'absence de nouvelle poussée de la sclérose en plaques. Après avoir reconnu l'accentuation du strabisme, la médecin a indiqué que celui-ci avait été corrigé par les lunettes prismatiques et qu'il ne justifiait pas, à lui-seul, la dégradation de l'état de santé alléguée par l'intéressée. Par conséquent, elle a jugé que le profil d'exigibilité retenu par les experts pouvait être maintenu (dos. AI 156/4).

5.5.10 A l'appui de son recours, l'assurée a remis un écrit du 29 novembre 2023 (voir c. 5.1) dans lequel les spécialistes en neuropsychologie d'un neurocentre ont rapporté des douleurs à la hanche, aux jambes (dues à des spasmes) ou encore à des endroits localisés comme par exemple à la main droite. Ils ont également fait état de vertiges et d'autres infections ponctuelles (vraisemblablement dues à la sclérose en plaques), ainsi que d'une fatigue importante (pièce justificative [PJ] 3 recourante).

6.

Se pose en premier lieu la question de la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 17 février 2023, sur laquelle s'est appuyé l'intimé pour rendre les décisions contestées.

6.1 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

6.2 L'expertise comprend une appréciation interdisciplinaire (expertise consensuelle) du 17 février 2023, synthétisant le résultat d'examens sur les plans de la médecine interne générale, de la neurologie, de la psychiatrie et de la neuropsychologie, s'étant tous déroulés entre novembre 2022 et

janvier 2023 (dos. AI 127.1/1). Dans les appréciations émergeant à leur spécialité et prenant en compte l'ensemble des pièces médicales pertinentes au dossier (y compris s'agissant des trois précédentes demandes; dos. AI 127.6/1), de même que les plaintes formulées par l'assurée, les experts ont procédé à une anamnèse détaillée et ont dressé des status complets découlant de leurs propres investigations cliniques. Les conclusions des spécialistes, dont rien ne permet de douter des qualifications, sont étayées, s'avèrent compréhensibles et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes de la genèse de l'expertise. Elles répondent ainsi aux exigences formelles posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (voir c. 6.1).

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

6.3.1 D'un point de vue de la médecine interne générale, l'expert a recensé les plaintes de l'assurée et leur a cherché d'éventuelles causes objectives. Dans ce contexte et s'agissant en particulier de la fatigue ressentie par l'intéressée, l'appréciation du spécialiste en médecine interne selon laquelle le syndrome d'apnée du sommeil est bien appareillé et a fait l'objet d'une bonne adhésion thérapeutique par l'assurée (dos. AI 127.2/8), rejoint les conclusions du spécialiste en pneumologie (voir c. 5.5.3; dos. AI 99/11). Quant aux plaintes formulées relatives aux membres supérieurs et à la nuque (dos. AI 127.2/3), les investigations ostéoarticulaires réalisées n'ont rien révélé de particulier. Au contraire, l'expert a constaté que toutes les articulations étaient mobilisables et indolores (dos. AI 127.2/6). A l'issue de son examen clinique complet (dos. AI 127.2/3) et compte tenu de l'indépendance de l'assurée et des nombreuses activités menées par cette dernière, l'expert en médecine interne générale a exclu de façon logique une quelconque pathologie incapacitante relevant de sa spécialisation. Il est d'autant plus crédible qu'il n'a pas mis en évidence de limitations fonctionnelles sur le plan de la médecine interne (dos. AI 127.2/7 ss). La discussion et les explications de l'expert à ce propos sont cohérentes et confirment en tous points les appréciations médicales des différents professionnels de la santé ayant pris en charge l'assurée sous l'angle de la médecine interne (l'expert ayant renvoyé à l'expertise neurologique

s'agissant des aspects en lien avec cette dernière discipline; dos. AI 127.2/6). Par conséquent, sur le plan de la médecine interne, la capacité de travail entière, sans diminution de rendement, qui résulte des observations de l'expert est pleinement probante et n'est pas remise en cause ni par l'assurée, ni par d'autres avis médicaux au dossier.

6.3.2 S'agissant du volet neurologique ensuite, l'expert a procédé à des investigations cliniques, avant de confronter avec soin les résultats aux plaintes formulées par l'assurée. Celles-ci ont été jugées en adéquation avec les constats objectifs. Le spécialiste a en effet admis qu'il existait des troubles moteurs et sensibles de l'hémicorps droit et de la vision, qui étaient cohérents avec le diagnostic de sclérose en plaques (dos. AI 127.3/5). Dans ce contexte et pour étayer la présence de ce dernier diagnostic, l'expert s'est appuyé sur les conclusions du rapport d'imagerie cérébral réalisé le 8 mars 2021, lequel avait révélé de multiples lésions compatibles avec une maladie démyélinisante (voir c. 5.5.1; dos. AI 91/5). Il s'est en outre fondé sur les troubles de l'équilibre et l'importante fatigue de l'assurée (dos. AI 127.3/5). Ces différentes constatations ont également été décisives pour les spécialistes en neurologie traitants, s'agissant de l'établissement du diagnostic de sclérose en plaques (voir à ce propos rapports des 22 avril 2021 [lésions multiples, névrite optique; dos. AI 91/5] et 12 mai 2021 [fatigue cognitive et motrice sévère; dos. AI 83/2]; voir c. 5.5.1). En tant que l'expert retient à titre de limitations fonctionnelles des déficits moteurs et sensitifs de l'hémicorps droit, une diminution de l'acuité visuelle, des problèmes d'équilibre ou encore une fatigue (dos. AI 127.3/6), il rejoint l'avis des médecins traitants (fatigue [y compris cognitive et motrice; dos. AI 99/18, 99/15, 99/13, 99/4, 131/13, PJ 3 recourante], troubles de l'acuité visuelle [dos. AI 131/14 et 131/13], de l'équilibre [y compris vertiges; dos. AI 99/4], de la mémoire [dos. AI 99/4]; ou une sensibilité des membres [dos. AI 99/18]). Les troubles sphinctériens évoqués par l'assurée (dos. AI 127.3/5) au cours de l'entretien n'ont du reste pas été ignorés par l'expert. Celui-ci a toutefois considéré qu'ils n'avaient aucune influence sur la capacité de travail (dos. AI 127.3/6). A cet égard et bien que l'expert n'ait pas précisé les raisons pour lesquelles il a retenu une capacité de travail de 35% (50% d'un taux habituel de 70%), on comprend aisément de son rapport qu'une telle limitation se justifie

principalement (voir exclusivement) par la fatigue de l'assurée (besoin de récupération; dos. AI 127.3/6; voir également dos. AI 100/11) et qu'elle vaut tant pour l'emploi actuel que pour une autre activité (dos. AI 127.3/6). Quant aux déficits moteurs et sensitifs de l'hémicorps droit et aux problèmes d'équilibre, ils ont été intégrés au profil d'exigibilité par l'expert en neurologie, puisqu'il a considéré que l'activité de factrice, laquelle avait été adaptée avec des tâches simplifiées, était adéquate (dos. AI 127.3/6). Pour le surplus, la capacité de travail de 35% arrêtée par l'expert concorde avec l'appréciation des spécialistes en neurologie et du médecin généraliste traitants (voir notamment dos. AI 83/2, 99/5, 99/13, 99/15, 99/17, 99/22, 100/4, 100/7, 131/12) et est dès lors convaincante. Au vu de ce qui précède, le volet neurologique de l'expertise est pleinement probant.

6.3.3 L'assurée s'est aussi soumise à un bilan neuropsychologique lors duquel l'experte de cette discipline a comparé avec minutie les résultats obtenus par rapport à ceux des derniers tests neuropsychologiques effectués le 27 avril 2021 (rapport du 12 mai 2021; voir c. 5.5.1). C'est ainsi qu'elle a constaté un profil globalement superposable à celui de 2021. En effet, les deux examens ont mis en évidence des performances dans la norme pour plusieurs fonctions évaluées, de même qu'un impact sévère de la fatigue cognitive et motrice (dos. AI 127.5/5 et 83/2). L'experte a par ailleurs motivé le diagnostic de syndrome neurocognitif secondaire (ch. D67 CIM-10) d'étiologie inflammatoire au premier plan (sclérose en plaques), par la présence de légers troubles exécutivo-attentionnels (dos. AI 127.5/5). Elle a toutefois mentionné que ce diagnostic n'excluait pas la participation au second plan de la médication de facteurs thymiques et des douleurs chroniques sur le fonctionnement en situation (dos. AI 127.5/6). L'experte a en outre examiné de façon minutieuse les restrictions fonctionnelles découlant des troubles objectifs constatés. C'est ainsi qu'elle a expliqué, avec un raisonnement qui convainc, que les troubles exécutivo-attentionnels se manifestaient par des erreurs même pour les tâches simples et que la fatigue avait un impact sur le fonctionnement cognitif (en particulier attentionnel; lors d'activités). Les conclusions de l'experte sur ce point sont d'autant plus crédibles que celle-ci a décrit précisément en quoi les répercussions fonctionnelles impactaient l'activité de factrice (nécessité de retenir et de manipuler mentalement plusieurs informations, de circuler

en ville avec un véhicule et d'éviter les erreurs et les oublis; dos. AI 127.5/6). La capacité de travail de 64% (80% avec un rendement de 80% [soit 0.8×0.8]) depuis avril 2021 (date du précédent bilan neuropsychologique) dans l'activité habituelle a été arrêtée par l'experte en détaillant la portée de chacune des limitations susmentionnées sur la capacité de travail ou de rendement de l'assurée. C'est ainsi que la fatigue a conduit l'experte à réduire de 20% la capacité de travail. La diminution de rendement a, quant à elle, été justifiée par les aspects exécutivo-attentionnels (dos. AI 127.5/5). Le raisonnement de l'experte en neuropsychologie apparaît ainsi cohérent. Après avoir considéré que l'activité de factrice était adaptée aux restrictions fonctionnelles, la spécialiste en neuropsychologie a toutefois concédé que la capacité de travail de l'assurée pourrait être améliorée dans une activité comprenant un cahier des charges constitué de tâches simples et routinières (dos. AI 127.5/6). Elle a ainsi estimé que, dans ce cadre, un rendement plein pourrait être exigé de l'intéressée et a fixé la capacité de travail à 80%. Cette évaluation de la spécialiste en neuropsychologie se heurte cependant à l'appréciation des spécialistes en neuropsychologie d'un neurocentre, lesquels retenaient une capacité de travail de 50% en raison de la fatigue sévère et des pertes cognitives (voir c. 5.5.1; dos. AI 83/1 ss). Il convient néanmoins de relever la différence de mandat donné à un médecin traitant et à un médecin agissant en tant qu'expert. S'agissant des avis du médecin de famille, le juge peut et doit toutefois tenir compte du fait qu'en égard à la relation de confiance établie avec son patient, le médecin de famille aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). Il n'en va pas seulement ainsi du médecin de famille praticien généraliste, mais également du spécialiste traitant (TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4). Dans ces circonstances, on peut relativiser l'incapacité de travail de 50% évaluée par les spécialistes en neuropsychologie traitants. Cela vaut d'autant plus que ceux-ci n'expliquent nullement de façon précise et documentée les raisons les ayant conduits à un tel résultat, pas plus qu'ils ne se prononcent sur la capacité de travail dans une activité adaptée ou habituelle. Au contraire des médecins traitants, l'experte a procédé à une appréciation circonstanciée et a détaillé les incidences de chacune des limitations sur la capacité de travail ou le rendement de l'assurée et ce, tant dans l'activité

habituelle que dans une activité adaptée (dos. AI 127.5/6). Partant, cette différence d'appréciation ne saurait remettre en cause l'évaluation de la capacité de travail de l'experte en neuropsychologie, qui doit partant être confirmée.

6.3.4 En ce qui concerne l'aspect psychiatrique, l'experte de cette discipline a procédé avec soin à un examen clinique avant de discuter les diagnostics topiques. Dans ce contexte, elle a retenu le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (ch. F41 CIM-10). Pour étayer celui-ci, elle s'est appuyée sur l'attitude perçue durant l'entretien et les déclarations formulées par l'assurée dans ce cadre (pleurs incontrôlables de l'intéressée, grande incertitude éprouvée par celle-ci concernant le futur, troubles du sommeil marqués, réduction des contacts sociaux et culpabilité face à la péjoration de l'état de santé). Elle a conforté son raisonnement en relevant que l'intensité de ces symptômes étaient insuffisante pour justifier un diagnostic (anxieux ou dépressif) séparé (dos. AI 127.4/7). Quant au diagnostic de difficultés liées à l'orientation du mode de vie (ch. Z73.1 CIM-10) par une accentuation de certains traits de personnalité de type obsessionnelle, l'experte l'a retenu au motif qu'elle a décelé, au cours de l'entrevue, une tendance persistante à la préoccupation de l'ordre, au perfectionnisme, au contrôle de soi, des autres et des situations. Selon l'experte, la présentation très soignée de l'assurée, la recherche des mots justes par celle-ci, la précision avec laquelle elle avait décrit les durées des trajets traduisaient ces traits de personnalité (dos. AI 127.4/7). Avant de conclure son évaluation diagnostique, l'experte psychiatre n'a pas omis de discuter les diagnostics retenus par l'expert psychiatre consulté en 1999 et 2003 (voir c. 5.2 et 5.3). C'est ainsi qu'elle a expliqué de façon logique qu'en raison du diagnostic affirmé de sclérose en plaques, les troubles psychosomatiques (ch. F45.9 CIM-10) et le trouble névrotique amélioré (ch. F48.9 CIM 10), n'étaient plus justifiés (voir dans ce sens également dos. AI 7/6 et 35/4). En outre et pour exclure le diagnostic de réaction dépressive modérée de longue durée qui avait été mis en évidence par l'expert psychiatre en 1999 (dos. AI 7/6), la spécialiste en psychiatrie a souligné qu'un tel état ne pouvait persister au-delà de deux ans et a observé que l'assurée ne remplissait pas ce critère (dos. AI 127.4/8). L'experte a en outre veillé à définir les limitations fonctionnelles au moyen

d'un test mini ICF-APP (dos. AI 127.4/8). Quand bien même l'experte n'a pas étayé les raisons l'ayant conduite à retenir une capacité de travail de 64% dans l'activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée, l'appréciation de la capacité de travail qui a été formulée est néanmoins compréhensible. Compte tenu du fait que l'experte a nié une quelconque modification de l'état de santé psychiatrique par rapport à la situation lors de la précédente décision, il y a lieu d'admettre qu'elle a considéré que l'assurée disposait d'une capacité de travail entière (de son taux habituel soit 70%) sur le plan strictement psychiatrique (dos. AI 127.4/9). Par souci d'exactitude, elle a toutefois formulé ses conclusions en tenant compte des constatations effectuées sous l'angle neuropsychologique, comme il lui appartenait de le faire (TF 9C_752/2018 du 12 avril 2019 c. 5.3) et s'est donc ralliée à l'appréciation de l'experte neuropsychologue. Bien que succinctement motivé, ce point de vue ne prête pas flanc à la critique. La recourante ne peut pas être suivie lorsqu'elle reproche à l'experte d'avoir fait abstraction de l'influence des diagnostics psychiatriques sur la gestion de la sclérose en plaques (recours p. 7). Comme déjà évoqué, l'experte a pris en compte ce dernier diagnostic (nouvellement) posé dans sa discussion relative aux diagnostics non retenus. Elle a en outre préconisé la mise en place d'un suivi psychiatrique pour l'accompagnement de l'acceptation de la maladie (dos. AI 127.4/8). En tout état de cause, l'appréciation consensuelle (voir c. 6.3.5) intègre les aspects psychiatriques et somatiques et rassemble les discussions dans une appréciation finale. Les différents experts ont ainsi évalué de façon globale les troubles psychiatriques et somatiques, de sorte que le grief de l'assurée tombe à faux.

6.3.5 Finalement, l'évaluation consensuelle livre une appréciation coordonnée des diagnostics retenus, des limitations fonctionnelles constatées et de leurs répercussions sur la capacité de travail. A son terme les experts sont arrivés à la conclusion que l'appréciation neurologique était déterminante pour l'évaluation de la capacité de travail et de rendement (dos. AI 127.1/6). C'est ainsi qu'ils se sont mis d'accord sur une capacité de travail de 35% dans une activité adaptée dès le 1^{er} avril 2021. Il est vrai que les experts n'ont pas expressément indiqué quel profil d'exigibilité ils retenaient. Dans la mesure où ils se sont référés à l'appréciation de la

capacité de travail de l'expert neurologue, il y a lieu d'admettre qu'ils ont tablé sur le profil retenu par ce même expert. L'activité adaptée correspond ainsi à l'activité habituelle de factrice (qui a été adaptée avec des tâches simplifiées et aménagées le matin, afin de pouvoir récupérer l'après-midi [siestes prolongées]; dos. AI 127.1/6 en lien avec dos. AI 127.3/6). Pour la période antérieure, ils s'en sont en revanche remis à l'avis de l'experte psychiatre (qui a repris les conclusions de la neuropsychologue). Cela s'explique notamment par le fait que ni l'expert en neurologie, ni la spécialiste en neuropsychologie ne se sont prononcés sur la période antérieure vu l'absence d'examen neuropsychologique plus ancien permettant un comparatif (voir dos. AI 127.5/7). Au contraire, la spécialiste en psychiatrie a été en mesure de se déterminer sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée compte tenu des expertises psychiatriques réalisées en 1999 et 2003 figurant au dossier (dos. AI 7/1, 35/1 et 127.4/9). En tout état de cause, la fixation de la capacité de travail pour la période antérieure au 1^{er} avril 2021 n'est de toute manière pas déterminante, compte tenu du début potentiel du droit à la rente (voir c. 8.2).

6.3.6 Par conséquent, il faut conclure que l'expertise pluridisciplinaire du 17 février 2023 s'avère claire, convaincante et complète. Elle répond aux critères posés par la jurisprudence (voir c. 6.1) pour lui accorder une pleine valeur probante, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'entreprendre ou d'ordonner des investigations médicales supplémentaires qui n'apporteraient rien de nouveau au dossier déjà suffisamment instruit. Cette conclusion s'impose tant pour les aspects spécifiquement médicaux de l'expertise, que pour la proposition qui y est formulée relative à l'estimation de la capacité de travail et de son évolution. Par le fait d'avoir évalué les déficits fonctionnels sur une base objectivée, les experts mandatés par l'intimé ont en effet respecté le cadre normatif déterminant (art. 7 al. 2 LPGA; voir c. 2.3). A cet égard et quand bien même se pose la question de savoir si un examen à l'aune des indicateurs standards issus de la jurisprudence du TF s'avère utile, dès lors que l'experte psychiatre n'a pas retenu de limitation de la capacité de travail sur le strict plan psychiatrique (mais uniquement en reprenant l'avis de l'experte neuropsychologue), on peut néanmoins relever ce qui suit, dans la mesure où la recourante invoque certains griefs en lien avec cette procédure probatoire structurée. Force est en effet de relever que l'experte

psychiatre n'a pas retenu de motifs d'exclusion et partant, d'arguments en faveur d'une simulation ou d'une majoration systématique des symptômes. Ensuite, le degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte a notamment été évalué en tenant compte de l'absence d'un diagnostic de trouble psychosomatique et névrotique modéré et de réaction dépressive modérée, ainsi qu'en présence d'un trouble anxieux et dépressif mixte, suffisant à lui seul pour expliquer les pleurs incontrôlables et les troubles du sommeil. La critique de l'assurée selon laquelle l'experte n'aurait pas discuté l'aspect de la comorbidité n'est du reste pas fondée (recours p. 7). D'une part, et comme évoqué, l'experte n'a nullement occulté les facteurs somatiques et l'influence de ceux-ci sur les diagnostics psychiatriques (voir c. 6.3.4). D'autre part, il ne faut pas perdre de vue que la jurisprudence n'attribue plus au "critère de la comorbidité psychiatrique" une importance prépondérante par rapport aux autres indicateurs. Ce critère doit toutefois être pris en considération en fonction de son importance concrète dans le cas particulier, notamment en tant qu'échelle de mesure pour voir si elle prive l'assurée de certaines ressources (ATF 141 V 281 c. 4.3.1.3). En l'occurrence, on comprend de son rapport que l'experte a procédé à une approche globale des troubles (somatiques et psychiatriques), notamment en évaluant et énumérant les ressources de l'assurée. A ce titre, l'experte a notamment évoqué la persévérance de l'intéressée, sa faculté à se déplacer et à prendre soin d'elle-même. L'attachement aux animaux et les diplômes dans la vente ou en tant que factrice ont également été mis en évidence par l'experte. Celle-ci a encore pris en considération l'entourage, bien présent, de l'assurée (cercle d'amis et mari; dos. AI 127.4/8). En dépit de quelques facteurs de contrainte ayant entamé les ressources de la recourante (difficultés à s'adapter aux règles et à la routine, à planifier et structurer les tâches et d'appliquer ses compétences), l'experte a conclu de façon logique que les ressources internes et externes de l'assurée étaient suffisantes pour lui permettre d'exercer une activité à un taux de 80% dans une activité adaptée (correspondant à son activité habituelle). Dès lors, au vu de l'examen méticuleux et détaillé des indicateurs par l'experte psychiatre, les conclusions de celle-ci apparaissent convaincantes également d'un point de vue juridique.

6.3.7 Au vu de ce qui précède, il sied donc de retenir, à l'instar des experts dans leur évaluation consensuelle, que l'assurée présente une capacité de travail de 35% depuis le 1^{er} avril 2021, s'agissant des activités adaptées à ses limitations fonctionnelles, telles que l'activité habituelle de factrice, dans la mesure où celle-ci a été adaptée, comme évoqué (voir dos. AI 127.1/6 en lien avec dos. AI 127.3/6).

7.

Il y a encore lieu d'examiner la valeur probante du rapport du SMR du 14 août 2023 établi suite aux objections de l'assurée et sur lequel reposent également les décisions attaquées.

7.1 Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité (ATF 125 V 351 c. 3b/ee; SVR 2022 UV n° 3 c. 3.2).

7.2 Dans son rapport du 14 août 2023, la médecin du SMR s'est penchée sur l'évolution de l'état de santé consécutive aux examens réalisés par les experts. Cette appréciation, qui émane d'une spécialiste en neurologie, a été établie en pleine connaissance du dossier puisqu'elle prend en considération les conclusions de l'expertise du 17 février 2023, ainsi que le dossier médico-asséurologique actualisé (voir c. 5.5.5 et 5.5.8). En outre, elle repose sur une étude fouillée des points litigieux important, à savoir l'éventuelle aggravation de l'état de santé depuis l'établissement de l'expertise. Dans ce contexte, la recourante ne peut être suivie lorsqu'elle fait valoir que la valeur probante de ce rapport doit être niée du seul fait que la spécialiste du SMR ne s'est pas prononcée sur les limitations fonctionnelles, sur le taux d'incapacité de travail ou sur une éventuelle activité adaptée (recours p. 9). En effet, la médecin du SMR a été consultée par l'intimé pour répondre à la question de savoir si les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 17 février 2023 étaient toujours d'actualité compte tenu des nouveaux rapports médicaux déposés par l'assurée (dos. AI 158.2). Dans la mesure où la médecin a répondu par

l'affirmative à cette question, elle s'est référée entièrement aux réponses des experts quant à l'appréciation de la capacité de travail et l'établissement du profil d'exigibilité. On ne saurait dès lors lui reprocher de ne pas s'être déterminée sur ces éléments dans son rapport du 14 août 2023. Par conséquent, d'un point de vue formel, cet écrit satisfait également aux conditions jurisprudentielles relatives à la force probante de tels documents (voir c. 6.1 et 7.1).

7.3 Sur le plan matériel, le raisonnement de la spécialiste en neurologie du SMR fait montre d'une réflexion médicale approfondie et méticuleuse. La médecin a examiné et résumé avec soin les rapports établis à la suite des examens des experts avant de conclure de façon convaincante que, d'un point de vue neurologique, aucun nouveau diagnostic n'avait été mis en évidence par les médecins traitants (dos. AI 156/4). Certes, l'assurée a consulté en janvier 2024 des orthoptistes d'une clinique universitaire d'ophtalmologie en raison d'une aggravation des troubles de l'acuité visuelle (voir c. 5.5.5). Les troubles de la vision avaient toutefois déjà été mis en évidence par l'expert neurologue lors de son examen clinique (dos. AI 127.3/4). Celui-ci avait du reste expressément concédé que les troubles de la vision avaient (notamment) contribué à l'aggravation de l'état de santé par rapport à la décision du 19 juin 2019 (dos. AI 127.3/6). En tout état de cause et bien que la médecin du SMR ait admis que le strabisme latent préexistant s'était un peu accentué, elle a néanmoins considéré qu'il avait été corrigé par les lunettes prismatiques et qu'il ne constituait dès lors pas une modification importante de l'état de fait susceptible d'influencer les droits de l'assurée. La problématique neurologique en lien avec la sclérose en plaques n'a pas non plus été ignorée par la spécialiste en neurologie du SMR puisqu'elle a examiné l'évolution de l'échelle de cotation du handicap de la sclérose en plaques (EDDS) mise en évidence par les médecins traitants, avant de constater l'absence de poussée de la maladie (dos. AI 156/4). Cette appréciation est corroborée par les conclusions des spécialistes en neuropsychologie d'un neurocentre, lesquels ont évoqué, en janvier 2023, soit alors que la prétendue péjoration de l'état de santé était déjà survenue (voir recours p. 8), un status clinique inchangé (voir c. 5.5.6; EDSS de 2.5 en janvier 2023 [dos. AI 123/4] identique à l'auscultation de janvier 2022 [dos. AI 99/14]). Au vu de ces conclusions

concordantes et contrairement à ce que soutient l'assurée, on ne saurait reprocher à la médecin du SMR d'avoir ignoré le caractère évolutif de la sclérose en plaques (recours p. 9). Le dossier ne recèle pour le surplus aucun indice en faveur de troubles qui auraient une influence sur la capacité de travail et qui n'auraient pas déjà été pris en compte par les experts. En particulier, ni les médecins de la clinique de réadaptation (voir c. 5.5.8; dos. AI 131/2), ni les spécialistes en neurologie (PJ 3 recourante) n'ont expliqué en quoi les spasmes nocturnes pourraient (davantage) limiter la capacité de travail de l'assurée (recours p. 9), pas plus qu'ils n'ont étayé les raisons pour lesquelles ils avaient arrêté une incapacité de travail de 100% (dos. AI 147/3). Au contraire, les médecins en charge de la recourante durant son séjour en clinique de réadaptation ont fait état d'une amélioration, au cours de l'hospitalisation, de l'endurance, la marche et la gestion de la fatigue (dos. AI 131/5; voir c. 5.5.8). Quant au rapport du 29 novembre 2023 (PJ 3 recourante) des spécialistes en neurologies traitants, il n'est pas non plus de nature à remettre en cause les conclusions de la doctoresse du SMR dans la mesure où ces médecins se limitent à retranscrire les plaintes de leur patiente, sans attester une dégradation objective de l'état de santé (voir dans ce sens également réponse de l'intimé p. 3). Rien ne justifie dès lors de s'écarter de l'appréciation circonstanciée et convaincante établie par la médecin du SMR. Il y a donc lieu de s'y référer et de considérer, à l'instar de la spécialiste en neurologie du SMR, que les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 17 février 2023 (voir c. 6.3.7) étaient toujours probantes et actuelles au moment où l'Office AI Berne a rendu son préavis, puis ses décisions contestées.

8.

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

8.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail

équilibré (art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être prises en compte (ATF 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222).

8.2 En l'espèce, le droit à la rente est né le 1^{er} novembre 2021, comme également retenu par l'intimé, l'assurée ayant déposé sa demande de prestations en mai 2021 (art. 29 al. 1 et 3 LAI) et celle-ci pouvant alors se prévaloir d'une incapacité de travail de 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI). L'année de référence pour procéder à la comparaison des revenus est donc 2021.

8.3

8.3.1 Pour déterminer le revenu de personne valide, il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser selon un degré de vraisemblance prépondérante sans atteinte à la santé, en vertu de ses aptitudes professionnelles et des circonstances personnelles, au moment du début potentiel du droit à la rente. Il y a lieu en règle générale de prendre pour base le dernier salaire gagné par la personne assurée, en l'adaptant le cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires réels (ATF 145 V 141 c. 5.2.1, 134 V 322 c. 4.1; SVR 2022 UV n° 4 c. 3.2).

8.3.2 En l'espèce, c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les indications salariales fournies par le dernier employeur pour évaluer le revenu hypothétique sans handicap de l'assurée (rapporté à un taux d'occupation de 100%; dos. AI 90/5). Il ressort des éléments au dossier que l'assurée, en bonne santé, aurait continué d'exercer son emploi de factrice (qu'elle a toujours apprécié) et à temps complet (dos. AI 11/1 et 1.1/13). Elle a en effet été mise au bénéfice d'une retraite partielle dès novembre 2000 (dos. AI 19/1) à la suite d'atteintes régulières et récurrentes à sa santé depuis 1998 (dos. AI 29/1). Selon les indications de l'employeur concerné, le salaire se serait élevé en 2021 à Fr. 52'718.- pour son taux habituel de 70% (dos. AI 90/3 et 90/5). Après adaptation à un taux d'occupation de 100%, on obtient un revenu sans handicap de Fr. 75'311.-.

8.4

8.4.1 Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne intéressée (ATF 148 V 174 c. 6.2, 143 V 295 c. 2.2). Lorsqu'après la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée exerce une activité lucrative dont on peut admettre – cumulativement – qu'elle repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est en principe ce salaire effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 148 V 174 c. 6.2).

8.4.2 Dans la mesure où les experts sont arrivés à la conclusion que l'emploi de factrice exercé en dernier lieu et de longue durée était adapté aux restrictions fonctionnelles de l'assurée (emploi adapté par l'aménagement de tâches simplifiées; voir c. 6.3.5; dos. AI 127.1/6 en lien avec dos. AI 127.3/6), l'Office AI Berne s'est à bon droit référé aux mêmes données salariales que celles évoquées ci-dessus (voir c. 8.3.2). Rien ne permet en effet de retenir que cet emploi ne met pas totalement en valeur la capacité de travail résiduelle et que l'assurée pourrait percevoir un revenu plus élevé sur le marché du travail équilibré, ou que son salaire comprenne une composante sociale (voir ATF 141 V 351 c. 4.2). La recourante ne le conteste d'ailleurs pas. En tenant compte d'une capacité de travail réduite à 35%, cette somme doit donc être arrêtée à Fr. 26'359.-.

8.4.3 Cela étant, la recourante ne peut être suivie lorsqu'elle fait valoir que sa capacité de travail résiduelle (35%) ne peut être mise en valeur que sous une forme tellement restreinte (compte tenu de son besoin accru de pause, son taux d'activité très réduit ou encore de l'aggravation potentielle de son état de santé) qu'elle nécessiterait des concessions irréalistes de la part d'un employeur. Il ressort en effet des considérants qui précèdent que l'assurée est en mesure d'exercer une activité comportant des tâches simples et routinières, aménagées le matin, afin de pouvoir récupérer l'après-midi (siestes prolongées; voir c. 6.3.5). Contrairement à ce que soutient l'intéressée, un tel profil correspondant à des activités peu ou non qualifiées existe sur un marché du travail équilibré (sur la notion de marché

du travail équilibré, voir notamment ATF 148 V 174 c. 9.1, 138 V 457 c. 3.1; SVR 2019 IV n° 21 c. 4.2). Le TF a en effet admis que les possibilités de travail de personnes qui, en raison de leur atteinte à la santé, ne peuvent exercer que des activités légères et peu exigeantes sur le plan intellectuel, sont suffisamment concrétisées sur un tel marché (par exemple les travaux simples de surveillance ou de contrôle, l'utilisation et la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production, ainsi que l'activité de surveillant de musée ou de parking; voir TF 8C_695/2015 du 19 novembre 2015 c. 4.2 et la référence). En tout état de cause, il n'a jamais été question d'une activité exigible dans un milieu exclusivement confiné ou protégé. Au contraire, les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assurée pouvait être mise à profit dans son activité habituelle de postière ou toute autre activité comportant des tâches simplifiées et aménagées le matin, afin de pouvoir récupérer l'après-midi (voir c. 6.3.7).

8.4.4 Enfin, la recourante ne peut être suivie lorsqu'elle reproche à l'intimé d'avoir refusé la prise en compte d'un abattement. En effet, seul un revenu d'invalidité déterminé d'après des données statistiques peut être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (ATF 148 V 174 c. 6.3, 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2018 IV n° 46 c. 3.3). Or, en l'espèce et comme déjà évoqué, ce revenu a été fixé par l'Office AI Berne selon les indications salariales fournies par le dernier employeur et non d'après un salaire statistique. Le grief de la recourante sur ce point tombe donc à faux.

8.4.5 En conséquence, c'est à bon droit que l'intimé a accordé trois quarts de rente d'invalidité à la recourante. La comparaison du revenu de valide de Fr. 75'311.- avec celui d'invalidité de Fr. 26'359.- conduit en effet logiquement (puisque les montants résultent d'une base identique) à un taux d'invalidité de 65%.

8.5 C'est donc à raison que l'intimé, dans sa décision du 2 novembre 2023, a octroyé à la recourante trois quarts de rente d'invalidité de l'AI dès le 1^{er} novembre 2021 et, partant, a statué dans sa décision du 14 décembre 2023 le versement rétroactif de la rente entre le 1^{er} novembre 2021 et le 30 novembre 2023.

9.

9.1 Par conséquent, les recours des 2 novembre et 14 décembre 2023 sont mal fondés et doivent être rejetés.

9.2 Conformément à l'art. 61 let. f^{bis} LPGA, pour les litiges en matière de prestations (comme 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 être mis à sa charge (art. 69 al. 1^{bis} phr. 2 LAI; art. 108 al. 1 LPJA). Ceux-ci sont compensés avec l'avance de frais fournie.

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

Par ces motifs:

1. Les recours sont rejetés.
2. Les frais de la présente procédure, 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, par sa mandataire,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

La greffière:

e.r.: P. Annen-Etique, 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).