

200.2025.66.AI
N° AVS
NIG/BEP/EGC

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

Jugement du 18 mai 2025

Droit des assurances sociales

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

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

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 14 janvier 2025



En fait:

A.

A. _____, née en 1967, divorcée et titulaire d'un CFC de secrétaire d'exploitation, a travaillé en qualité de collaboratrice spécialisée au sein d'un service clientèle à 100% jusqu'au 31 décembre 2023, date pour laquelle l'employeur a mis fin aux rapports de travail. Par un formulaire du 20 mai 2022, reçu le même mois par l'Office AI Berne, l'intéressée a requis des prestations (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI), en invoquant avoir subi une dépression dès le 7 décembre 2021, entraînant une incapacité de travail totale depuis lors.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a sollicité un rapport de l'unité de réadaptation psychosomatique d'une clinique, de même qu'un écrit de la psychiatre/psychothérapeute traitante. Par une communication du 22 août 2022, il a ensuite nié tout droit à des mesures de réadaptation. Après avoir complété la documentation médicale par une nouvelle appréciation de cette psychiatre/psychothérapeute, puis consulté le Service médical des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure, qui s'est déterminé le 5 avril 2023, l'Office AI Berne a ordonné une expertise psychiatrique. Dans l'intervalle, il s'est procuré le dossier de l'assureur-accidents, relatif aux conséquences d'une chute subie par l'intéressée le 10 mai 2023, à la suite de laquelle cette dernière a été hospitalisée en juin 2023. En suivant un avis du SMR, daté du 15 novembre 2023, l'Office AI Berne a étendu le champ d'investigation de l'expertise prévue à la rhumatologie. Les conclusions de cette expertise lui ont été remises le 22 avril 2024. Sur cette base, l'Office AI Berne a fait savoir, au moyen d'un préavis du 31 mai 2024, qu'il envisageait d'exclure tout droit à des prestations. Du fait d'observations émises contre cet acte le 7 juin 2024 (complétées le 27 juin 2024) par l'assurée, représentée par un spécialiste en assurances sociales autorisé à agir à ce titre pour le compte de l'ancien employeur de celle-ci, l'Office AI Berne, sur le conseil du SMR, a confirmé son préavis, au terme d'une décision du 14 janvier 2025.

C.

Par mémoire du 30 janvier 2025, l'assurée, toujours représentée, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Elle a alors conclu, en substance, à l'annulation de la décision du 14 janvier 2025, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 51% à compter du 1^{er} décembre 2022 et au renvoi du dossier à l'intimé afin que celui-ci procède au versement de la prestation. Dans sa réponse du 5 mars 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours. La recourante a maintenu ses conclusions à l'issue de sa réplique du 13 mars 2025. L'intimé en a fait de même, par duplique du 4 avril 2025.

En droit:

1.

1.1 La décision du 14 janvier 2025 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et nie tout droit de l'assurée à des prestations de l'AI. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et sur l'octroi d'une rente de 51% dès le 1^{er} décembre 2022. Sont particulièrement critiqués par la recourante la force probante de l'expertise bidisciplinaire du 22 avril 2024, le calcul du taux d'invalidité, ainsi que le fait que l'intimé n'a pas permis la réalisation de mesures professionnelles.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par une mandataire dûment constituée, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1

let. c et art. 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

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

2.

2.1 La modification du 19 juin 2020 de la LAI (Développement continu de l'AI, RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Sur le plan temporel sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou à l'époque de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 148 V 162 c. 3.2.1 et les références). En l'espèce, tant la décision entreprise que le droit potentiel à une rente sont postérieurs au 1^{er} janvier 2022, la demande de prestations ayant été déposée en mai 2022. Ainsi, c'est le droit en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022 qui s'applique.

2.2 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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). 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 cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4). 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 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^{bis} et 1^{ter} LAI n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1^{bis} LAI). Aux termes de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2); pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour un taux d'invalidité entre 40 et 49%, la quotité de la rente est fixée au pourcentage découlant de l'art. 28b al. 4 LAI.

2.5 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; TF 9C_540/2020 du 18 février 2021 c. 2.3, in SVR 2021 IV n° 54).

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

3.

3.1 Dans la décision attaquée et dans ses écrits ultérieurs, l'intimé a nié tout droit à une rente, au motif que son instruction n'avait pas permis de révéler d'atteinte invalidante à la santé. Il a estimé que l'activité antérieure demeurait exigible, de même que n'importe quelle activité adaptée aux compétences de l'assurée et ce à plein temps, sans diminution de rendement. L'intimé a ajouté que les griefs de l'intéressée à l'encontre des conclusions des experts mandatés par ses soins ne justifiaient pas de remettre en cause la valeur probante de cette expertise, ce qui résultait également du dernier avis émis par le SMR. Dans sa réponse, l'intimé a spécifié que l'expert rhumatologue avait notamment écarté tout signe de fibromyalgie et souligné que même s'il avait admis un syndrome de crête, celui-ci n'était que bénin. L'intimé a encore relaté que l'experte psychiatre avait dûment expliqué pourquoi l'agoraphobie avec trouble panique n'avait selon elle pas d'effet sur la capacité de travail.

3.2 La recourante expose qu'en plus de ses limitations somatiques, l'agoraphobie limite sa mobilité, la peur des confrontations l'obligeant à éviter les transports en commun. Elle ajoute subir des restrictions pour les activités impliquant des contacts avec la clientèle ou un travail d'équipe. Elle relève que l'anxiété et les comportements d'évitement peuvent aussi

nuire à la concentration, à la productivité et à sa flexibilité (les réunions et formations ne pouvant être suivies). La recourante soutient que les experts n'en ont pas tenu compte et demande qu'un nouvel avis soit recueilli, afin d'établir correctement sa capacité de travail. Elle remet en particulier en cause la force probante de l'expertise, en indiquant que celle-ci s'écarte de l'appréciation de sa psychiatre traitante. De surcroît, elle critique le fait que l'intimé ne lui ait pas alloué de mesures de réadaptation et s'en prend enfin au calcul du taux d'invalidité. Elle avance que celui-ci aurait dû être calculé en comparant son salaire en 2022 avec un revenu statistique. Il s'ensuivrait alors un taux d'invalidité de 51%.

4.

Le dossier permet de constater les faits médicaux principaux suivants.

4.1 Dans un rapport du 22 juillet 2022 rédigé par les psychiatres et psychothérapeutes d'une unité de réadaptation psychosomatique d'une clinique, dans laquelle l'assurée a séjourné du 14 juin au 9 juillet 2022, ceux-ci ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen (ch. F32.1 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé) et d'anxiété généralisée (F41.1 CIM-10). Ils ont relaté que l'hospitalisation était intervenue en raison d'un état de fatigue, d'une tendance à l'isolement social, d'un épuisement psychologique, d'une perte de motivation et du plaisir, de même qu'en lien avec des crises de panique. Les spécialistes ont précisé que la recourante souffrait d'un épuisement professionnel, lié à son emploi dans un service des réclamations, l'intéressée rencontrant en outre des conflits conjugaux et assumant la prise en charge de sa mère, malade. Ils ont relevé des signes d'anxiété, ainsi qu'une tristesse latente, avec une perte d'élan vital, une anhédonie, un sentiment de dévalorisation et un manque d'estime de soi.

4.2 Le 27 juillet 2022, la psychiatre/psychothérapeute traitante a retenu les diagnostics d'état dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2 CIM-10) et de trouble anxieux (F41.9 CIM-10). Elle a confirmé que l'assurée la consultait en raison d'un épuisement psychologique, l'assurée

s'étant notamment beaucoup occupé de sa mère, jusqu'à perdre toute son énergie. La psychiatre traitante a ainsi constaté que sa patiente avait perdu sa motivation, sa volonté, l'envie de rencontrer des gens et de s'adonner à des activités. Des troubles du sommeil ont également été signalés, mais aussi des angoisses, avec tension musculaire, oppression thoracique et sensation de manque d'air. Une perte de confiance et des sentiments de dévalorisation ainsi que de culpabilité ont par ailleurs encore été notés. L'évolution a néanmoins été jugée lentement favorable à la suite du séjour en réhabilitation (voir c. 4.1), avec un état restant toutefois fragile. Enfin, la psychiatre a déclaré que l'assurée ne se sentait pas capable de reprendre son activité habituelle.

4.3 A la demande de l'intimé, la psychiatre/psychothérapeute précitée s'est encore prononcée le 15 février 2023. Elle a mentionné les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode moyen, avec syndrome somatique (F33.11 CIM-10) et d'agoraphobie avec trouble panique (ch. F40 CIM-10), en précisant que tous deux impactaient la capacité de travail. Elle a signalé que l'humeur était fluctuante, avec persistance d'une perte de la motivation, du plaisir et de l'élan vital, mais également avec une anxiété accompagnée d'une peur paralysante de la foule et de crises de panique. Elle a de plus expliqué que l'état de sa patiente était également en relation avec son passé, l'intéressée ayant en particulier vécu une séparation difficile en 2022. Réservant son pronostic, cette spécialiste a attesté une incapacité de travail à 100% depuis 2021 dans l'activité de collaboratrice spécialisée.

4.4 Un psychologue et psychothérapeute du SMR a relevé, le 5 avril 2023, que la psychiatre/psychothérapeute de l'intéressée n'avait pas pu se prononcer sur le pronostic. Partant, il a conseillé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

4.5 Suite à l'accident du 10 mai 2023, lors duquel l'intéressée a chuté dans un escalier et s'est réceptionnée sur le dos, cette dernière a été prise en charge du 1^{er} au 27 juin 2023 par une autre clinique de réadaptation. Le 21 juillet 2023, la clinique a posé le diagnostic (principal) de thérapies physiques et fonctionnelles pour dorsalgies dans les suites d'un polytraumatisme le 10 mai 2023, avec fracture vertébrale D5 et D6. Elle a également retenu les diagnostics (secondaires) de fracture-enfoncement

du plateau supérieur de D5-6 sans recul du mur postérieur, de contusions musculaires et osseuses dorsales/costales de l'épaule droite, de même que de fracture de la base de la phalange distale de l'annulaire gauche. Dans son rapport, la clinique a souligné avoir observé des douleurs invalidantes et une mobilité très limitée au début de la prise en charge. Elle a cependant précisé que le séjour avait permis une amélioration de la condition physique globale (fluidité/mobilité de la colonne dorsale et des amplitudes articulaires des épaules), de l'équilibre et de la force, avec réintégration des membres atteints aux actes de la vie quotidienne. Une très bonne amélioration et l'intégration de la gestion des douleurs au niveau de l'annulaire gauche (fracturé lors de l'accident) ont également été notées, aucun suivi ambulatoire n'étant proposé à ce titre. Il a été ajouté que les activités nécessitant le port de charges prolongé ou répétitif de plus de 5 à 10 kg devaient être évitées, à l'instar de la marche prolongée, des mouvements répétés de flexion/rotation du tronc et du maintien de celui-ci en porte à faux. Un pronostic de réinsertion professionnelle favorable a été posé et il a été signalé en sus que la stabilisation médicale (amélioration du périmètre de marche et de la force musculaire) pouvait être attendue dans un délai d'un à trois mois. Une incapacité de travail à 100% a été attestée du 1^{er} juin au 28 juillet 2023.

4.6 Le 15 novembre 2023, le SMR, par un psychologue et spécialiste en psychothérapie, a expliqué que la situation somatique s'était stabilisée. Il a toutefois relevé que, s'agissant de fractures vertébrales, comme au cas particulier, des douleurs pouvaient persister. Il a donc conseillé d'élargir le domaine d'investigation de l'expertise prévue à la rhumatologie.

4.7 Au moyen d'un rapport reçu le 22 avril 2024, les experts mandatés par l'intimé ont fait part de leurs conclusions. Dans le volet rhumatologique de l'expertise, le spécialiste de cette discipline a posé le diagnostic de douleurs dorsales sur séquelles de fractures traumatiques D5 et D6, avec syndrome de crête (syndrome de Maigne) du droit côté (S22.0 CIM-10). Il a expliqué que la recourante devait éviter les efforts dus au soulèvement de charges de plus de 5 kg, le port de charges proches du corps de plus de 10 kg, ainsi que les travaux impliquant le maintien du buste en porte-à-faux. Dans une activité adaptée à ce profil d'exigibilité (comme celle accomplie

en dernier lieu), il a conclu que la capacité de travail était entièrement préservée, sans diminution de rendement. Quant à l'experte en psychiatrie, elle a retenu le diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique, sans effet sur la capacité de travail (F40.00 CIM-10). Elle a relaté que l'assurée était capable d'assumer tout emploi ne l'exposant pas à une foule de personnes inconnues et ce à un taux de 100%. Dans le volet consensuel de leur rapport, les experts ont confirmé leur diagnostic respectif, ainsi que leur appréciation de la capacité de travail de l'intéressée, soit que la capacité de travail était préservée depuis toujours, hormis durant une période de trois mois après l'accident du 10 mai 2023.

4.8 Le psychologue/psychothérapeute du SMR s'est encore prononcé le 30 septembre 2024 face aux observations de l'assurée. Il a rappelé que les experts n'avaient retenu aucun diagnostic psychiatrique incapacitant, le diagnostic d'agoraphobie n'impactant pas la capacité de travail et aucun état dépressif n'ayant été retenu. Le spécialiste du SMR a renvoyé, pour le surplus, à l'examen des indicateurs standards issus de la jurisprudence, effectué par les experts. Il en a déduit que les arguments avancés dans les observations de l'assurée n'étaient pas de nature à remettre en question l'avis formulé par les experts. Le 20 novembre 2024, un spécialiste en médecine psychosomatique et en psychothérapie du SMR a de surcroît déclaré qu'il était d'accord avec cette analyse (voir dossier [dos.] AI 72/1).

5.

Se pose la question de la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire du 22 avril 2024, sur laquelle repose 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'espèce, sur le plan formel tout d'abord, force est de constater que l'expertise répond aux exigences posées par la jurisprudence quant à la valeur probante des rapports médicaux. Les qualifications des experts, en rhumatologie, d'une part, ainsi qu'en psychiatrie et en psychothérapie, d'autre part, ne sauraient être mises en doute. Les experts ont par ailleurs procédé à un examen personnel de la recourante, ont pris en compte ses plaintes subjectives, son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle), de même que l'ensemble des documents pertinents à disposition (dos. AI 63.1/37-40), qui ont encore été complétés par des examens de laboratoire (dos. AI 63.1/34-36). Les résultats ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance du dossier. Qui plus est, s'agissant du volet psychiatrique, le rapport contient les éléments nécessaires à l'évaluation structurée selon l'ATF 141 V 281 (voir c. 2.3). Les conclusions des experts sont du reste détaillées, étayées et ne laissent pas apparaître d'élément permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise.

5.3

5.3.1 Sous l'angle matériel, on doit ensuite relever que le raisonnement suivi par l'expert rhumatologue est aisément compréhensible. Celui-ci a en effet retenu le diagnostic de douleurs dorsales sur séquelles de fractures traumatiques de D5 à D6, avec syndrome de crête droit (syndrome dit de Maigne), en expliquant que la recourante s'était plainte de douleurs après l'accident du 10 mai 2023, à la suite duquel la réalisation d'un (deuxième) scanner avait permis de mettre en relief une fracture de ces deux vertèbres (voir à ce propos c. 4.5). Ce diagnostic a du reste été mentionné au terme d'un examen circonstancié du rachis, des membres inférieurs et supérieurs, de même que sur le plan neurologique (dos. AI 63.1/14). L'expert a ainsi relevé de manière probante qu'une douleur de la charnière dorso-lombaire avait été notée à la palpation, de même qu'au niveau D9 à D12, sur la ligne des épineuses et en paravertébrale, surtout à droite, avec également une douleur au niveau de la crête iliaque droite. Ce faisant, on ne saurait s'en prendre au diagnostic retenu, ce d'autant moins que l'expert a pris soin d'exclure l'éventualité d'une fibromyalgie, d'un rhumatisme inflammatoire

(dos. AI 63.1/15), d'une névralgie intercostale (dos. AI 63.1/14) ou encore d'une pathologie auto-immune (dos. AI 63.1/12). Aussi, l'expert a relevé de façon convaincante, au vu du dossier médical, que si l'événement en cause avait provoqué des douleurs intenses, au point de provoquer des nausées à l'assurée, celles-ci s'étaient atténuées, seules des douleurs dorsales résiduelles évaluées à 4/10 sur l'échelle analogique visuelle étant encore rapportées, exigeant la prise d'antalgiques à raison d'une fois par semaine (dos. AI 63.1/10). L'expert a d'ailleurs pris soin de localiser cette douleur et il a ajouté qu'elle n'était ressentie, selon la recourante, qu'à l'effort, lors du port de charges, lorsque le rachis est en porte-à-faux ou lors du maintien prolongé de la position assise/debout. Il a aussi signalé que la recourante pouvait dormir sans douleurs durant la nuit et que la marche la soulageait (dos. AI 63.1/10). Dans ces conditions, on ne voit rien à redire dans le profil d'exigibilité retenu par l'expert, qui correspond du reste à celui qui avait été retenu par la clinique de réadaptation (voir c. 4.5). On ne voit pas non plus pourquoi il y aurait lieu de se distancier de sa conclusion, selon laquelle, dans un emploi tenant compte de ces limitations, une pleine et entière capacité de travail était préservée depuis toujours. Et pour cause puisque l'expert a constaté que l'assurée demeurait autonome pour accomplir les actes de la vie quotidienne, parvenant entre autres à se déplacer en voiture (dos. AI 63.1/17, voir aussi dos. AI 63.1/12 et 63.1/13, qui souligne que le trajet pour se rendre au centre d'expertise a duré deux heures). Il a encore noté que la mobilité et la marche étaient conservées (dos. AI 63.1/14), même au-delà d'une heure (dos. AI 63.1/13), l'expertisée ayant aussi démontré une autonomie complète pour l'habillage/le déshabillage (dos. AI 63.1/15) et confié qu'elle devait chaque jour franchir de nombreuses marches d'escaliers pour se rendre et pour évoluer dans sa maison de quatre niveaux (dos. AI 63.1/12). Dans ces circonstances, les conclusions de l'expert rhumatologue emportent donc conviction.

5.3.2 Il n'en va pas autrement de l'évaluation psychiatrique. En effet, l'experte a retenu le diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique après avoir indiqué que l'assurée lui avait fait part de ses difficultés à prendre les transports publics, par crainte d'une réaction de panique, mais aussi de ses angoisses à être confrontée à des tiers dans les lieux/transports publics (dos. AI 63.1/18 et 63.1/23). L'experte n'a pas manqué d'indiquer que

l'expertisée avait refusé de rester dans la salle d'attente, alors pleine (dos. AI 63.1/25). Elle a aussi relevé qu'elle avait déclaré éviter la foule et les trottoirs fréquentés. Le diagnostic en cause s'avère d'autant moins sujet à caution qu'il a été admis par la psychiatre/psychothérapeute traitante, ainsi que l'experte l'a justement rappelé (dos. AI 63.1/24). Celle-ci a en outre étayé les motifs pour lesquels elle n'a pas jugé que ce diagnostic affectait la capacité de travail. En effet, elle a expliqué de façon convaincante que la peur se manifestait surtout par une sensation d'étouffement, soit sans cognitions particulières associées, notamment sans sentiment de perte de contrôle, de mort imminente ou d'irréalité. L'assurée faisait (seulement) en sorte, selon l'experte, d'échapper aux situations qui l'indisposaient. Elle a donc estimé que le trouble était modéré (dos. AI 63.1/27). Qui plus est, elle a noté de façon probante qu'au cours de son examen, l'intéressée n'avait pas fait montre d'anxiété franche ou de manifestations neurovégétatives, aucune attaque de panique n'ayant été constatée (dos. AI 63.1/26). Au vu de ces explications, logiques et cohérentes, on ne saurait donc remettre en question l'avis de l'experte, selon qui l'anxiété ne se manifeste que dans des endroits précis, en présence d'une foule d'inconnus, de sorte que ce symptôme n'est pas limitant dans un environnement de travail habituel (dos. AI 63.1/30). A noter que cette distinction entre la confrontation à des personnes inconnues (difficile pour la recourante) et le contact avec des collègues avait également été faite par la psychiatre traitante (p. 2 par. 7 du recours, qui précise notamment que: "si trop de personnes sont présentes, ce n'est plus possible"). L'expertise psychiatrique convainc à plus forte raison que le diagnostic d'épisode dépressif (en plus de nombreux autres) a aussi été examiné. En effet, après avoir rappelé qu'il avait été posé par la psychiatre traitante (dos. AI 63.1/24), dans le contexte d'un épuisement psychologique, lié notamment au passif difficile (mais pas pour autant traumatique; dos. AI 63.1/30) de l'intéressée (dos. AI 63.1/19 s.), l'experte a indiqué que celle-ci avait rapporté une humeur maussade, mais qu'elle ne se disait pas triste, seulement "un peu abattue" (dos. AI 63.1/22). L'experte a du reste constaté que l'assurée était euthymique, souriant à plusieurs reprises (dos. AI 63.1/25), éprouvant du plaisir à marcher, à lire ainsi qu'à s'occuper de ses fleurs et de son domicile, affirmant également avoir une meilleure estime de soi et "trop d'appétit". L'experte a ajouté que l'assurée appréciait cuisiner ou regarder la télévision et qu'elle avait régulièrement

des contacts avec ses amis ou ses proches (dos. AI 63.1/22). L'experte a enfin signalé qu'elle n'avait observé aucun sentiment d'insuffisance ou de culpabilité. Partant, c'est aussi de manière logique que l'experte n'a pas confirmé le diagnostic d'épisode dépressif (dos. AI 63.1/28). Force est plutôt d'accorder du crédit à son appréciation, en tant qu'elle a écrit que ce trouble avait au contraire connu une évolution favorable, grâce à la thérapie et aux antidépresseurs (dos. AI 63.1/31). Ainsi, sur le plan psychiatrique également, l'expertise ne prête pas le flanc à la critique.

5.3.3 Finalement, il appert de la discussion consensuelle des experts que ceux-ci ont maintenu leurs diagnostics et leur appréciation de la capacité de travail. Ils ont ainsi conclu de façon logique, au vu de leur appréciation individuelle, que la capacité de travail de l'expertisée était entièrement préservée depuis toujours et cela tant dans la dernière activité exercée que dans un (autre) emploi adapté. Comme déjà évoqué, ils ont toutefois admis une période d'incapacité de travail totale du 10 mai 2023 au 10 août 2023, à savoir à la suite des conséquences de l'accident subi par l'intéressée, ce qui est compréhensible sur la base du dossier médical de l'assureur-accidents et du reste aucunement contesté par la recourante. Il sied donc de reconnaître une entière valeur probante à l'expertise du 22 avril 2024 et de retenir qu'aucune atteinte accompagnée d'effets durables sur la capacité de travail n'est établie à un degré de vraisemblance prépondérante (degré de preuve généralement exigé en droit des assurances sociales, ATF 144 V 27 c. 3.2). C'est le lieu d'ajouter que puisqu'il n'est retenu aucune atteinte psychique, diagnostiquée précisément par un spécialiste et ayant une influence sur la capacité de travail et de rendement, il peut être renoncé à un examen de l'expertise psychiatrique sous l'angle de la procédure probatoire structurée prévue par la jurisprudence (ATF 145 V 215 c. 7; TF 8C_62/2020 du 22 septembre 2020 c. 4.6; JTA AI/2023/810 du 25 juillet 2024 c. 5.3.6).

5.3.4 Les arguments de la recourante n'y changent rien. C'est en effet en vain que celle-ci avance que l'expertise psychiatrique n'aurait pas pris en compte les possibles impacts neurologiques induits par l'agoraphobie, à savoir sur sa concentration et ses relations professionnelles (voir p. 4 s. du recours). Tout d'abord, force est de constater que l'experte psychiatre n'a

pas omis de se prononcer sur la faculté de l'intéressée de s'adapter, de planifier ainsi que de faire preuve de flexibilité et d'adaptabilité. Elle n'a pas non plus fait fi d'un examen des capacités de l'assurée de s'intégrer à un groupe et d'entretenir des contacts ou de tenir des conversations. L'experte n'a néanmoins reconnu aucune restriction à cet égard (dos. AI 63.1/32). Qui plus est, elle a spécifiquement examiné la question de l'attention et de la concentration, jugeant, au terme d'un examen des fonctions cognitives qui s'est révélé sans anomalie (dos. AI 63.1/25), que celles-ci étaient dans la norme (dos. AI 63.1/26). Aussi, la recourante ne peut rien déduire de plus en sa faveur des différentes plaintes somatiques, qu'elle rappelle dans ses écritures (p. 4 par. 7 du recours), celles-ci ayant toutes été prises en considération par l'expert rhumatologue, comme évoqué (voir c. 5.3.1). Ainsi, à l'inverse de ce que l'intéressée laisse entendre dans son recours, aucun indice ne laisse penser que l'expertise est lacunaire et qu'elle devrait être complétée. On ne peut donc faire droit à la requête de la recourante, tendant à mettre en œuvre une nouvelle évaluation de la capacité de travail (p. 4 par. 7 du recours). Enfin, dans la mesure où la recourante affirme que son état de santé s'est détérioré (p. 5 par. 4 du recours), il doit lui être rétorqué qu'une telle éventualité ne peut être prise en compte dans la présente procédure mais doit plutôt faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations (ATF 130 V 138 c. 2.1 et SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4).

5.4 Au regard de ce qui précède et dans la mesure où aucune atteinte invalidante à la santé ne peut être admise, c'est donc à bon droit que l'intimé a nié tout droit à la rente. Dans ces conditions, contrairement à ce que la recourante prétend dans son recours (p. 6 s. du recours), il n'y a aucunement lieu de procéder à une comparaison des revenus pour établir le taux d'invalidité (voir c. 2.4 in initio). Pour la même raison, on ne saurait reconnaître un quelconque droit à des mesures de réadaptation, à l'inverse ce qui est également invoqué (p. 5 du recours; voir aussi la réplique).

6.

6.1 En conclusion, le recours est dès lors mal fondé et doit être rejeté.

6.2 Conformément à l'art. 61 let. f^{bis} LPGA, pour les litiges en matière de prestations (comme en l'espèce), la procédure est soumise à des frais judiciaires si la loi spéciale le prévoit. Tel est le cas de la LAI. En effet, l'art. 69 al. 1^{bis} phr. 1 LAI dispose que la procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires. La recourante succombant, les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent être mis à sa charge (art. 69 al. 1^{bis} phr. 2 LAI; art. 108 al. 1 LPJA). Ceux-ci sont compensés avec l'avance de frais fournie.

6.3 Il n'est pas alloué de dépens, pas même sous la forme d'une indemnité de partie (art. 61 let. g LPGA a contrario; art. 104 al. 1 et 3, ainsi qu'art. 108 al. 3 LPJA).

Par ces motifs:

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

Le président:

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).