

200.2024.749.AI
N° AVS
PHS/KUQ/EGC

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

Jugement du 17 juillet 2026

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président
A.-F. Boillat et G. Zürcher, juges
Q. Kurth, greffier

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 11 octobre 2024

En fait:

A.

A._____, née en 1975, divorcée et sans enfant, est au bénéfice d'une formation certifiée de coiffeuse. Elle a travaillé en dernier lieu en tant qu'opératrice en horlogerie jusqu'au 31 juillet 2012. Depuis le mois de février 2013, elle est soutenue par les services sociaux. Par formulaire daté du 18 janvier 2014, qui faisait suite à une communication de détection précoce remplie par son ancien employeur le 21 juin 2010, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour adultes, en invoquant une atteinte au dos et au coude droit, ainsi qu'une dépression. Le 6 octobre 2016, après avoir recueilli divers avis médicaux et consulté son Service médical régional (SMR), l'Office AI Berne a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations pour défaut de collaboration, l'assurée n'ayant pas démontré son abstinence au cannabis et à l'alcool. A la suite d'une détérioration de son état de santé physique et psychique, A._____ a demandé la réouverture de son dossier par courrier daté du 2 juin 2017. L'Office AI Berne a interprété ce courrier comme une nouvelle demande de prestations, a actualisé les données médicales au dossier et a fait savoir, par communication du 29 août 2018, qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible. Il a ensuite indiqué dans un préavis qu'il entendait nier le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, ce qu'il a confirmé par décision du 3 juin 2020. Le recours du même jour interjeté contre cette décision a été rayé du rôle du Tribunal administratif du canton de Berne (ci-après: le Tribunal administratif) par jugement du 7 juillet 2020 (VGE IV/2020/461), l'Office AI Berne ayant fait savoir qu'il avait reconsidéré la décision attaquée le 2 juillet 2020 et repris l'instruction de la cause.

B.

Le 8 juillet 2020, l'Office AI Berne a invité l'assurée à produire d'éventuels rapports médicaux supplémentaires, ce que celle-ci a fait par envoi non daté. Après avoir requis une prise de position d'un médecin du SMR, cet office a alloué un entraînement à l'endurance à l'assurée. Il a ensuite mis fin à la

réadaptation professionnelle le 7 septembre 2021 et a, sur recommandation du SMR, diligenté une expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie), dont le rapport a été rédigé le 1^{er} février 2023. Sur la base de ce dernier document, l'Office AI Berne a fait savoir, au moyen d'un préavis du 25 avril 2023, qu'il envisageait d'exclure le droit à une rente d'invalidité. Du fait d'observations émises contre cet acte le 19 mai 2023 et complétées le 16 juin 2023 par l'assurée, l'Office AI Berne, sur conseil des médecins du SMR et après avoir obtenu des précisions du centre d'expertises médicales auteur du rapport du 1^{er} février 2023, a confirmé son préavis, au terme d'une décision du 11 octobre 2024.

C.

Par acte du 11 novembre 2024, A. _____, représentée par un mandataire professionnel, porte le litige auprès du Tribunal administratif. Sous suite de frais et dépens, outre l'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure, elle demande l'annulation de la décision de l'Office AI Berne du 11 octobre 2024 et le renvoi de la cause à cette autorité pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans sa réponse du 18 décembre 2024, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours. L'avocat de l'assurée a produit une note d'honoraires le 14 janvier 2025.

En droit:

1.

1.1 La décision du 11 octobre 2024 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de la recourante à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte, quant à lui, sur l'annulation de cette décision et le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Est particulièrement critiquée, la valeur

probante du rapport d'expertise du 1^{er} février 2023 ayant servi de fondement à la décision contestée.

1.2 Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, 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 administratif examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 La modification du 19 juin 2020 de la LAI (Développement continu de l'AI, RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou à l'époque de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 150 V 323 c. 4.2, 89 c. 3.2.1). En l'occurrence, si la décision entreprise est certes postérieure au 1^{er} janvier 2022, le droit potentiel à la rente de la recourante est pour sa part antérieur à cette date (voir ci-après c. 6.2), si bien qu'il doit être examiné selon les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (voir parmi d'autres JTA AI/2024/159 du 5 décembre 2025 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 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). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

2.3 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 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). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit 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, sur le vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4). Les experts doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse

comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, 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 151 V 66 c. 5.4, 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 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPG) 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; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_540/2020 du 18 février 2021 c. 2.3, in SVR 2021 IV n° 54).

2.6 L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPG). Le principe de l'instruction d'office signifie que l'instance rendant une décision doit instruire et établir l'état de fait déterminant d'office, de sa propre initiative et sans être liée par les arguments et réquisitions de preuve des parties. Sont juridiquement déterminants tous les faits dont

l'existence a une incidence sur les éléments litigieux. Dans ce contexte, les autorités administratives doivent toujours entreprendre des mesures supplémentaires lorsque les allégués des parties ou d'autres pièces du dossier ne constituent pas des éléments suffisants permettant de statuer (ATF 117 V 282 c. 4a). Le principe de l'instruction d'office ne s'applique néanmoins pas de manière illimitée, mais a pour corollaire le devoir de collaborer des parties (ATF 146 V 240 c. 8.3.2, 125 V 193 c. 2, 122 V 157 c. 1a).

3.

3.1 Dans la décision contestée, l'intimé, sur la base essentiellement du rapport d'expertise du 1^{er} février 2023, a considéré que l'on pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerce une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles à plein temps. En comparant les revenus de la recourante avec, respectivement sans atteinte à la santé, établis au moyen de données statistiques, puis en procédant à un abattement de 10% sur le salaire d'invalidé au titre du désavantage salarial induit par les limitations fonctionnelles, l'intimé a arrêté le degré d'invalidité de l'intéressée à 18%. Il a donc exclu le droit de l'assurée à une rente d'invalidité.

3.2 Pour sa part, la recourante fait essentiellement valoir que l'expertise ne repose pas sur une étude circonstanciée et n'a pas été établie en pleine connaissance du dossier. Elle précise à cet égard que les experts n'ont pas requis d'informations supplémentaires de tiers, notamment d'une fondation auprès de laquelle elle a effectué une mesure d'intégration professionnelle. En outre, elle reproche à l'intimé de ne pas avoir examiné si des mesures professionnelles étaient susceptibles d'augmenter sa capacité de travail.

4.

Au préalable, il convient d'examiner la nature de l'acte rendu par l'intimé le 6 octobre 2016, par lequel cette autorité n'est pas entrée en matière sur la demande de prestations en raison d'un défaut de collaboration de l'assurée.

Si cet écrit est certes intitulé "décision" et assortie des voies de droit ordinaires, il n'en demeure pas moins qu'il mentionne également que "[c]ette préorientation remplace celle du 12.07.2016" (dossier [dos.] AI 110/1). Or, il figure au dossier un préavis à la teneur identique, daté du 14 juillet 2016 et non du 12 juillet 2016 (dos. AI 106/1). A la lecture de ces deux écrits, on observe que l'intimé s'est référé à une demande de collaboration datée du 12 juillet 2016, date qui coïncide avec celle du préavis qui aurait été remplacé. L'intimé avait retenu dans cette demande que l'assurée avait consommé des substances au cours d'un entraînement à l'endurance du 4 avril au 3 juillet 2016 et l'avait dès lors enjoins à être abstinentes durant une période de six mois dès août 2016 (dos. AI 107/2). Dans ce contexte, il apparaît pour le moins singulier que l'intimé ait rendu un projet de décision deux jours après avoir exigé de l'assurée de collaborer durant une période de six mois à partir d'août 2016. A cela s'ajoute que cette demande de collaboration a été envoyée un jour avant la date figurant sur le document concerné à une adresse erronée (dos. AI 107 s.), puis a été réexpédiée ultérieurement le 26 juillet 2017. Ces circonstances mettent en doute la manière de procéder de l'intimé, ce d'autant plus que postérieurement à l'acte du 6 octobre 2016, le projet de décision daté du 14 juillet 2026 a été une nouvelle fois adressé à l'assurée le 2 mai 2017 et ce, après une nouvelle tentative infructueuse le 27 avril 2017 (dos. AI 120 s.). En définitive, force est de constater que le dossier ne permet pas de déterminer si l'acte du 6 octobre 2016 a été précédé d'un préavis et constitue ainsi réellement une décision qui aurait mis fin à la procédure AI ou s'il n'était qu'un projet de décision au sens de l'art. 57a LAI (sur la distinction, voir TF 9C_502/2013 du 14 octobre 2013 c. 4.3 et la référence). Comme on le verra ci-après, cette question peut néanmoins demeurer indécise au regard de l'issue du litige.

5.

Au plan médical, le dossier fait pour l'essentiel état des éléments suivants.

5.1 L'assurée a consulté une spécialiste en radiologie. Celle-ci a notamment diagnostiqué, dans un écrit du 29 septembre 2011 (dos. AI 24/21), une scoliose plate, une anomalie de la charnière lombosacrée, une

protrusion discale, un contact intraspinal des racines S1 des deux côtés ainsi qu'un contact de la racine S2, à droite. Une spécialiste en orthopédie a constaté, dans un rapport du 22 octobre 2011 (dos. AI 272/292), une surcharge du membre supérieur droit avec enthésopathie des extenseurs de l'épicondyle radial de l'humérus, une suspicion de syndrome de compression et d'irritation du nerf ulnaire du coude droit, une suspicion de ganglion au poignet droit au niveau dorsal largement asymptomatique et une suspicion de syndrome du canal carpien à droite. A cet égard, un neurologue, dans un rapport du 16 janvier 2012 (dos. AI 24/17), a fait état de suspicion de tendinopathies, en particulier d'une épicondylite radiale et ulnaire de l'humérus. Ce neurologue a en outre relevé que l'assurée souffrait de sensations d'engourdissement dans les doigts, de douleurs dans le bras droit, au poignet et à l'avant-bras, les résultats révélant à ce propos une atteinte modérée du nerf médian droit dans la région du canal carpien. Si un second neurologue n'avait, dans un rapport du 11 mars 2011 (dos. AI 55/25) relevé aucune anomalie du nerf médian droit, la spécialiste en orthopédie a, dans un autre rapport du 9 février 2012 (dos. AI 24/12), effectivement diagnostiqué un syndrome du canal carpien de degré II à droite. Une incapacité de travail totale de six semaines à partir du 7 mars 2012 a été attestée.

5.2 Après que la recourante eut été d'urgence adressée par sa médecin traitante à un service psychiatrique (dos. AI 24/14), une médecin de ce service a diagnostiqué le 15 août 2013 un épisode dépressif léger (ch. F32.0 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé) dans un contexte de trouble de la personnalité impulsif dépendant (ch. F60.3 CIM-10). Elle a par ailleurs constaté des difficultés liées à un changement d'emploi (ch. Z56.1 CIM-10) et des dettes (ch. Z59.2 CIM-10). Au moyen d'un rapport du 4 mars 2014 (dos. AI 27/2) complété le 21 octobre 2014 (dos. AI 49/2), une deuxième médecin du même service psychiatrique a fait état des mêmes diagnostics tout en relevant une humeur changeante, une concentration restreinte, un sentiment d'insuffisance, une impuissance, une impulsivité, des pensées négatives et des troubles du sommeil. Ces deux médecins ont estimé que la recourante pourrait probablement à nouveau travailler ou effectuer un reclassement.

5.3 Dans un rapport du 28 février 2014 adressé à l'intimé (dos. AI 24/2), la médecin généraliste traitante a repris le diagnostic de trouble de l'adaptation sous forme de réaction dépressive prolongée (ch. F43.21 CIM-10) après un diagnostic d'aménorrhée en 2007 posé par une médecin psychiatre le 18 juin 2010 (dos. AI 7.2/4). Elle a en outre diagnostiqué une épicondylite chronique récidivante à droite en 2011 et des sciatiques récidivantes en présence d'une scoliose en 2011. Cette généraliste a précisé que les diagnostics somatiques de la patiente avaient comme conséquence une impossibilité de mouvements répétitifs à droite et limitaient l'activité de la patiente en position assise. Elle a par ailleurs attesté une incapacité de travail de 50% à 100% de mars 2010 à décembre 2011 ainsi qu'une pleine incapacité de travail du 14 décembre 2011 jusqu'au 28 février 2014. Au moyen d'un rapport du 24 juin 2014, les neurologues d'un centre hospitalier ont, à la suite d'un test psychologique, dénoté une faiblesse d'apprentissage et de la mémoire, une flexibilité cognitive limitée ainsi que des indices clairs d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) dans l'enfance et à l'âge adulte, les troubles neuropsychologiques pouvant aussi s'expliquer par la biographie et l'évolution dépressive de la patiente (dos. AI 36).

5.4 Le 16 juillet 2014, les médecins d'un institut de radiologie ont notamment constaté de très faibles calcifications au niveau du labrum de la hanche droite et une arthrose modérée de l'articulation sacro-iliaque (dos. AI 55/5). Une scintigraphie osseuse a ensuite été effectuée dans une clinique le 29 juillet 2014 (dos. AI 55/4). Celle-ci s'est révélée normale, mais a permis de faire état d'une hyperfixation de nature post-traumatique dans la région de la charnière de l'os et du cartilage de la deuxième côte droite et dans la deuxième côte gauche.

5.5 Dans un rapport du 5 août 2014, une spécialiste en rhumatologie a posé le diagnostic de polyarthralgies prononcées à droite (diagnostic différentiel: causes mécaniques-statiques), associées à une scoliose ainsi qu'à des asymétries musculaires prononcées. La spécialiste a précisé qu'en raison d'un facteur rhumatoïde légèrement élevé mis en évidence par des analyses de laboratoire, la scintigraphie avait permis d'exclure une affection rhumatologique inflammatoire. Elle a en outre suspecté une fibromyalgie

localisée à droite et finalement relevé un état consécutif à une décompression du nerf médian à droite, une consommation d'alcool et de cannabis ainsi que des problèmes psychosociaux (dos. AI 55/2).

5.6 Après avoir été sollicité par l'intimé le 26 novembre 2014, le SMR a retenu, sur le plan somatique, qu'il était exigible de l'assurée qu'elle exerce une activité en position alternée et sans constamment avoir les bras fléchis sur la table ou dans une position contraignante (dos. AI 50/5). Le port de charges lourdes, le fait de se baisser et les activités sollicitant les coudes ont été considérés comme étant à éviter. Sur le plan psychiatrique, la spécialiste du SMR a estimé que l'assurée pouvait rencontrer des difficultés en matière de concentration prolongée et d'endurance. Par la même spécialiste, le SMR a retenu, le 27 janvier 2015 (dos. AI 60/2 ss), qu'il n'y avait aucune limitation pour un taux d'occupation entre 80% et 100% dans le cadre d'une intégration avec un profil d'exigibilité somatique adapté après une période probatoire. Elle a précisé qu'était uniquement adaptée une activité permettant d'alterner les positions et d'éviter tout travail exigeant le port de charges lourdes ou demandant d'effectuer notamment des tâches de vissage ainsi que d'avoir en permanence les bras dans une position contraignante.

5.7 Le 5 novembre 2015, la médecin généraliste traitante a établi un rapport actualisé (dos. AI 68/2) énumérant les mêmes diagnostics que ceux déjà connus, ainsi que des tendinopathies d'insertion récidivantes en mentionnant à ce propos la fibromyalgie suspectée par la spécialiste en rhumatologie. Elle a en outre attestée une incapacité de travail totale du 6 février 2012 jusqu'à la date du rapport. Celui-ci fait par ailleurs état d'une élévation non expliquée des paramètres hépatiques. A ce sujet, un institut de radiologie a réalisé le 1^{er} octobre 2015 un scanner abdominal et a constaté un léger liquide péricardique et une consolidation dans l'angle splénique droit et dans le côlon sigmoïde. Il a retenu deux diagnostics différentiels, à savoir une anomalie de la ventilation et un infiltrat résiduel (dos. AI 89/6). Le 22 avril 2016, les médecins du même institut ont diagnostiqué, après avoir effectué une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou droit de l'assurée, une déchirure oblique de la corne postérieure médiale du ménisque avec contact de la surface inférieure (dos. AI 89/5). La médecin traitante, dans un rapport du 29 avril 2016 (dos. AI

89/2), a pour sa part relevé de fortes douleurs au genou droit, surtout lors de marche dans les escaliers. Elle a indiqué une incapacité de travail due au genou depuis le 1^{er} avril 2016 et fait part d'un bon pronostic. A cet égard, un rapport du 11 mai 2016 d'un centre hospitalier a fait état des mêmes conclusions, en relevant des douleurs sur la face latérale du genou droit (dos. AI 129/11). En attestant une incapacité de travail totale du 19 mai au 20 juin 2016 (dos. AI 92 et 105/2), la médecin traitante a fait état d'une inflammation aiguë des tendons de l'index droit et des 4^e et 5^e doigts gauches chez l'assurée qui présentait de surcroît une nouvelle épicondylite à droite. A ce sujet, la rhumatologue traitante, dans un rapport du 9 juin 2016, a soupçonné une cause mécanique et relevé, à la suite d'une IRM de la main droite de la recourante, une périostite de la phalange proximale et des signes d'inflammation aux alentours de son tendon extenseur. Elle a aussi noté que les analyses de laboratoire montraient toujours des facteurs rhumatoïdes légèrement élevés, des anticorps protéiques anti-citrullinés négatifs, ainsi que des valeurs de créatine kinase et des paramètres inflammatoires dans les normes (dos. AI 129/8).

5.8 Au moyen d'un rapport du 29 octobre 2018 (dos. AI 172/2), la psychiatre traitante a diagnostiqué des douleurs et une fatigue chronique de type fibromyalgie ayant une incidence sur la capacité de travail. Elle a précisé que des tâches simples, répétitives et pas trop longues étaient exigibles environ trois à quatre heures par jour avec un rendement de 60% environ. Un neurologue, dans un rapport du 2 novembre 2018 (dos. AI 208/8), a détaillé les douleurs corporelles ressenties par l'assurée, en particulier au bras gauche. Le rapport mentionne une capacité physique réduite, des difficultés de concentration, une mauvaise mémoire, une humeur dépressive, des troubles du sommeil et retient un diagnostic de fibromyalgie.

5.9 Le 10 janvier 2019 (dos. AI 174/3), le SMR a estimé qu'une activité avec des alternances de position, sans exigence de force, de motricité fine de la main droite ou de sollicitation du genou était appropriée. Quant aux limitations psychiques de l'assurée, la spécialiste en psychiatrie du SMR a mentionné une résistance psychique légèrement réduite due aux douleurs,

soulignant du reste l'importance pour l'intéressée de demeurer abstinente à l'alcool et à la cocaïne.

5.10 Dans un rapport du 20 juin 2019 (dos. AI 184.1/4), les médecins d'un centre de médecine du travail ont énuméré les différents diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, en l'occurrence un syndrome douloureux chronique généralisé, un syndrome fibromyalgique, des polyarthralgies prononcées à droite avec hyperlaxité constitutionnelle, une arthropathie du genou avec déchirure oblique de la corne postérieure médiale du ménisque, un syndrome lombovertébral récidivant ainsi que des problèmes psychosociaux. La capacité de travail a été appréciée lors d'une évaluation des capacités fonctionnelles, réalisée les 23 et 24 mai 2019. Il en est ressorti que dans une activité adaptée avec possibilité d'alterner les positions, l'assurée pouvait continuer à avoir une pleine capacité de travail.

5.11 Le 28 avril 2020 (dos. AI 191/3), la psychiatre du SMR a retenu rétrospectivement une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée. La médecin généraliste traitante a établi un rapport daté du 3 juin 2020 à l'attention de l'intimé et y a attesté une incapacité de travail totale depuis mai 2016 (dos. AI 208/4). Outre les diagnostics déjà connus, elle y a mentionné une tendinopathie à l'avant-bras gauche, une synovite des tendons extenseurs, une tendinose d'insertion du genou droit, une fusion lombosacrée et des tensions bilatérales du trapèze. Le 7 juillet 2020, la psychiatre traitante a fait état d'une aggravation des douleurs et de l'état dépressif de sa patiente depuis 2019 (dos. AI 208/2), attestant d'une incapacité de travail de 50% pour l'année 2020 (dos. AI 216/2). Le 26 mai 2021, la même psychiatre a attesté d'une capacité de travail de 40% et précisé qu'une charge de travail supérieure à trois heures par jour n'était pas exigible (dos. AI 234/2). Après avoir attesté une incapacité de travail variant entre 50% et 100% du 15 mars au 30 avril 2021 dans le contexte d'un entraînement à l'endurance (dos. AI 224/1), la généraliste traitante a estimé, par deux écrits des 29 avril et 21 mai 2021, et à l'instar de la psychiatre traitante (dos. AI 272/8), que l'état de santé de l'assurée ne lui permettait pas de travailler plus de trois heures par jour, évaluant dès lors la capacité de réinsertion de l'intéressée à 40% (dos. AI 229/3 et 231/1).

5.12 A la suite d'une IRM du 17 décembre 2021, les médecins d'un institut de radiologie ont notamment relevé un début de dégénérescence segmentaire L4-5-S1 avec hernies discales et une faible arthrose de l'articulation sacro-iliaque chez la recourante (dos. AI 245/1). Le 24 janvier 2022, ensuite d'un traitement sous la forme d'infiltration des articulations et périodurale, un médecin spécialiste de la douleur a posé les diagnostics de polyarthralgies chroniques prononcées à droite et une dépression (dos. AI 246/1).

5.13 Le rapport de la psychiatre traitante du 16 février 2022 (dos. AI 248/2) a relevé un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (ch. F33.1 CIM-10), dans un contexte de fortes douleurs chroniques persistantes, en mentionnant une détérioration de l'état de santé lors d'une activité dépassant trois heures par jour. La psychiatre a précisé que les limitations physiques et psychiques de l'assurée avaient comme incidence la réduction de la capacité de travail de celle-ci à dix heures par semaine.

5.14 Le 11 mai 2022, un médecin d'un centre hospitalier a diagnostiqué des probables condylomes (diagnostic différentiel: tumeurs fibroépithéliales bénignes périnéales; dos. AI 286.2/20; voir aussi rapport du 13 avril 2022 [dos. AI 286.2/23]). Le 24 juillet 2022, la recourante a consulté le service d'urgence du même centre hospitalier, en raison d'une toux persistante et des douleurs thoraciques présentes depuis trois semaines. Les médecins en charge de l'assurée ont fait état notamment de douleurs thoraciques ayant probablement une origine musculosquelettique (dos. AI 286.2/12). En outre, un médecin orthopédiste a diagnostiqué, dans un rapport du 29 mai 2022 (dos. AI 286.2/18), un problème de surcharge du membre supérieur droit, avec surcharge des extenseurs du poignet/coude radiaux droits et tendinopathie d'insertion des extenseurs sur l'épicondyle radial de l'humérus. Il a précisé en outre qu'ensuite d'une décompression du canal carpien réalisée en 2012, l'évolution avait été favorable à cet égard et qu'il n'y avait aucun argument en faveur d'une récurrence.

5.15 A la suite d'une ostéodensitométrie, un rapport du 17 août 2022 d'un médecin d'un centre d'ostéodensitométrie a fait état, outre des diagnostics déjà connus, d'une ostéoporose sur le col du fémur, relevant à ce propos un risque de fracture ostéoporotique majeure (dos. AI 286.2/8). Puis, à la suite

d'une IRM de l'épaule droite, la médecin d'une clinique a diagnostiqué, le 30 octobre 2022, une arthrose acromio-claviculaire légèrement activée avec œdème médullaire le long des surfaces articulaires et œdème de l'interligne articulaire, un important épaississement de la capsule articulaire, signalant une capsulite rétractile ainsi qu'une tendinopathie du sus-épineux (dos. AI 290/10). Le 22 novembre 2022, le médecin spécialiste de la douleur, consulté pour des douleurs à l'épaule, a répété ses précédents diagnostics et confirmé l'existence d'une arthrose légèrement active de l'articulation acromio-claviculaire ainsi qu'un épaississement marqué de la capsule articulaire, réalisant une infiltration de cette articulation et du nerf supra-scapulaire (dos. AI 290/8).

5.16 Suivant l'avis du SMR du 25 mai 2022 (dos. AI 250), l'intimé a diligencé une expertise bidisciplinaire (dans les domaines de la rhumatologie et de la psychiatrie; dos. AI 267), dont les conclusions ont été retranscrites dans un rapport du 1^{er} février 2023 (dos. AI 286.1). Au terme de celui-ci, les diagnostics d'appendicectomie, d'adénoïdectomie, de status post arthroscopie avec cure de lésion méniscale médiale droite en 2016, de status post-neurolyse du nerf médian dans le cadre d'un syndrome du canal carpien en 2012, d'un status d'ostéoporose du col fémoral ainsi qu'un syndrome douloureux chronique type fibromyalgie, d'une dysthymie (ch. F34.1 CIM-10), ainsi que de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples (ch. F19.1 CIM-10) ont été posés (dos. AI 286.1/44 s.). Les experts ont conclu, du point de vue rhumatologique, à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, à savoir qui permette d'alterner les positions assis-debout et qui ne nécessite pas de travailler avec les coudes sur la table, de travailler les bras au-dessus de 90°, de porter des charges de plus de dix à quinze kilos de façon répétée, de monter les escaliers ou d'effectuer des tâches de dextérité de façon répétée avec les deux mains (dos. AI 286.1/46). Du point de vue psychiatrique, l'expert a nié toute atteinte à la santé psychique avec des conséquences sur la capacité de travail (dos. AI 286.1/45).

5.17 La spécialiste en rhumatologie traitante a, au moyen d'un rapport du 8 juin 2023 (dos. AI 290/5), fait état des différents diagnostics déjà connus notamment au bras droit, en mentionnant en outre des facteurs rhumatoïdes

légèrement positifs, une hyperuricémie ainsi qu'une diverticulose. Par un rapport daté du même jour (dos. AI 290/4), une radiologue a pour sa part diagnostiqué une protrusion à large base de C4/C5 avec sténose foraminale gauche et irritation radiculaire, en retenant un diagnostic différentiel de compression intra-foraminale de C5 du côté gauche. Cette spécialiste a en outre diagnostiqué une protrusion latérale droit du disque C5/C6 avec sténose du récessus et du trou de conjugaison droit et irritation de la racine C6 de droite ainsi qu'une légère sténose du canal rachidien aux niveaux C4/C5 et C5/C6. Au moyen d'un rapport du 12 juin 2023 (dos. AI 290/1), la médecin traitante de l'assurée a relevé une dégradation de son état de santé psychique et fait part des nouveaux diagnostics relatifs aux cervicales et à l'épaule de celle-ci en estimant la capacité de travail à 30%. A cet égard, un médecin orthopédiste a retenu, dans un rapport du 12 juillet 2023, une capsulite rétractile partielle de l'épaule droite ainsi qu'une cervico-brachialgie droite avec sténose foraminale de C4 à C6 (dos. AI 296/3).

5.18 Invités par l'intimé à prendre position face aux nouveaux éléments médicaux au dossier, les experts se sont exprimés à cet égard le 28 novembre 2023 (dos. AI 297/1). Sur le plan rhumatologique, ceux-ci ont exprimé l'avis qu'aucune modification de l'état de santé n'était intervenue et ne permettait de remettre en cause les conclusions posées dans l'expertise du 1^{er} février 2023. Ils ont affirmé qu'il en allait de même sur le plan psychiatrique, dès lors qu'aucun nouveau diagnostic y relatif n'avait été posé.

5.19 Les médecins du SMR, par deux avis des 28 mars et 3 avril 2024 (dos. AI 304/2 et 305/3), ont encore estimé que les diagnostics retenus par les experts avaient été posés dans les règles de l'art et que les conclusions de l'expertise pouvaient être suivies dès lors que les nouveaux diagnostics relevés dans les rapports médicaux subséquents n'invalidaient pas l'expertise du 1^{er} février 2023.

6.

Il y a ainsi tout d'abord lieu d'examiner la valeur probante de l'expertise du 1^{er} février 2023, sur laquelle la décision attaquée est fondée.

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 Tout d'abord, quant à la forme, le rapport d'expertise du 1^{er} février 2023 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, ont pris en compte ses plaintes subjectives, son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle) et l'ensemble des documents à disposition. L'examen rhumatologique, pratiqué le 25 octobre 2022, s'articule autour de paramètres d'observation précis et a été complété par le résultat des examens radiologiques réalisés notamment à l'instigation des spécialistes traitant l'assurée (trois IRM, trois radiographies, une scintigraphie osseuse et un scanner abdominal). N'en contredise l'assurée (recours n. 40 p. 12), il ne saurait être reproché aux experts mandatés de ne pas avoir jugé nécessaire de requérir d'informations auprès de tiers, l'expert appréciant seul s'il veut consulter d'autres rapports médicaux que ceux qui lui ont été soumis, s'il veut recourir à des investigations par des tiers ou recueillir des renseignements auprès des médecins traitants (TF 8C_137/2018 du 20 août 2018, in SVR 2018 IV n° 78 c. 4.2.2). Pour le surplus et comme on le verra plus loin (voir c. 6.4.3 ci-après), c'est la tâche du médecin de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler (ATF 140 V 193 c. 3.2, 125 V 256 c. 4 et les références). Les résultats ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance du dossier. Le contexte médical a été résumé de façon claire et les conclusions consensuelles des

experts ne laissent pas apparaître des éléments permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise.

6.3

6.3.1 D'un point de vue matériel, sur le plan psychiatrique tout d'abord, les conclusions retenues par l'expert de cette discipline s'avèrent logiques et cohérentes sur le vu des rapports médicaux au dossier. L'expert psychiatre a procédé à un examen personnel de l'assurée au terme duquel il a admis l'existence d'une dysthymie (ch. F34.1 CIM-10) ainsi que de troubles mentaux et troubles du comportement liée à l'utilisation de substances psychoactives multiples, actuellement abstinente (ch. F19.1 CIM-10), sans répercussion sur la capacité de travail. Il a ainsi évalué celle-ci à 100% dans toute activité, sans diminution de rendement (dos. AI 286.1/81). Il a tout d'abord relaté de manière pertinente que l'assurée avait connu une dépression réactionnelle accompagnée d'idées suicidaires mais sans passage à l'acte lorsqu'une préménopause puis une ménopause lui ont été annoncées en 2010. L'expert a noté que ces idées suicidaires ne s'étaient plus manifestées depuis cinq à sept ans, mais a toutefois fait part d'une fatigue et d'une tristesse accentuée par son état et ses douleurs physiques. L'expert a ensuite discuté des différents diagnostics retenus dans plusieurs rapports médicaux figurant au dossier et les a valablement écartés (dos. AI 286.1/75 s.). S'agissant des diagnostics d'épisodes dépressifs retenus par différents psychiatres (dos. AI 24/14 et 133/2, voir aussi dos. AI 13/3), l'expert a expliqué de manière pertinente en quoi il convenait d'écarter ceux-ci. Il a en effet souligné que l'intensité des troubles dépressifs ne franchissaient pas le seuil requis pour qu'un épisode dépressif soit retenu, relevant à cet égard que la recourante avait arrêté la prise d'antidépresseurs de sa propre initiative. De plus, il a soulevé que lors d'un épisode dépressif moyen, les difficultés importantes à mener à bien des activités professionnelles, sociales, ou ménagères étaient causées par des motifs psychiatriques alors que l'assurée décrivait des difficultés en lien avec l'intensité de ses douleurs. S'agissant du diagnostic de troubles dépressifs récurrents posé par la psychiatre traitante en février 2022 (dos. AI 248/2), l'expert a indiqué que l'anamnèse ainsi que les rapports médicaux faisaient état de troubles dépressifs chroniques variant et étant modulés selon les douleurs de

l'assurée. Il a ajouté que l'assurée n'avait pas rapporté de périodes de déprime clairement délimitées dans le temps et de périodes de récupération totale, éléments caractéristiques du trouble dépressif récurrent, de sorte que ce diagnostic ne pouvait pas être retenu. Au terme de son raisonnement, il a toutefois indiqué de manière contradictoire partager ce diagnostic de troubles dépressifs récurrents (dos. AI 286.1/76). On ne saurait toutefois inférer de cette seule phrase que l'expert s'est contredit, respectivement que l'expertise ne serait pas probante. Il est en effet aisément compréhensible, compte tenu du raisonnement complet effectué par l'expert, que ce diagnostic a été expressément exclu par celui-ci, ce d'autant plus qu'il indique également et de manière très claire ne pas partager ce point de vue (dos. AI 286.1/74). Cela ressort en outre également de la liste des diagnostics finaux, qui est exempte du diagnostic en question, ainsi que du développement de l'expert précisant que les troubles dépressifs chroniques de l'assurée correspondent à une dysthymie (ch. F34.1 CIM-10, dos. AI 286.1/74). Quant au trouble de l'adaptation sous forme de réactions dépressives prolongées (ch. F43.21 CIM-10) diagnostiqué en juin 2010 par la première psychiatre traitant l'assurée (dos. AI 7.2/6), l'expert en a bien tenu compte, expliquant en quoi il partageait celui-ci. Si l'expert a, dans la liste des diagnostics, toutefois retenu une dysthymie (ch. F34.1 CIM-10) en lieu et place du trouble de l'adaptation sous forme de réactions dépressives prolongées, on comprend que cela s'inscrit dans une continuité logique des réactions dépressives prolongées mentionnées en juin 2010, la dysthymie caractérisant précisément l'aspect chronique des troubles dépressifs de la recourante. De plus, pour retenir le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, l'expert psychiatre, dans son évaluation et classification des troubles, a relevé une consommation durant certaines années de plusieurs substances psychoactives dont le cannabis, l'alcool et la cocaïne (dos. AI 286.1/73), tel que cela ressort de plusieurs rapports médicaux figurant au dossier (voir notamment dos. AI 184.1/8, 36/3, 143/2, 189.1/2, 7.2/5, 55/28). L'expert précise en outre que la recourante a été en mesure d'occuper des emplois sur de longues durées dans des domaines comme l'horlogerie, qui exige de la concentration, ce qui l'a conduit à écarter de manière compréhensible l'existence de limitations fonctionnelles incapacitantes en lien avec des troubles de la concentration ou d'un trouble de l'attention (dos.

AI 286.1/82). On ne voit rien non plus à redire au fait que l'expert a exclu tout diagnostic de trouble de la personnalité. L'expert a en effet constaté l'absence de signes cliniques d'un trouble spécifique de la personnalité chez l'assurée, tout en relevant que les ressources internes de celle-ci étaient significatives (dos. AI 286.1/45 et 286.1/80). Le status psychiatrique qui a motivé la conclusion de l'expert est d'ailleurs étayé sous chacun de ses composants (orientation et fonctions cognitives, humeur, troubles anxieux, troubles de la pensée, troubles de la perception). Tout d'abord quant à l'orientation et les facultés cognitives, l'expert a souligné que la recourante était orientée dans les quatre modes, sans noter de trouble de la conscience ou de la vigilance. Il a mentionné que l'attention et la concentration de l'expertisée étaient stables et de bonne qualité. Outre quelques hésitations et doutes s'agissant de dates précises, l'assurée n'a pas fait montre auprès de l'expert de trouble significatif de la mémoire, les repères temporels étant en effet préservés et le récit de vie étant chronologique et structuré. L'expert a ensuite qualifié l'humeur de l'assurée de mobile et modulée par le contenu des échanges. A cet égard, il a mentionné que l'assurée pleurait lorsqu'elle évoquait ses douleurs, mais souriait et rigolait à d'autres moments. Il n'a par ailleurs relevé ni ralentissement psychomoteur, ni tristesse durable, ni conflit émotionnel. S'agissant des troubles anxieux, l'expert n'a pas constaté de symptôme neurovégétatif en faveur d'un état anxieux, l'assurée n'ayant en outre rapporté aucune angoisse. De plus, aucun trouble de la pensée ou de la perception n'a été décelé (dos. AI 286.1/72). Qui plus est, l'expert a noté que l'expertisée n'avait jamais fait l'objet d'une hospitalisation en milieu psychiatrique et hormis un suivi bimensuel avec une psychologue, elle ne suivait aucun traitement psychopharmacologique (dos. AI 286.1/71 et 286.1/73). Sur cette base, et en se référant au canevas Mini-CIF-APP (instrument d'évaluation des aptitudes psychiques; dos. AI 286.1/79), l'expert n'a retenu aucune limitation de la capacité fonctionnelle, hormis de légers problèmes s'agissant de la flexibilité et de la capacité, ce qui est cohérent avec les déclarations de la recourante au cours de l'expertise. En effet, il n'a pas été constaté de limitations fonctionnelles dans les activités récréatives et de loisirs, ni de limitations fonctionnelles concrètes de nature psychiatrique dans la réalisation de tâches élémentaires de la vie quotidienne ou dans les déplacements. Les troubles diagnostiqués n'entraînaient en outre pas d'impact sur l'appétit, ni de manière significative sur la libido ou sur la qualité

des relations sociales et familiales. Quant aux crises de larmes, l'expert a estimé que celles-ci étaient variables d'une semaine à l'autre (dos. AI 286.1/73 ss). On ne voit donc rien à redire quant au fait que l'expert a arrêté la capacité de travail de la recourante à 100% depuis toujours, hormis durant une période de quelques semaines à quelques mois après l'annonce de la préménopause. Cette conclusion n'est du reste pas véritablement critiquée par la recourante. Le volet psychiatrique de l'expertise doit ainsi être confirmé.

6.3.2 Quant au volet rhumatologique ensuite, l'expert a retenu les diagnostics d'appendicectomie, d'adénoïdectomie, de status post arthroscopie avec cure de lésion méniscale médiale droite en 2016, de status post neurolyse du nerf médian dans le cadre d'un syndrome du canal carpien en 2012, d'un status d'ostéoporose du col fémoral ainsi qu'un syndrome douloureux chronique type fibromyalgie. Il a indiqué que l'examen rhumatologique était tout à fait satisfaisant en dehors du syndrome douloureux chronique fibromyalgique, sans argument pour un rhumatisme inflammatoire (dos. AI 286.1/62 s.). L'examen neurologique a fait état d'un score de 25,5 quant aux points de fibromyalgie, ce qui a confirmé ce diagnostic, qui requiert un score supérieur à 13/31. 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 sa symptomatologie douloureuse chronique type fibromyalgie (dos. AI 286.1.58). Après avoir rappelé le contexte de ses investigations, à savoir celui d'une évaluation médicale initiale par les organes de l'AI, le spécialiste a restitué par larges extraits le dossier médico-assécurologique. Il a dressé les plaintes subjectives exprimées à la fois de manière spontanée par l'assurée, puis à l'issue d'un questionnaire ciblé sur divers sujets (affectations actuelles, apparition et évolution des limitations, réactions de l'entourage, mesures de traitement, manière de l'assurée de percevoir sa maladie, gestion des troubles dans la vie quotidienne, stratégie d'adaptation, représentation de l'évolution future de la maladie). L'ensemble de ces éléments factuels contribuent à ancrer cette évaluation spécialisée dans un contexte de vie aussi concret que possible. La réalité des plaintes de l'assurée n'a pas été mise en doute par l'expert mandaté, qui a reconnu l'existence des douleurs de l'assurée. Le fait que

ledit expert ait principalement expliqué le tableau clinique donné par une problématique d'ordre fibromyalgique n'altère en rien ce constat, dès lors que celui-ci est corroboré par les diagnostics des médecins d'un centre de médecine du travail (dos. AI 184.1/4), de la psychiatre traitante (dos. AI 172/2) ainsi que par les suspicions initiales de la rhumatologue traitant l'assurée (dos. AI 55/2). En outre, il est aisément compréhensible que l'expert ait exclu le diagnostic de polyarthralgies prononcées à droite. Il a en effet précisé, à la suite de son examen clinique complet, que celui-ci ne mettait en évidence aucune pathologie incapacitante. Il a en outre pratiqué des tests de mobilité précis relatifs aux multiples affections du rachis de l'assurée, c'est-à-dire la scoliose plate, l'anomalie de la charnière lombosacrée, les protrusions discales (L4-L5-S1) avec contact radiculaire, le syndrome lombo-vertébral récidivant et la sténose cervicale de l'expertisée (dos. 286.1/55). Il en va de même s'agissant des membres supérieurs et inférieurs de l'assurée (voir dos. AI 286.1/56 s.). En concluant que le status était strictement normal (dos. AI 286.1/58), l'expert a ainsi écarté toute pathologie incapacitante en constatant l'absence de déficit fonctionnel lors des tests correspondant. Cela va d'ailleurs dans le sens de ce que le spécialiste en orthopédie du SMR a relevé (dos. AI 304/2), c'est-à-dire que la mobilité du rachis cervical n'est pas limitée et que l'assurée n'a pas décrit de déficits moteurs en lien avec ses paresthésies mentionnées en juillet 2023 après l'expertise rhumatologique, bien que des cervico-brachialgies ont été diagnostiquées. L'expert a en outre précisé qu'aucun signe inflammatoire au niveau des coudes, des poignets et des doigts n'a été constaté. Il n'a pas non plus fait état de signe de tendinopathie au niveau des coudes droit et gauche. De ce fait, il a explicitement indiqué ne pas retenir le diagnostic de status post tendinose du coude droit ainsi que du poignet. Il a uniquement retenu un diagnostic de status post neurolyse du nerf médian dans le cadre d'un syndrome du canal carpien, avec un résultat qu'il a jugé très satisfaisant cliniquement, à la suite d'une opération de l'assurée (dos. AI 268.1/62). Quant à la déchirure oblique de la corne postérieure médiale du ménisque, l'expert a en premier lieu expliqué que la recourante n'avait pas fait mention de douleurs au genou droit lors de l'examen clinique. Il a par conséquent considéré que la lésion datant de 2016 semblait évoluer de manière très satisfaisante (dos. AI 286.1/43), retenant un status post arthroscopie avec cure de lésion méniscale médiale droite en 2016, ce qui est cohérent du point

de vue des plaintes de l'assurée. Il a toutefois relevé une hyperlaxité articulaire touchant notamment le genou droit, mais expliqué qu'aucune amélioration ne serait à escompter d'une opération du ménisque (dos. AI 286.1/7). On comprend ainsi aisément pourquoi l'expert n'a pas retenu le diagnostic d'arthropathie du genou. Ce médecin a précisé à cet égard qu'il n'y avait aucune atteinte des membres inférieurs en faisant notamment mention des amplitudes de mouvements tout à fait correctes et satisfaisantes de l'assurée au niveau des hanches, des genoux et des chevilles (dos. AI 286.1/58). Ces conclusions sont par ailleurs cohérentes avec les résultats de la scintigraphie osseuse du 29 juillet 2014 (dos. AI 55/4), qui n'a fait montre d'aucun signe d'altération articulaire inflammatoire, ce qu'a d'ailleurs mentionné l'expert (dos. AI 286.1/62). Celui-ci a néanmoins retenu un status d'ostéoporose du col fémoral, sur la base du rapport d'ostéodensitométrie du 17 août 2022. Il a en outre expressément mentionné les récentes douleurs à l'épaule dont l'assurée lui a fait part (dos. AI 286.1/50) et affirmé à cet égard qu'au moment de l'examen, aucune pathologie incapacitante n'avait pu être mise en évidence, ne faisant d'ailleurs état d'aucune douleur à la palpation. L'expert a en outre expliqué que l'assurée était autonome dans les gestes du déshabillage et de l'habillage et observé une autonomie dans ses déplacements qu'elle a, de surcroît, qualifiés de fluides et aisés (dos. AI 286.1/59). Sur la base des affirmations de la recourante et du dossier, l'expert a encore constaté que celle-ci travaillait à 20%, pouvait vaquer à ses activités, partir en vacances, promener ses chiens plusieurs fois par jour, parfois avec l'aide de son copain et avoir des interactions sociales (dos. AI 286.1/53). Par ailleurs, le profil d'exigibilité dressé par l'expert en rhumatologie tient compte des limitations fonctionnelles établies lors de son examen clinique et sur la base du dossier, à savoir une activité permettant d'éviter de travailler avec les coudes sur la table, d'avoir les bras au-dessus de 90°, de porter des charges de plus de dix à quinze kilos de façon répétée, de monter les escaliers ou d'effectuer des tâches de dextérité de façon répétée avec les deux mains et permettant d'alterner les positions assis-debout (dos. AI 286.1/46). Ce profil d'exigibilité ne porte pas le flanc à la critique. Quant à l'évaluation de la capacité de travail, il en va de même en tant que l'expert a conclu que l'activité d'ouvrière d'usine n'était pas adaptée à ces limitations, si bien que la capacité de travail était nulle depuis 2012, c'est-à-dire depuis que le diagnostic de fibromyalgie a été retenu. On ne voit

rien à redire à propos du fait que l'expert a évalué la capacité de travail à 100% dans une activité adaptée.

6.4

6.4.1 Finalement, force est d'admettre que l'évaluation consensuelle livre une appréciation coordonnée des atteintes concernées et de leurs répercussions sur la capacité de travail. C'est ainsi de manière probante que les experts se sont entendus, au terme de leur consensus, sur une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, ce depuis toujours (dos. AI 286.1/48).

6.4.2 Cette évaluation se heurte toutefois notamment aux appréciations de la médecin traitant l'assurée, laquelle a retenu une capacité de travail de 40% en 2021, respectivement 30% en 2023, ainsi que de la psychiatre traitant l'assurée, laquelle a attesté d'une capacité de travail de dix heures par semaine (voir c. 5.11 et 5.13 ci-dessus). S'agissant de l'avis de la médecin généraliste traitante, le juge peut et doit tenir compte du fait qu'en égard à la relation de confiance établie avec son patient, ce médecin aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; TF 8C_616/2014 du 25 février 2015 c. 5.3.3.3, in SVR 2015 IV n° 2; JAB 2016 p. 121 c. 4.6). Il n'en va pas seulement ainsi du médecin de famille praticien généraliste, mais également du spécialiste traitant (TFA I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4). Dans ces circonstances, on doit relativiser la capacité de travail de 40%, respectivement 30% évaluée par la médecin traitante ainsi que celle de dix heures par semaine évaluée par la psychiatre traitante. On relèvera également que le 12 juin 2023 (dos. AI 290), la médecin traitante s'est adressée directement à l'intimé pour défendre sa patiente à la suite du préavis du 25 avril 2023, démontrant ainsi tout manque d'impartialité. En outre, la médecin et la psychiatre se sont limitées à faire état des différents diagnostics (dos. AI 248/2 et 290/2) ainsi qu'à indiquer les difficultés en lien avec les douleurs que rencontrait l'assurée. Or, les experts ont, au terme d'une analyse systématique circonstanciée des symptômes de l'assurée, indiqué en détail les raisons pour lesquelles ils ne partageaient pas l'ensemble des diagnostics indiqués. A l'inverse des médecins traitantes, les experts ont procédé à une appréciation circonstanciée et ont 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 286.1/46 s.). Au demeurant, quant aux diagnostics établis postérieurement à l'expertise du 1^{er} février 2023 et mis en évidence par la médecin traitant l'assurée (dos. AI 290), sans pour autant décrire de limitations fonctionnelles, les experts ont expressément pris position sur ceux-ci, estimant qu'aucun nouvel élément n'était de nature à modifier leurs conclusions (dos. AI 297). Partant, cette différence d'appréciation des médecins traitant la recourante ne saurait remettre en cause l'évaluation de la capacité de travail des experts.

6.4.3 On ne saurait non plus passer sous silence que les spécialistes en réadaptation d'une fondation au sein de laquelle l'assurée a suivi en dernier lieu un entraînement à l'endurance du 15 mars au 13 juin 2021, sont arrivés à la conclusion que son état de santé lui permettait de travailler à un taux d'occupation de 50% (dos. AI 235/9). De même, ainsi que la recourante le soulève (recours n. 40 p. 12), une responsable d'une fondation d'utilité publique auprès de laquelle l'assurée participe depuis septembre 2021 à un programme de réinsertion professionnelle, a expliqué que celle-ci n'était pas en mesure de travailler à plus de 20%, c'est-à-dire deux heures par jour à raison de quatre fois par semaine (dos. AI 291/2). Cela étant, on rappellera tout d'abord qu'il incombe au médecin de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assurée est incapable de travailler (voir c. 2.5 et 6.2 ci-dessus). C'est pourquoi les appréciations des médecins l'emportent sur les constatations qui peuvent notamment être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C_713/2024 du 16 septembre 2025 c. 5.1 et les références). Cependant, les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (TF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 c. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17). Au regard de la collaboration étroite, réciproque et complémentaire, selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (voir ATF 107 V 17 c. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un

stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. En effet, dans les cas où les appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au tribunal de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (TF 8C_344/2024 du 26 mars 2025 c. 2.4 et les références). En l'occurrence, comme on vient de le voir, il existe une divergence entre l'appréciation des experts et celle des spécialistes en réadaptation. A cet égard, on relèvera qu'à l'issue de l'entraînement d'endurance réalisé du 15 mars au 13 juin 2021, les spécialistes en réadaptation ont noté que le rendement et la résistance se trouvaient sensiblement diminué après le passage des trois à quatre heures en raison de douleurs corporelles et de la fatigue (dos. AI 235/3). Cela étant, outre le fait que les ressources physiques de l'assurée ont été qualifiées de limitées à moyen/normal (dos. AI 235/6), on remarque néanmoins que les limitations fonctionnelles décrites par les spécialistes en réadaptation ne permettent pas de démontrer cette restriction de la capacité de travail de l'assurée. Qui plus est, les difficultés de la recourante rapportées par les spécialistes résultent en outre du fait que l'assurée s'apitoyait sur ses douleurs et qu'elle avait parfois exécuté ses tâches avec trop de précisions, ce qui avait amené à un ralentissement du rythme de travail (dos. AI 235/2 et 235/9). A cela s'ajoute que les activités de nettoyage confiées à l'assurée pendant la mesure professionnelle n'étaient pas entièrement compatibles avec le profil d'exigibilité posé. Enfin, on rappellera que c'est en raison du fait que la capacité de travail de l'assurée et son pronostic n'avaient pas pu être objectivés sur la base du rapport de réadaptation qu'une expertise bidisciplinaire avait été diligentée par le médecin du SMR (dos. AI 272/5; voir aussi dos. AI 286.1/7 et 286.1/39). Ainsi, les experts ont formulé leurs conclusions en toute connaissance des observations recueillies durant cette mesure (dans le même sens, voir JTA AI/2023/129 du 16 août 2024 c. 5.3.4). Par conséquent, les constatations faites à l'occasion de cette mesure professionnelle ne permettent pas, au degré de la vraisemblance prépondérante (degré de preuve déterminant en droit des assurances sociales, voir ATF 151 V 280 c. 3.3.1) de remettre en cause l'appréciation médicale complète et probante des experts consultés. Il en va de même s'agissant du rapport de la fondation d'utilité publique du 16 juin 2023. En effet, en se limitant à évoquer une arthrose, des difficultés

à monter les escaliers et à rester à faire la même chose, la responsable du programme n'a pas exposé en quoi les problèmes de santé et les limitations fonctionnelles de l'assurée pourraient limiter sa capacité de travail dans une activité adaptée. Elle n'a pas davantage étayé les raisons pour lesquelles elle a arrêté une incapacité de travail de 80% (dos. AI 291/2).

6.4.4 Sur le vu des rapports versés au dossier et de la valeur probante de l'expertise, l'instruction de la cause se révèle suffisante, ce qui permet d'exclure la nécessité d'une instruction complémentaire, telle que sollicitée par la recourante. Enfin, il convient de relever que le rapport d'expertise contient les éléments nécessaires à l'évaluation structurée selon l'ATF 141 V 281, laquelle s'applique notamment à toutes les maladies psychiques, dont les syndromes de dépendances (ATF 145 V 215 c. 5.3.3, 143 V 418 c. 7.2). Cela étant précisé, compte tenu du caractère probant de l'expertise et du fait qu'il ne peut résulter d'un examen des indicateurs une incapacité de travail supérieure à celle retenue dans l'expertise, il n'y a pas lieu de procéder à un examen juridique parallèle des indicateurs (TF 8C_213/2020 du 19 mai 2020 c. 4.3, 8C_52/2020 du 22 avril 2020 c. 4.2.2; en ce sens, voir également VGE IV/2024/247 du 29 août 2024 c. 3.4).

7.

Il reste en définitive à examiner le degré d'invalidité de la recourante.

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). 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 150 V 67 c. 4.1, 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222).

7.2

7.2.1 Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGa, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (al. 1). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (al. 2). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3). Selon l'art. 28 al. 1 let. a LAI a droit à une rente seulement l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles. Ce n'est que lorsqu'aucune mesure de réadaptation n'est (plus) envisageable qu'un droit à la rente peut être accordé. Dans le cas contraire, des mesures de réadaptation appropriées doivent être ordonnées au préalable. Si la personne assurée est en principe apte à la réadaptation, le droit à la rente ne peut dès lors naître qu'après la fin des mesures de réadaptation (ATF 151 V 306 c. 4.5.1, 194 c. 5.1.2).

7.2.2 En l'espèce, la question ayant été laissée ouverte de savoir si l'acte du 6 octobre 2016 constituait une décision ou un préavis (voir c. 4 ci-dessus), le droit à une rente pourrait ainsi prendre naissance au plus tôt à partir du 1^{er} juin 2014, respectivement du 1^{er} décembre 2017 (art. 29 al. 1 et 3 LAI), selon que l'on se fonde sur la demande de prestation de janvier 2014 ou sur le courrier de juin 2017 (voir let. A ci-dessus). L'assurée a néanmoins participé à plusieurs mesures de réadaptation. Le 4 janvier 2016, elle a débuté un entraînement à l'endurance auprès d'une fondation (dos. AI 75), lequel devait se terminer le 3 avril 2016 (dos. AI 76/2) mais a été prolongé jusqu'au 3 juillet 2016 (dos. AI 79 et 83). Le 29 août 2018, l'intimé a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible (dos. AI 164/1). Il a ensuite alloué un nouvel entraînement à l'endurance à l'assurée du 15 mars au 13 juin 2021 (dos. AI 235/2), puis a mis fin à la réadaptation professionnelle par décision du 7 septembre 2021 (dos. AI 240), ce que n'a d'ailleurs pas contesté la recourante. Au cours des deux périodes précitées, des indemnités journalières ont été versées (dos. AI 76/2, 83/1 et 227/1). N'en contredise la recourante (recours n. 52 p. 15), il ne saurait être reproché

à l'intimé de ne pas avoir examiné dans la décision entreprise si des mesures étaient susceptibles d'augmenter sa capacité de travail, dès lors que l'absence de pertinence de telles mesures avaient été définitivement constatée en dernier lieu dans la décision du 7 septembre 2021. Certes, on ne saurait ignorer que durant la dernière mesure, la recourante a été uniquement présente à hauteur d'un taux d'activité de 37% (dos. AI 235/8). Or, le principe selon lequel le droit à la rente ne peut en principe naître qu'après la fin des mesures de réadaptation vaut à cet égard même si celles-ci n'ont eu qu'un succès partiel ou ont échoué (ATF 151 V 194 c. 5.1.2 et les références). Le principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente trouve quoi qu'il en soit aussi application en présence d'une mesure de réinsertion (TF 9C_380/2021 du 31 janvier 2022 c. 5.1 et les références). Toutefois, dans la mesure où l'assurée a été informée le 29 août 2018 qu'aucune mesure de réadaptation n'entrait en ligne de compte et qu'aucune mesure en ce sens n'a été mise en œuvre jusqu'en 2021, il ne paraît pas évident de déterminer si le droit à une éventuelle rente doit être fixé avec la fin de la première mesure intervenue en juillet 2016 ou de la seconde mesure survenue en juin 2021 (à ce propos, voir TF 8C_652/2024 du 28 juillet 2025 c. 4.4.1). Comme on le verra ci-après, la question de savoir si l'année de référence pour la comparaison des revenus est donc 2016 ou 2021 (et non 2017 comme l'a retenu à tort l'intimé) peut néanmoins également rester ouverte, cela n'étant au demeurant pas contesté par la recourante.

7.3

7.3.1 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; TF 8C_134/2021 du 8 septembre 2021 c. 3.2, in SVR 2022 UV n° 4).

7.3.2 En l'espèce, s'agissant tout d'abord du revenu de valide de l'assurée dans son activité salariée, l'intimé s'est fondé sur les données statistiques de

l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Il convient toutefois de se référer aux indications données par la caisse de compensation de l'assurée figurant au dossier (dos. AI 219/2). Selon celles-ci, le salaire mensuel était de Fr. 4'642.-, versé treize fois par an, ce qui représentait un revenu annuel en 2012 de Fr. 60'346.- (dos. AI 38.1/1; voir aussi dos. AI 219/2; TF 9C_382/2024 du 3 juin 2025 c. 4.3.2). Indexé à l'année de naissance du droit, c'est-à-dire 2016, ce montant doit être porté à Fr. 62'475.85 (2012 = 102.0; 2016 = 105.6; table ESS T1.2.10, Indice des salaires nominaux, 2011-2025, ch. 10-33 Industries manufacturières). Dans l'hypothèse où la naissance du droit devrait être fixée à 2021, ce montant serait de Fr. 64'014.10 (2012 = 102.0; 2021 = 108.2; table ESS T1.2.10, op. cit., ch. 10-33 Industries manufacturières).

7.3.3 Quant au revenu d'invalidé, il 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). Selon la jurisprudence, lorsque la personne assurée n'a plus exercé d'activité lucrative exigible adaptée à son état depuis la survenance de l'atteinte à la santé, l'évaluation du revenu d'invalidé peut se fonder sur l'ESS. En règle générale, il y a lieu d'appliquer la valeur totale. Selon la pratique, la comparaison des revenus effectuée sur la base de l'ESS doit se faire à l'aide du groupe des tables A (salaires bruts standardisés), parmi lesquels la table TA1_tirage_skill_level, secteur privé, est habituellement utilisée. Lorsque sont utilisés les salaires bruts standardisés, il convient, d'après la jurisprudence, de toujours se baser sur la valeur centrale (médiane; ATF 148 V 174 c. 6.2, 143 V 295 c. 2.2).

7.3.4 Dès lors que la recourante n'a plus exercé d'activité lucrative ordinaire, c'est à juste titre que l'intimé a déterminé le revenu d'invalidé dans une activité adaptée sur la base de l'ESS. Dans la première hypothèse, il y a lieu de se fonder sur les valeurs de l'ESS 2016, table TA1, total, niveau 1, femmes, adapté à un temps de travail hebdomadaire usuel moyen (total) dans les entreprises de 41,7 heures (ATF 126 V 75 c. 3b/bb). Ce revenu d'invalidé se monte à Fr. 52'854.75 ([Fr. 4'225.- x 12 x 41,7] / 40). L'intimé a en outre concédé à bien plaisir un abattement de 10% sur le salaire invalide au titre du désavantage salarial, dont le bien-fondé peut demeurer indé-

au regard de ce qui suit. La prise en considération d'un tel abattement conduit donc finalement à retenir un revenu d'invalidé de Fr. 47'569.30 pour l'année 2016. Dans la seconde hypothèse où l'année de naissance du droit devait être fixé à 2021, il conviendrait de faire application des informations statistiques de l'ESS 2020, qui fait état d'un salaire mensuel brut de Fr. 4'276.- (ESS 2020, table TA1, total, niveau 1, femmes). Ce revenu, adapté à un horaire de travail habituel moyen de 41,7 heures, puis indexé à l'année 2021 (2020 = 107.9, 2021 = 108.6; voir table T1.2.10 "Indice des salaires nominaux, femmes, 2011-2025", valeur centrale, ch. 05-96), débouche sur un revenu d'invalidé de Fr. 53'839.80. Réduit de 10% au titre d'abattement, cela donne un revenu d'invalidé de Fr. 48'455.80 pour l'année 2021.

7.4 En conclusion, en comparant le revenu de valide de Fr. 62'475.85 avec celui d'invalidé de Fr. 47'569.30, on parvient à un taux d'invalidité de 24% en 2016. Ce taux étant insuffisant pour justifier un droit à une rente (voir c. 2.4), c'est à raison que l'intimé a nié le droit de la recourante à une telle prestation. Il en irait en de même dans l'hypothèse où l'année de comparaison des revenus était fixée à 2021, le revenu de valide de Fr. 64'014.10 comparé avec celui d'invalidé de Fr. 48'455.80 donnant également un degré d'invalidité de 24%.

8.

8.1 Sur le vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et doit être rejeté.

8.2 Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI, art. 61 let. f^{bis} LPGa, art. 108 al. 1 LPJA). Il n'est en outre pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGa a contrario; art. 104 al. 1 et 3 LPJA, ainsi qu'art. 108 al. 3 LPJA).

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

8.3.1 Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès (art. 61 let. f LPGA; art. 111 al. 1 LPJA; TF 8C_22/2010 du 28 septembre 2010 c. 6.1, in SVR 2011 UV n° 6, 9C_432/2010 du 8 juillet 2010 c. 2, in SVR 2011 IV n° 22).

8.3.2 Au regard des pièces remises à l'appui de la requête d'assistance judiciaire, la condition financière est remplie, la recourante étant soutenue par les services sociaux (ATF 144 III 531 c. 4.1, 122 I 5 c. 4a; TF 9C_423/2017 du 10 juillet 2017 c. 2.1, in SVR 2017 IV n° 87). En outre, les chances de succès du recours ne pouvaient être d'emblée niées (ATF 140 V 521 c. 9.1; TF 8C_56/2021 du 17 mars 2021 c. 8.1, in SVR 2021 ALV n° 13). La requête doit donc être admise et la recourante mise au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure. Ceux-ci, par Fr. 800.-, sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire.

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

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire, limitée aux frais de procédure, est admise.
3. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la recourante, par son mandataire,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

Le greffier:

Voie de recours

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