

**200.2023.890.AI**  
N° AVS  
MAU/EGC

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

**Jugement du 26 mai 2024**

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président  
G. Zürcher et A.-F. Boillat, juges  
A. Mariotti, greffière

**A.** \_\_\_\_\_  
représentée par Me B. \_\_\_\_\_  
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 14 novembre 2023



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1994, mariée et sans enfant, est au bénéfice d'un bachelors en soins infirmiers. Elle a exercé la profession d'infirmière de 2019 à 2021. Depuis 2022, elle travaille comme assistante médicale. En faisant mention d'une spondylarthrite ankylosante diagnostiquée en 2014, elle s'est annoncée en décembre 2021 auprès de l'assurance-invalidité (AI) en vue d'une détection précoce. Le même mois, sur demande de l'Office AI Berne, elle a ensuite déposé une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles/rente) de l'AI en raison des atteintes précitées.

**B.**

L'Office AI Berne a recueilli le dossier médical de l'assurée auprès de ses généraliste et rhumatologue traitants, ainsi que des informations auprès de ses employeurs passé et actuel. Par décision du 7 juin 2022, l'Office AI Berne a nié le droit à des mesures professionnelles. Sur recommandation de son service médical régional du 26 septembre 2022, l'Office AI Berne a ordonné une expertise bidisciplinaire en rhumatologie et psychiatrie. Sur cette base, il a adressé le 26 juin 2023 un préavis à l'assurée lui signifiant un refus de rente. Après que l'intéressée, par son mandataire, s'y fut opposée, l'Office AI Berne a formellement statué le 14 novembre 2023, dans le sens annoncé par son préavis.

**C.**

En date du 14 décembre 2023, l'assurée, agissant toujours par son mandataire, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (ci-après: le Tribunal administratif) en concluant en substance, outre à une indemnité de partie et à l'absence de frais, à l'annulation de la décision attaquée, et, principalement, à l'octroi d'une rente de 53,6% et au renvoi pour le surplus à l'Office AI Berne, subsidiairement, au renvoi de la

cause à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire. Dans sa réponse, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Par courrier du 14 février 2024, le mandataire de la recourante a transmis sa note d'honoraires.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision de l'intimé du 14 novembre 2023 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et refuse tout droit de la recourante à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et sur l'octroi d'une rente d'invalidité de 53,6%. Sont particulièrement critiqués par la recourante l'évaluation faite par l'intimé de son degré d'invalidité et plus spécifiquement le recours à la méthode mixte plutôt qu'à la méthode générale de comparaison des revenus.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir, représentée par un mandataire dûment légitimé, 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] et 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 Tribunal administratif dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

**1.4** Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

## **2.**

**2.1** La modification du 19 juin 2020 de la LAI (Développement continu de l'AI, RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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, si la demande de prestation de l'AI est datée du 21 décembre 2021 et a été réceptionnée par l'Office AI Berne le 27 décembre 2021, le potentiel droit à une rente de la recourante aurait pu naître au plus tôt en juin 2022 (voir art. 29 al. 1 LAI). Ainsi, c'est le droit en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA).

**2.3** 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). Une atteinte à la santé psychique importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49, qui ont trop peu été pris en considération en pratique. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue (ATF 127 V 294 c. 5a). Partant, dans une telle situation, un droit à une rente doit être exclu,

même si les critères de classification d'un trouble psychique sont réalisés (voir art. 7 al. 2 1<sup>ère</sup> phr. LPGA). Si une atteinte à la santé psychique assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). 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 (let. b) et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) 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<sup>bis</sup> et 1<sup>er</sup> LAI n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1<sup>bis</sup> 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.

**2.5** Selon l'art. 28a al. 3 LAI, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit en outre des travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts de l'activité lucrative ou du travail non rémunéré dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; ensuite, le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité. Par travaux habituels, visés à l'art. 7 al. 2 LAI, des assurés travaillant dans le ménage,

il faut entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches (art. 27 al. 1 RAI).

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

**2.7** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des 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 sa décision contestée du 14 novembre 2023, l'intimé a considéré que la recourante était en mesure d'exercer une activité lucrative à un taux d'occupation de 100% avec une diminution de rendement de 20% en raison de la fatigue et du risque de rechute de l'état inflammatoire. Il a donc exclu tout droit à une rente d'invalidité. Pour ce faire, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise médicale bidisciplinaire du 24 mai 2023. Sur la base des déclarations de la recourante, il a considéré qu'elle avait toujours exercé un travail à temps partiel et que l'usage de la méthode mixte pour calculer le taux d'invalidité se justifiait. Il a en outre considéré qu'une enquête ménagère n'était pas nécessaire. Dans sa réponse, l'intimé a précisé que le choix de la méthode de calcul dépendait de l'ensemble des circonstances et qu'un poids prépondérant devait être accordé aux premières déclarations de la recourante. Il a ainsi maintenu que celle-ci

n'avait jamais travaillé à 100% et n'avait jamais déclaré le vouloir. Il a également confirmé la pleine valeur probante de l'expertise bidisciplinaire et a précisé que les experts avaient eu connaissance de l'avis du rhumatologue traitant.

**3.2** La recourante remet d'abord en question la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire, en soulevant que l'avis de son rhumatologue traitant devrait primer sur l'expertise. Si l'avis de ce dernier ne devait pas être considéré comme suffisant, il s'agirait alors d'ordonner une contre-expertise. Elle expose ensuite que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100%. Ce n'est que pour essayer de s'auto-adapter qu'elle a exercé à un taux de 80%. Cela aurait dû conduire l'Office AI Berne à appliquer la méthode générale de comparaison des revenus. A cet égard, les informations contenues dans le rapport d'assessment quant à son taux de travail ne peuvent pas être retenues. Elle n'a d'ailleurs jamais contresigné ce formulaire. La recourante conteste enfin le revenu avec atteinte à la santé, qui devrait être celui découlant de l'activité qu'elle exerce actuellement à 60%, à savoir un revenu de Fr. 37'440.-. Avec la prise en compte de ce revenu, le taux d'invalidité serait ainsi de 53,6%. Dans sa réplique, la recourante précise, qu'après ses études, elle a travaillé comme infirmière à 90%, déjà pour tenir compte de ses limitations physiques. Elle a ensuite diminué son taux de travail à 80% dans cette activité.

#### **4.**

Il ressort du dossier les principaux éléments médicaux suivants.

**4.1** Sont d'abord versés au dossier les différents rapports médicaux du rhumatologue traitant depuis 2014 (dossier [dos.] AI 27). Dans le rapport du 24 février 2014, le rhumatologue traitant a posé le diagnostic de spondylarthropathie axiale et a proposé un traitement à visée symptomatique, au vu de l'âge de la recourante, ainsi que de la physiothérapie (dos. AI 27/14). Il a ensuite revu plusieurs fois la recourante en 2014 et 2015, afin de suivre l'évolution de sa maladie et adapter son traitement médicamenteux. Le diagnostic de spondylarthropathie axiale a

par la suite été confirmé (dos. AI 27/9-13). Un nouveau rapport du 6 mai 2021 a posé un diagnostic inchangé et une situation globalement meilleure (dos. AI 27/5), ce qui a été confirmé dans un rapport du 28 juillet 2021 (dos. AI 27/4). Par rapport du 17 janvier 2022, le spécialiste traitant a constaté des signes d'enthésopathies au niveau de la cage thoracique et des épineuses avec, à nouveau, une maladie active et invalidante (dos. AI 27/1). Sur demande de l'intimé, par rapport du 27 mai 2022, le rhumatologue traitant a confirmé le diagnostic de spondylarthropathie axiale dès 2014. Il a constaté une évolution plutôt favorable de la maladie jusqu'en 2020 où il y a eu une récurrence et l'exacerbation de celle-ci alors que la requérante travaillait comme infirmière. Il a alors relevé d'importantes rachialgies inflammatoires, des réveils nocturnes en fin de nuit et une raideur matinale importante avec des signes de synovites périphériques. Plusieurs traitements ont été tentés sans succès. Il a relevé que la spondylarthropathie axiale réfractaire avait une incidence sur la capacité de travail et que le pronostic était mitigé. Les limitations fonctionnelles suivantes ont été décrites: pas de port de charge supérieur à 10 kg; pas de mouvements répétitifs; pas de position debout ou assise de plus de 30 minutes; pas de travail en flexion antérieure du tronc; pas d'exposition au froid ou à l'humidité; pas d'horaires irréguliers. Dans une activité adaptée, il a estimé que la requérante pourrait travailler entre trois et quatre heures par jour et que cette capacité de travail pourrait probablement être améliorée si on en réduisait la pénibilité (dos. AI 33).

**4.2** Sur recommandation d'une spécialiste en médecine interne du SMR, la requérante a été soumise à une expertise bidisciplinaire en rhumatologie et psychiatrie (dos. AI 39). Au terme du rapport d'expertise du 24 mai 2023, les diagnostics de spondylarthrite axiale mixte et enthésitique, ainsi que de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie ont été posés. Les experts ont conclu, du point de vue rhumatologique, à une capacité de travail de 100% avec une diminution du rendement de 20% en raison de la fatigue et du risque de rechute de l'état inflammatoire. Du point de vue psychiatrique, l'expert a nié toute atteinte actuelle à la santé psychique avec des conséquences sur la capacité de travail. Les experts ont en outre considéré que l'activité d'assistante médicale était appropriée à l'état de santé de la requérante et que, à titre préventif, celle-ci devrait

éviter le port de charges de plus de 10 kg de façon répétée ainsi que les mouvements de torsion du rachis dans sa totalité et alterner les différentes positions assis-debout (dos. AI 59.3).

**4.3** Par rapport du 6 septembre 2023, le rhumatologue traitant a fait part de son avis sur la situation médicale de la recourante et a pris position sur le rapport d'expertise du 24 mai 2023. Il a maintenu son diagnostic de spondylarthropathie, maladie axiale et périphérique. Il a par contre écarté le diagnostic de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie retenu par l'expert rhumatologue. Il a considéré que, si la recourante avait bien des douleurs généralisées, celles-ci étaient cependant liées à sa maladie de base et non à une fibromyalgie. Concernant les limitations fonctionnelles, il a rejoint les constatations de l'expert rhumatologue. Il a néanmoins estimé que celles-ci étaient générales et ponctuelles et qu'il faudrait y ajouter l'absence de sollicitation physique prolongée qui englobait la durée et la somme de l'effort physique. En effet, selon le rhumatologue traitant, la recourante décrivait très bien l'effet d'une sollicitation et assumait plus que difficilement trois jours de travail avec deux jours de repos. Cette observation serait pathognomonique de ce type de rhumatisme inflammatoire où une activité est possible de façon ponctuelle, mais aurait ensuite pour conséquences une aggravation de l'activité de la maladie et une augmentation des douleurs, rendant la poursuite de l'activité difficile ou impossible *a posteriori*. Concernant la stabilité de l'état de santé, il n'a pas observé une rechute du rhumatisme mais plutôt une maladie inflammatoire persistante non contrôlée, réfractaire aux différents traitements tentés jusqu'ici. Enfin, il a considéré que le handicap fonctionnel était important. Il a ainsi retenu une capacité de travail de 50% dont la charge devrait idéalement être répartie sur des demi-journées, avec un rendement diminué de 20% en raison de l'activité de la maladie. Cela constituerait le taux maximal pour maintenir cette capacité à moyen et long terme (dos. AI 73/4).

## **5.**

Il s'agit d'abord d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise bidisciplinaire du 24 mai 2023 sur lequel se fonde la décision attaquée.

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

**5.2** En l'occurrence, d'un point de vue formel, l'expertise comprend une appréciation interdisciplinaire (évaluation consensuelle), synthétisant le résultat d'examens sur les plans de la rhumatologie et de la psychiatrie, ainsi que les rapports relatifs à ces deux investigations spécialisées. Les experts, dont les qualifications ne sauraient être remises en doute, ont procédé chacun à un examen personnel de la recourante, de 50 minutes pour le volet psychiatrique, respectivement d'une heure quinze pour le volet rhumatologique (dos. AI 59.1/3). La recourante ne peut rien déduire du fait que les experts psychiatre et rhumatologue ne l'ont examinée que durant environ une heure chacun, dès lors que la valeur probante d'une expertise ne dépend en principe pas de la durée de l'examen. Il est avant tout déterminant que l'expertise soit complète au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, éléments qui seront examinés sous l'angle matériel. La durée estimée de l'examen relève toutefois, en définitive, des connaissances spécialisées et du pouvoir d'appréciation des experts impliqués (SVR 2021 IV n° 12 c. 3.2.3.2, 2019 IV n° 85 c. 6, 2017 IV n° 75 c. 4.3). En l'occurrence, ceux-ci ont pris en compte les pièces au dossier, ainsi que les plaintes subjectives, établi une anamnèse détaillée (familiale, sociale et professionnelle) et fait minutieusement état de leurs constatations médicales et des conséquences de celles-ci, tant sur le plan de l'état de santé global que des activités exigibles. Ils se sont aussi, bien

que brièvement, prononcés sur les appréciations diagnostiques divergentes figurant au dossier (dos. AI 59.3/1 et 59.4/13). Dans ces circonstances, force est de constater que les résultats de l'expertise ont été arrêtés en pleine connaissance des éléments médicaux déterminants. Les observations émises dans ce contexte, discutées et étayées, ont ensuite été intégrées dans l'évaluation consensuelle à laquelle ont procédé les experts. Leurs conclusions ne laissent pas apparaître d'élément permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Elles répondent ainsi aux exigences formelles fixées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (voir c. 5.1).

**5.3** Sur le plan matériel, l'expertise apparaît également convaincante.

**5.3.1** S'agissant du volet psychiatrique, il sied d'abord de relever que celui-ci n'est pas remis en cause par la recourante. L'expert de cette discipline a procédé à un examen personnel de l'assurée au terme duquel il a retenu l'absence d'une psychopathologie spécifique. De son point de vue, la capacité de travail est ainsi de 100% dans toute activité. Les conclusions auxquelles arrive l'expert psychiatre sont compréhensibles et cohérentes. En effet, il a en premier lieu mentionné que l'examen psychiatrique était dans la norme. La recourante détient des ressources qui ont été explorées selon la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). En outre, il n'existe aucune limitation uniforme des activités dans les domaines de l'existence de la recourante. L'expert en a déduit qu'il n'existait ni psychopathologie spécifique ou incapacitante. Il n'a en particulier pas retrouvé de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (ch. F68.0 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'OMS) car la recourante n'est pas histrionique. En outre, un éventuel syndrome douloureux somatoforme persistant (ch. F45.4 CIM-10) a également été écarté au vu de l'absence d'état de détresse et de par la présence d'un substrat somatique suffisamment explicatif (dos. AI 59.5/11). L'expert a également relevé que la recourante ne prenait pas de traitement psychopharmacologique antidépresseur. Enfin, il n'a pas jugé utile de pratiquer des tests psychologiques complémentaires. Sur le vu de ce qui

précède, le tableau clinique dressé par l'expert psychiatre et les conclusions auxquelles celui-ci arrive peuvent être suivies. La force probante de cette évaluation spécialisée vaut non seulement dans ses aspects spécifiquement médicaux, mais également quant à la proposition formulée à son appui de nier l'existence d'une atteinte à la santé psychique déterminante du point de vue de l'AI. Les conclusions de l'expertise ont en effet été rédigées de manière à pouvoir en vérifier la pertinence au regard des indicateurs énoncés par la jurisprudence du Tribunal fédéral en cas d'atteinte à la santé psychique (voir c. 2.4).

**5.3.2** S'agissant du volet rhumatologique ensuite, l'expert de cette discipline a diagnostiqué une spondylarthrite axiale mixte et enthésitique, ainsi qu'un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie. Il a indiqué que l'examen rhumatologique était normal en dehors d'un empatement des deux poignets et d'un léger syndrome de déconditionnement global, sans argument pour une pathologie rhumatismale inflammatoire active. L'examen neurologique était également normal et celui des points de fibromyalgie a retrouvé un score de 22.5, ce qui a confirmé ce dernier diagnostic qui requiert un score supérieur à 13/31. En outre, l'expertisée remplit les critères de l'Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS) permettant de poser le diagnostic de spondylarthropathie axiale et périphérique. L'expert a aussi relevé que l'attitude de la recourante et sa coopération durant l'expertise étaient adéquates et que les plaintes rapportées étaient tout à fait cohérentes et plausibles dans le cadre de son rhumatisme inflammatoire type spondylarthropathie mixte, qui semble stabilisé, associé à un syndrome douloureux de type fibromyalgie. Il a encore précisé qu'il n'était pas possible de parler de chances de guérison en matière de rhumatisme inflammatoire et du syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie. En outre, les possibilités thérapeutiques ont été pratiquement épuisées. Selon les dires de la recourante et le dossier, elle travaille à 60%, peut vaquer à ses activités, faire du sport et avoir des interactions sociales. Concernant la capacité de travail, l'expert l'a estimée à 80% en prenant en considération des limitations fonctionnelles. La diminution du rendement de 20% tient compte de la fatigue mixte et du risque de rechute de son rhumatisme inflammatoire. L'expert a considéré que cette capacité aurait

pu évoluer de façon favorable depuis décembre 2022, en dehors des crises hyperalgiques. Enfin, la recourante devrait éviter le port de charges de plus de 10 kg de façon répétée, les mouvements de torsion du rachis dans sa totalité et alterner les positions assis-debout. Il a donc rejoint le diagnostic du rhumatologue traitant concernant la spondylarthropathie mixte. Il a cependant posé un nouveau diagnostic de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie, dont il ressort implicitement de l'expertise qu'il n'a pas non plus d'incidence sur la capacité de travail. En tant que celui-ci est basé, après un examen clinique complet, sur la présence de points de fibromyalgie selon les critères de l'American College of Rheumatology (ACR) 2010 révisés en 2016, il ne prête pas le flanc à la critique. En tout état de cause, pour les besoins de l'assurance-invalidité, ce n'est pas le diagnostic qui est déterminant mais uniquement les conséquences d'une maladie sur la capacité de travail. A cet égard, il n'est pas possible de déduire directement d'un diagnostic une atteinte à la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C\_287/2022 du 17 août 2022 c. 5.1.2 et les références). Ainsi, l'expert rhumatologue n'ayant pas directement déduit d'incapacité de travail, que ce soit sur la base de la spondylarthropathie ou de la fibromyalgie, mais uniquement une diminution du rendement, il n'est pas déterminant que le diagnostic de fibromyalgie ait été posé seulement lors de l'expertise alors qu'il n'a pas été retenu par le rhumatologue traitant. En effet, ce qui est déterminant c'est que les plaintes et les douleurs de la recourante aient dûment été prises en considération dans l'expertise rhumatologique. Il importe dès lors peu qu'elles découlent uniquement de la spondylarthropathie ou également d'une fibromyalgie. Partant, cette différence d'appréciation ne saurait remettre en cause la cohérence du profil d'exigibilité dressé par l'expert rhumatologue, qui doit partant être confirmé.

**5.3.3** Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 20% pour tenir compte de la fatigue mixte liée à la spondylarthropathie et à la fibromyalgie, ainsi que du risque de rechute du rhumatisme inflammatoire. L'expert rhumatologue a précisé que la capacité de travail avait évolué de façon cyclique et stable depuis la prise en charge par son rhumatologue traitant. Bien qu'ils se soient contentés de chacun confirmer leurs

diagnostics sans réellement les discuter, leurs conclusions ainsi que les répercussions qui en découlent sur la capacité de travail sont cohérentes et convaincantes (voir c. 5.3.1-5.3.2 ci-dessus). Au vu des considérations qui précèdent, une force probante pleine et entière peut dès lors être accordée au rapport d'expertise du 24 mai 2023.

**5.4** Lors de la procédure devant l'intimé, la recourante a fourni un rapport de son rhumatologue traitant (voir c. 4.5). Elle se base sur ce dernier afin de contester la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire, en particulier dans sa composante rhumatologique. A cet égard, il convient de rappeler 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 du 5 mars 2009 c. 2.2). En l'occurrence, les rhumatologues s'accordent sur le diagnostic de spondylarthropathie et, en substance, sur les limitations fonctionnelles qui s'y rattachent. L'expert rhumatologue a de plus diagnostiqué une fibromyalgie, mais sans incidence sur la capacité de travail de la recourante, ce qui, comme exposé ci-dessus, n'est pas problématique du point de vue de la valeur probante de l'expertise (c. 5.3.2). Les spécialistes se basent ainsi sur le même état de fait et posent un diagnostic et des limitations fonctionnelles similaires (dos. AI 59.3/6 et 73/5). Ce n'est finalement que l'appréciation des répercussions de la maladie sur la capacité de travail qui diverge entre ces deux spécialistes. En effet, il n'y a en particulier pas eu d'examen médicaux que l'expert n'aurait pas pris en considération, ni la mention, par le spécialiste traitant, d'une évolution de l'état de santé qui serait à même de remettre en cause les conclusions de l'expertise. Le rhumatologue traitant ne parle d'ailleurs pas de rechute du rhumatisme, mais d'une maladie inflammatoire persistante non contrôlée comme le démontrent notamment les douleurs, la fatigue et les synovites (dos. AI 73/5). Il n'y a donc pas d'éléments

objectivement vérifiables qui auraient été oubliés par l'expert. Enfin, le juge doit tenir compte du fait que le rhumatologue traitant, aura plutôt tendance, dans le doute, à prendre parti pour son patient 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). Eu égard à ces considérations, les appréciations émises par le rhumatologue traitant de l'assurée ne sauraient prévaloir sur celles de l'expert.

**5.5** Par conséquent, il faut conclure que le rapport d'expertise du 24 mai 2023 s'avère clair, convaincant et complet. Il répond aux critères posés par la jurisprudence pour lui accorder une pleine valeur probante (c. 5.1), 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. L'expertise s'avère probante tant pour les aspects spécifiquement médicaux que pour la proposition qui y est formulée relativement à l'estimation de la capacité de travail et à la diminution du rendement.

## **6.**

Il s'agit ensuite de déterminer le statut de la recourante et quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer.

**6.1** Lors du premier examen du droit à la rente, il faut examiner sous l'angle de l'art. 8 LPGa quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer, selon le statut de l'assuré. Aux termes de l'art. 24<sup>septies</sup> al. 1 RAI, le statut est déterminé en fonction de la situation professionnelle dans laquelle l'assuré se trouverait s'il n'était pas atteint dans sa santé. L'art. 24<sup>septies</sup> al. 2 RAI dispose que l'assuré est réputé exercer une activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 1 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de 100% ou plus (let. a), est réputé ne pas exercer d'activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 2 LAI dès lors qu'en bonne santé, il n'exercerait pas d'activité lucrative (let. b), et est réputé exercer une activité lucrative à temps partiel au sens de l'art. 28a al. 3 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de moins de 100% (let. c). Est déterminant

non pas le taux d'activité qu'on pourrait raisonnablement exiger de l'assuré s'il était en bonne santé, mais le taux hypothétique, c'est-à-dire celui auquel il travaillerait sans atteinte à la santé mais dans des circonstances identiques (ATF 144 I 28 c. 2.3; SVR 2020 IV n° 72 c. 4.1.1). En outre, une réduction du taux d'activité exigible, sans que le temps disponible qui en résulte soit consacré aux travaux habituels au sens des art. 8 al. 3 LPGA et 7 al. 2 LAI en relation avec l'art. 27 al. 1 RAI, n'a pas d'influence sur le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité. A cet égard, les motifs ayant conduit la personne assurée à n'exercer qu'une activité à temps partiel sans atteinte à la santé n'ont d'importance quant au choix de la méthode d'évaluation que s'ils sont en corrélation avec les travaux habituels. S'il y a lieu, dans un cas concret, d'admettre une activité lucrative à temps partiel sans activité habituelle supplémentaire, la méthode mixte ne s'applique pas (ATF 131 V 51 c. 5.1.2 et 5.2).

**6.2** En l'espèce, il ressort du dossier que la recourante est titulaire d'un bachelor en soins infirmiers, effectué entre septembre 2016 et août 2019 (dos. AI 12/4 et 59/7). A l'issue de ses études, elle a été engagée comme infirmière de septembre 2019 à juin 2021 dans un hôpital cantonal, d'abord à 90%, puis à 80% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2020 (dos. AI 12/2). Elle a ensuite occupé un autre poste en tant qu'infirmière de septembre à décembre 2021, toujours à un taux de 80% (dos. AI 23/3). Depuis janvier 2022, elle travaille comme assistante médicale à 60% (dos. AI 28/2). Lors d'un premier entretien avec une spécialiste en réadaptation intervenu le 16 décembre 2021 ("assessment"; dos. AI 7), la recourante a expliqué avoir travaillé à un taux de 80% avant la survenance de son atteinte à la santé et que, sans celle-ci, elle aurait continué à travailler à ce taux. Dans son recours au Tribunal administratif, elle conteste notamment la validité de cet "assessment" et allègue que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100%. S'il est vrai que, comme elle l'indique, elle n'a pas signé ce document, cela ne remet pas pour autant en cause le contenu et la valeur probante de celui-ci. A cet égard, il sied d'appliquer la règle de preuve selon laquelle les déclarations dites de la "première heure" sont en général plus objectives et plus fiables que des explications données par la suite, qui peuvent être influencées consciemment ou non par des réflexions subséquentes inspirées par le droit des assurances ou d'une autre manière

(ATF 143 V 168 c. 5.2.2, 121 V 45 c. 2a). Cela accorde ainsi un poids prépondérant aux propos recueillis dans l'"assessment" du 16 décembre 2021. En outre, les déclarations figurant dans ce rapport sont confirmées par les différentes activités professionnelles de la recourante. Par ailleurs, et contrairement à ce que la recourante allègue dans son recours, on ne voit pas en quoi les déclarations figurant dans le formulaire de détection précoce (dos. AI 1/3) permettraient de conclure qu'elle occuperait un emploi à temps plein (art. 2 recours partie en droit). En effet, dans une partie "remarques complémentaires", elle a certes précisé avoir diminué progressivement son pourcentage de travail depuis septembre 2020, puis avoir changé de poste de travail en septembre 2021 avec un pourcentage à 80% à cause de symptômes très présents. Elle a ajouté avoir ensuite souhaité diminuer à 60%, ce qui a été refusé par son employeur de l'époque. Il n'en demeure pas moins qu'elle n'a jamais travaillé à 100%, ce qu'elle a d'ailleurs elle-même précisé, dans le formulaire de demande de prestations AI pour adultes (dos. AI 9/7), où elle a relevé avoir travaillé à 80% dans ses précédents emplois comme infirmière. Il convient donc de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que sans atteinte à la santé, la recourante aurait travaillé à 80%. Cette conclusion est d'autant plus fondée qu'il ressort du rapport d'expertise que la recourante pratique le yoga, la méditation, l'autohypnose et que, quand elle ne travaille pas, elle fait des activités comme rencontrer des amies ou sa famille, du vélo d'extérieur ou de la natation (dos. AI 59.3/2). Ces éléments, combinés au fait que la recourante est mariée et n'a pas d'enfants, permettent de retenir que rien n'indique qu'elle consacrerait son temps libre à réaliser les travaux habituels du ménage.

**6.3** En définitive, sur le vu de ce qui précède, il sied de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que sans atteinte à sa santé la recourante travaillerait à un taux de 80% maximum et que le 20% restant seraient consacrés à des activités de loisirs personnelles et non pas aux travaux habituels du ménage. C'est donc à tort que l'intimé a appliqué la méthode mixte pour déterminer le degré d'invalidité de la recourante. Partant, il convient de lui appliquer la méthode ordinaire de comparaison des revenus selon l'art. 16 LPGA.

## 7.

Il convient enfin de s'intéresser aux conséquences juridiques de ce qui précède sur le calcul du taux d'invalidité.

**7.1** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des deux revenus hypothétiques et en les comparant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b; SVR 2019 BVG n° 16 c. 4.4.2). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être pris en compte (ATF 143 295 c. 4.1.3, 129 V 222). En outre, pour les personnes assurées exerçant une activité lucrative à temps partiel sans consacrer leur temps libre à la réalisation de travaux habituels, la limitation dans l'activité lucrative selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 16 LPGA) doit être prise en compte de manière proportionnelle en fonction de l'étendue de l'hypothétique taux d'activité lucrative à temps partiel. Le degré d'invalidité correspond à la limitation proportionnelle dans le domaine lucratif et ne peut ainsi excéder la partie assurée définie par l'activité lucrative hypothétique à temps partiel (ATF 142 V 290 c. 7.3; SVR 2019 IV n° 34 c. 4.1).

## 7.2

**7.2.1** En l'espèce, le formulaire de demande de prestations a été réceptionné par l'intimé en décembre 2021. Le droit à la rente est donc

susceptible de prendre naissance au plus tôt le 1<sup>er</sup> juin 2022 (art. 29 al. 1 LAI). C'est donc à bon droit que l'intimé s'est basé sur les revenus 2022 de la recourante pour procéder à la comparaison.

**7.2.2** Pour déterminer le revenu d'une personne sans invalidité, 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). En l'occurrence, l'intimé a déterminé le revenu sans invalidité en se basant sur les informations fournies par le dernier employeur (dans son travail en tant qu'infirmière) dans le questionnaire rempli le 18 janvier 2022 (dos. AI 23), à savoir un salaire annuel de Fr. 63'952.85 en 2021 pour un taux d'occupation de 80%, ce qui conduit, à 100%, à un salaire annuel de Fr. 79'941.05. Indexé à l'année de naissance du droit à la rente, c'est-à-dire 2022, ce montant est porté à Fr. 80'481.75 (selon la Table T1.2.15, "Indice des salaires nominaux, femmes, 2016-2022", ch. 86-88 Santé, hébergement médico-social et action sociale, indices [base 2015=100] 2021:103.5; 2022:104.2). Bien que l'intimé ait retenu un revenu indexé de Fr. 80'622.-, sans préciser la base de son calcul, cette différence ne porte pas à conséquence au cas particulier. Le revenu sans invalidité n'est au demeurant pas contesté par la recourante.

**7.2.3** Quant au revenu avec invalidité, l'intimé s'est, à juste titre, basé sur son revenu actuel en tant qu'assistante médicale qui constitue une activité adaptée. Cependant, celui-ci s'élève à Fr. 40'560.- à 60% en 2022 et non pas à Fr. 37'440.-, comme l'a retenu l'intimé qui a omis le versement du treizième salaire (voir art. 3.1 contrat de travail; dos. AI 28/2 et 34/5). Le revenu s'élève ainsi à Fr. 54'080.- au taux de travail exigible de 80% (20% de perte de rendement selon les experts). A cet égard, la recourante ne conteste pas tant le fait d'avoir retenu son revenu en tant qu'assistante médicale pour calculer le revenu avec invalidité que le taux de travail exigible qui devrait, selon elle, s'élever à 60% (voir art. 6 recours partie en

droit). Cependant, cet argument se rapporte à la valeur probante de l'expertise et à la capacité de travail qui en découle, ce qui a été examiné précédemment (voir c. 5 ci-dessus).

**7.3** Sur le vu de ce qui précède, en comparant le revenu sans invalidité de Fr. 80'481.75 à celui avec invalidité de Fr. 54'080.-, on arrive à un taux d'invalidité de 32.80%. Comme il a été retenu un taux d'occupation hypothétique de 80%, sans que la recourante n'effectue de travaux habituels du ménage (voir c. 6.2 ci-dessus), il sied encore d'adapter proportionnellement le taux d'invalidité (art. 27<sup>bis</sup> al. 2 let. c RAI). Il s'ensuit que le taux d'invalidité de la recourante s'élève à 26.25% (80% de 32.80%), ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

## **8.**

**8.1** En conséquence, c'est à bon droit que l'intimé, dans sa décision du 14 novembre 2023, a exclu tout droit de la recourante à une rente d'invalidité. Le recours doit donc être rejeté.

**8.2** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA et selon l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, les procédures de recours visant des prestations sont soumises à des frais de justice. La recourante, qui succombe, doit ainsi supporter les frais de la procédure fixés forfaitairement à Fr. 800.-. Elle ne peut par ailleurs prétendre au remboursement de ses dépens (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI; art. 61 let. g LPGA; art. 104 al. 1 et art. 108 al. 1 et 3 LPJA).

**Par ces motifs:**

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

Le président:  
e.r.: G. Niederer, juge

La greffière:

**Voie de recours**

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