

200.2020.206.AI
N° AVS
BOA/REN

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

Jugement du 3 décembre 2020

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et C. Tissot, juges
A.-F. Boillat, greffière

A. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 13 février 2020



En fait:

A.

A. _____, née en 1975, sans formation certifiée, vivant avec son fils (né en 2008) et le père de ce dernier, a travaillé au taux de 100% depuis le 16 octobre 2006 (pensum réduit à 80% en 2017 pour raisons de santé) en tant qu'opératrice en horlogerie au sein d'une manufacture horlogère. L'assurée ayant été déclarée en incapacité de travail totale depuis avril 2013, son employeur l'a annoncée, le 4 juin 2013, à l'assurance-invalidité (AI) en vue de mesures de détection précoce. En novembre 2013, l'assurée a déposé une demande AI de mesures professionnelles et de rente motivée par un état dépressif existant depuis 2012. Par décision formelle du 12 mars 2014 (confirmant un préavis au contenu identique du 6 février 2014 resté incontesté), l'Office AI a informé l'assurée de son refus de lui octroyer des mesures professionnelles et une rente AI au motif que l'intéressée avait pleinement repris son activité professionnelle depuis novembre 2013.

En incapacité de travail depuis l'été 2018, l'assurée a déposé, en novembre 2018, une nouvelle demande de mesures professionnelles et de rente en invoquant un état dépressif réactionnel à des douleurs articulaires diffuses, que l'intéressée a mises en relation avec les positions imposées par l'exercice de sa profession.

B.

Saisi du cas, l'Office AI a procédé à diverses mesures d'instruction, notamment auprès de l'assurance perte de gain de l'employeur de l'assurée (qui a mis sur pied une expertise psychiatrique dont les conclusions ont été rédigées le 24 janvier 2019) et des médecins traitants de cette dernière (notamment généraliste et psychiatre traitants). L'assurée ayant été licenciée par son employeur pour courant juin 2019, elle s'est conséquemment annoncée à l'assurance-chômage (AC) à compter du 22 juin 2019 en produisant des certificats médicaux de son médecin et de son psychiatre traitants (des 26 et 28 juin 2019) faisant état d'une (pleine)

capacité de travail depuis le 22 juin 2019. Après avoir consulté à une ultime reprise le généraliste traitant de l'assurée, l'Office AI a informé l'intéressée, par préavis du 16 décembre 2019, qu'il prévoyait de nier son droit à des mesures professionnelles et à une rente AI. Après avoir encore recueilli le rapport final du 15 novembre 2019 issu d'une mesure de l'assurance-chômage relative au marché du travail (MMT), l'Office AI, par décision formelle du 13 février 2020, a confirmé le contenu de son préavis.

C.

Par acte daté du 10 mars 2020, l'assurée a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant à l'annulation de la décision de l'intimé du 13 février 2020. Dans son mémoire de réponse du 4 mai 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Les parties ont répliqué et dupliqué les 16 et 24 juillet 2020, l'ultime prise de position de l'Office AI n'ayant suscité aucune réaction de la part de la recourante.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 13 février 2020 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de la recourante à l'obtention de prestations AI. L'objet du litige, quant à lui, porte, au vu des conclusions de la recourante, sur l'annulation de cette décision et l'octroi de mesures de réadaptation (mesures de réinsertion et mesures d'ordre professionnel), voire d'une rente AI. Est particulièrement critiqué par la recourante le fait que l'intimé n'a pas tenu compte, dans sa décision de refus de prestations, de la nécessité qu'elle a(vait), tant avant son licenciement intervenu pour juin 2019 que depuis lors, à pouvoir bénéficier du soutien de l'AI.

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

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

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

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 (art. 7 al. 1 LPGA).

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

classification d'un trouble psychique sont réalisés (art. 7 al. 2 1^{ère} phr. LPGA). Si une atteinte à la santé assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

2.3 Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Contrairement à ce qui prévaut en matière de droit à la rente (art. 28 al. 1 LAI), la loi ne définit pas de degré d'invalidité minimal donnant droit à des mesures de réadaptation professionnelle (ATF 116 V 80 c. 6a).

2.4 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16

LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des deux revenus hypothétiques et en les comparant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b; SVR 2017 IV n° 70 c. 2.2).

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

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 L'Office AI a estimé que la recourante, en ayant présenté une incapacité de travail du 9 juillet 2018 au 23 janvier 2019 (date des conclusions de l'expertise psychiatrique ayant fait état d'une pleine capacité de travail dans un emploi adapté, voire même dans l'hypothèse la plus favorable à l'assurée jusqu'au 21 juin 2019 selon le certificat médical de son psychiatre traitant) ne remplissait pas les conditions légales à

l'obtention de prestations AI (condition du délai d'attente d'une année non remplie). Partant, sur cette base, l'Office AI a nié le droit de la recourante à une rente AI ainsi que celui à des mesures professionnelles, précisant encore (mémoire de réponse ch. 7), quant à celles-ci, que dans le cadre de son suivi par l'assurance-chômage, l'assurée avait en tout cas bénéficié de diverses mesures d'aide à la recherche d'un emploi.

3.2 La recourante, quant à elle, a conclu à l'annulation de la décision de l'Office AI, estimant que c'était à tort que l'intimé lui avait nié son droit à des prestations de l'AI. Elle a précisé, s'agissant de son incapacité à travailler, que celle-ci avait débuté le 20 juin (et non le 9 juillet) 2018. L'assurée s'est insurgée contre l'examen restrictif opéré par l'Office AI ayant consisté à examiner en priorité son droit à des prestations financières, alors qu'elle aurait principalement souhaité des mesures de réadaptation. A ce titre, en faisant référence à sa situation médicale (difficultés à travailler en position assise et statique et à exécuter des tâches fines et répétitives) et sociale (assurée d'origine étrangère sans formation certifiée), elle a estimé que sans le soutien de l'AI, elle ne pourra nullement réintégrer le marché du travail.

4.

Les documents suivants renseignent sur l'état de santé, la capacité de travail et de gain de l'assurée:

4.1 L'imagerie cervicale effectuée en raison de cervicalgies à répétitions a mis en évidence des discopathies dégénératives à l'étage cervical moyen (entre C3 et C7) en l'absence d'anomalies au niveau de la moelle cervicale. L'IRM lombaire réalisée quant à elle le 25 juin 2018 a révélé des phénomènes d'arthrose au niveau des disques lombaires et intervertébraux.

4.2 Le rapport du généraliste traitant du 30 novembre 2018 a retenu comme diagnostics ayant des effets sur la capacité de travail de la recourante des douleurs dorsales (au niveau cervical et lombaire) et un état dépressif réactionnel nécessitant un suivi psychiatrique. Evoquant les

douleurs éprouvées par l'assurée mises en relation avec la position assise imposée par la profession exercée d'opératrice en horlogerie, le généraliste a estimé que cette activité n'était plus exigible. En faisant référence à un emploi adapté, ce médecin a émis un pronostic (même à court terme) favorable (activité pleine et entière, dos. AI 23/5).

4.3 Dans son avis médical du 7 décembre 2018, le psychiatre de l'assurée a fait état d'un suivi psychiatrique (trois à quatre fois/mois) depuis le 9 juillet 2018 en raison d'un trouble dépressif majeur récurrent (F33 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'organisation mondiale de la santé [OMS]) de nature invalidante. Sur la base d'une incapacité à travailler qu'il a estimée pleine et entière, ce spécialiste a précisé que l'amélioration clinique de la dépression de la recourante allait dépendre pour beaucoup de la curabilité (ou non) des fragilités somatiques endurées et en cours d'investigation.

4.4 Les conclusions rédigées le 24 janvier 2019 par l'expert psychiatre mandaté par l'assureur perte de gain de l'employeur de la recourante, après avoir exclu la présence d'un trouble dépressif de moyenne intensité, ont mis en évidence la présence d'un épisode dépressif de légère intensité (voire même sous une forme plus légère un trouble de l'adaptation, dos. AI 30.2/5). Dans l'estimation de la capacité de travail, retenant que les douleurs de la recourante s'étaient apaisées loin de sa place de travail, l'expert psychiatre en a déduit que le pensum exigible dans la profession exercée (opératrice en horlogerie) n'était plus exigible, mais qu'une activité adaptée, variant les positions, l'était à plein temps.

4.5 Du premier entretien de la recourante avec un spécialiste de l'AI, il en est ressorti que, du fait du licenciement de l'assurée, aucune mesure d'intégration professionnelle ne pouvait être organisée (dos. AI 33).

4.6 Les 26 et 28 juin 2019, le médecin et le psychiatre traitants de la recourante ont tous deux attesté une pleine capacité de travail dès le 22 juin 2019, le second précisant en outre qu'il n'y avait "pas de limitation psychique" (dos. AI 43.6/10 et 7/10).

4.7 Le 4 octobre 2019, le psychiatre traitant a évoqué un état de santé stationnaire sur la base d'une pathologie psychique restée inchangée alors que le généraliste de l'assurée a relevé, le 20 octobre 2019, une santé psychique péjorée en référence au suivi psychiatrique de son confrère.

4.8 Le rapport médical du 21 février 2020 du rhumatologue de l'assurée a mis en évidence, sur la base d'une IRM réalisée en janvier 2020, une lésion du ligament triangulaire du carpe à la main droite induisant une mobilité réduite (flexion, extension). Considérant qu'aucun traitement médical (infiltrations ou intervention) ne pourrait garantir une amélioration de la situation, ce spécialiste a préconisé de ménager la main de l'assurée. Ce rapport, bien que subséquent à la décision attaquée peut être pris en considération dans la mesure où il se rapporte à une situation médicale telle qu'elle se présentait à la fin de la procédure administrative (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4).

5.

A juste titre, les parties ne contestent pas la valeur probante de l'expertise psychiatrique rédigée le 24 janvier 2019 par l'expert mandaté par l'assureur perte de gain de l'employeur de l'assurée et sur laquelle l'Office AI s'est fondé pour nier le droit de la recourante à des prestations AI.

5.1 D'un point de vue formel tout d'abord, l'expertise apparaît comme étant complète et convaincante, fournissant les renseignements et évaluations devant permettre à l'administration et au juge d'estimer le caractère invalidant des atteintes à la santé de la recourante. Elaborée sur la base d'un examen personnel de l'assurée en psychiatrie, elle comporte une anamnèse abordant les plans familial, social, psychosocial et psychiatrique. Les avis médicaux antérieurs figurant au dossier ont été énumérés et pris en considération par l'expert, démontrant une étude consciencieuse du dossier. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions de l'expert sont motivées. Sur le plan matériel, l'expert a pris en considération les plaintes formulées par la recourante. Puis, sur la base de ses propres constatations objectives, qu'il a soigneusement retranscrites, il a décrit la recourante comme étant orientée, collaborante,

au discours (dans la langue maternelle de l'expertisée) cohérent, bien construit, nuancé, ne laissant pas apparaître de troubles de la concentration ou de l'attention (l'assurée étant capable de résumer une situation de manière concise) démontrant ainsi une bonne capacité de synthèse. Prenant en considération les avis médicaux du psychiatre et généraliste traitants, c'est logiquement que l'expert a examiné, dans un premier temps, la persistance d'une éventuelle pathologie entrant dans la lignée dépressive. Dans son examen, ce spécialiste a fait montre d'un raisonnement logique et convaincant. Ainsi, sans avoir omis de mentionner le fait que l'assurée lui était apparue comme étant fatiguée et préoccupée, empreinte d'une humeur légèrement dépressive au moment de l'examen clinique, l'expert a expliqué pourquoi il n'y avait plus lieu de retenir (désormais) un épisode dépressif de degré moyen, en mettant en exergue le manque d'intensité des critères topiques mentionnés dans la CIM-10 (F32.1-CIM-10) et les indications de la recourante ayant elle-même déclaré qu'elle allait mieux (psychiquement et physiquement). Fort de ses observations et d'un raisonnement médical abouti, en se ralliant aux réflexions du psychiatre traitant auxquelles il y a fait référence tout en les nuanciant, sur la base d'un constat clinique d'amélioration sensible de la situation (*mit dem Vermerk der deutlichen Besserung*), l'expert a logiquement retenu la présence chez l'assurée d'un trouble dépressif de légère intensité. Il a également mentionné, affinant encore sa réflexion, qu'il pourrait même se justifier, en l'espèce, de retenir un diagnostic moins incisif au sens d'un trouble de l'adaptation (consécutif à une situation particulière) au vu de la nature de la dépression de la recourante, considérée comme réactive à une situation personnelle (assurée ayant connu la migration [arrivée en Suisse en 2003], sans formation certifiée, ayant assuré l'éducation d'un enfant ayant connu des problèmes de santé dans son plus jeune âge) et aux troubles douloureux invoqués (dont l'amélioration est également perceptible depuis que l'assurée est éloignée de sa place de travail). Poursuivant son raisonnement médical jusqu'à son terme en ne négligeant aucune piste, l'expert a appréhendé les douleurs éprouvées par l'assurée sous l'angle d'un trouble somatoforme douloureux au titre de diagnostic différentiel, dont il a néanmoins exclu la présence en expliquant les raisons.

Il découle de ce qui précède que l'appréciation de l'expert est cohérente et probante sur le plan médico-théorique.

5.2 Sous l'angle juridique du droit de l'AI, l'expertise du 24 janvier 2019 s'avère suffisante pour apprécier, à l'aune des indicateurs énoncés par la jurisprudence du TF, le caractère invalidant de la pathologie psychique endurée par l'assurée. Quand bien même cet avis spécialisé ne suit pas la grille d'évaluation normative et structurée évoquée ci-dessus (c. 2.2 supra), les réponses et descriptifs apportés par l'expert aux questions de l'AI permettent d'identifier les différents aspects couverts par les indicateurs. Ainsi, au premier niveau, est-il possible d'écarter tout éventuel motif d'exclusion, le récit et les difficultés rencontrées par l'assurée étant qualifiés de crédibles (*glaubhaft*, dos. AI 30.2/4). Concernant le deuxième niveau, le spécialiste a, en dépit de la (relativement) faible gravité du diagnostic retenu, étayé objectivement les restrictions induites par le trouble dépressif (baisse de l'énergie, difficultés de concentration menant à une réduction des performances et une intolérance à l'effort et à la douleur), qu'il convient de mettre en balance avec des facteurs de compensation indéniablement présents, au vu notamment de liens familiaux demeurés intacts (assurée vivant avec son fils et le père de ce dernier; relation harmonieuse avec sa sœur et ses parents qui ont assuré la garde de leur petit-fils durant ses premières années) et de ressources personnelles (assurée a été à même de mener de front durant plus de 10 ans une activité professionnelle exercée à plein temps parallèlement à l'accomplissement de tâches ménagères et l'éducation de son fils né en 2008). Partant, c'est logiquement que l'expert a retenu un pensum exigible à plein temps dans un emploi adapté (variant les positions afin d'atténuer l'émergence de douleurs au niveau du dos, de la nuque et des poignets), tout en précisant que la dernière activité professionnelle exercée en tant qu'opératrice en horlogerie imposant une position statique et des mouvements répétitifs au niveau des mains n'était plus exigible dans le contexte d'un trouble douloureux (subjectivement) exacerbé chez une assurée présentant un terrain fertile à l'émergence d'un tel trouble (recourante souffrant de discopathies dégénératives au niveau du dos et d'une mobilité réduite au poignet droit, cf. c. 4.1, 4.7). L'appréciation de l'expert s'accorde par ailleurs avec celle du corps médical, unanime sur le

fait que la recourante, si elle n'est plus à même d'occuper son poste d'opératrice en horlogerie, dispose néanmoins d'une (pleine) capacité de travail dans un emploi profilé (cf. notamment c. 4.2).

5.3 Sur la base des diagnostics retenus ci-avant et de l'évaluation subséquente de la capacité de travail, il convient de retenir que l'assurée dispose d'une pleine capacité de travail dans un emploi adapté, alors qu'elle n'est plus à même de travailler dans la dernière activité exercée.

6.

Il y a lieu de calculer le degré d'invalidité de la recourante.

6.1 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être prises en compte (ATF 129 V 222, 128 V 174; SVR 2003 IV n° 11 c. 3.1.1). En l'occurrence, l'assurée a présenté (et contrairement à l'avis de l'Office AI qui retient à tort que les conditions de l'art. 28 al. 1 LAI ne sont pas remplies) une incapacité totale à travailler (dans sa dernière activité d'opératrice en horlogerie) au moins pendant une année sans interruption notable déjà (au plus tôt) à partir de juin 2019 (cf. fiche des présences de l'employeur de l'assurée [dos. AI 28.4], avis médical du généraliste traitant du 30 novembre 2018 [dos. AI 23], dossier assureur perte de gain [dos. AI 15.3]). L'assurée ayant déposé sa demande de prestations en novembre 2018, le droit à une rente pourrait ainsi prendre naissance au plus tôt à partir du mois de juin 2019, année de référence pour procéder à la comparaison des revenus (art. 29 al. 1 LAI).

6.2 S'agissant du revenu *sans invalidité*, il convient de se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser sans atteinte à la santé, selon un degré de vraisemblance prépondérante, au moment du début potentiel du droit à la rente. Il convient, en règle générale, de prendre pour base le dernier salaire réalisé par la personne assurée, en l'adaptant le cas échéant au renchérissement et à l'évolution

des salaires réels (ATF 144 I 103 c. 5.3, 134 V 322 c. 4.1; SVR 2017 IV n° 52 c. 5.1). En l'occurrence, pour le revenu de valide, s'agissant de la période ici en cause (2019), il y a lieu de se fonder sur les indications fournies par le dernier employeur de la recourante relatives au salaire que toucherait l'assurée sans atteinte à la santé en tant qu'opératrice dans l'horlogerie (emploi qu'elle a perdu pour raisons de santé) à un taux de 100%, en 2019, soit Fr. 59'358.- l'an (Fr. 4'566.- x 13, correspondant à un salaire de Fr. 3'653.- à 80%, dos. AI 28.1/1).

6.3 La recourante n'ayant plus exercé d'activité lucrative exigible adaptée à son état depuis son licenciement, il se justifie de se fonder, pour le *revenu d'invalidé*, sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée régulièrement par l'OFS (ATF 143 V 295 c. 2.2). Selon les données ESS 2018 (Tableau "Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétence et le sexe", Secteur privé, Total niveau de compétences 1, Femmes), la recourante pourrait réaliser un revenu mensuel de Fr. 4'371.- ou Fr. 52'452.- l'an. Après indexation à l'évolution des salaires nominaux à 2019 (selon la table T39, "Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels", 2010-2018, colonne "Femmes", indices [base 1939=100], le temps de travail usuel étant le même en 2018 qu'en 2019 [de 41,7 heures hebdomadaires], l'on parvient à un salaire annuel de Fr. 52'970.-.

6.4 Après comparaison du revenu de valide (de Fr. 59'358.-) avec le revenu d'invalidé (de Fr. 52'970.-) soit une perte de gain de 6'069.-, il en résulte un taux d'invalidité arrondi à 11%, insuffisant à l'octroi d'une rente AI.

7.

La recourante fait valoir, préalablement à son droit à une rente AI, principalement celui à des mesures de réadaptation, au sens des art. 14a, 15 et 18 LAI.

7.1

7.1.1 Selon l'art. 14a LAI, l'assuré qui présente depuis 6 mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) de 50% au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, pour autant que celles-ci servent à créer des conditions permettant la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel. Selon l'al. 2 de cette disposition, sont considérées comme des mesures de réinsertion ciblées, les mesures socioprofessionnelles et les mesures d'occupation.

7.1.2 Comme le TF l'a précisé dans son arrêt de principe (ATF 137 V 1 c. 7), et confirmé par la suite (TF 9C_326/2015 du 20 janvier 2016 c. 4.3; TF 9C_597/2010 du 7 février 2011 c. 2), le droit d'un assuré à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle au sens de l'art. 14a al. 1 LAI est soumis à la condition spécifique (couvrant la notion d'invalidité ou menace d'invalidité de l'art. 8 LPGGA, qui doit être définie en fonction de la mesure requise, cf. VGE 2014/771 du 24 juin 2015 c. 3) d'une incapacité de travail de 50% au moins depuis six mois au moins, celle-ci devant prévaloir non seulement dans la profession exercée ou le domaine d'activité (art. 6 première phrase LPGGA), mais également dans une autre profession ou un autre domaine d'activité (art. 6 seconde phrase LPGGA).

7.1.3 Au vu des conclusions probantes de l'expertise psychiatrique (cf. c. 5), il s'avère que l'assurée présente certes une incapacité totale à travailler dans sa profession (opératrice en horlogerie), mais que sa capacité de travail dans un emploi adapté (activité légère permettant de varier les positions), qu'elle a recouvrée au plus tard en janvier 2019 (selon les conclusions de l'expertise psychiatrique), soit moins de trois mois seulement après sa demande de prestations datant de novembre 2018, demeure pleine et entière, de sorte que la condition spécifique en lien avec l'art. 14a LAI n'est pas réalisée en l'espèce.

7.2

7.2.1 L'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle (art. 15 LAI).

7.2.2 L'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) du fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession, bien qu'il soit capable, en soi, d'opérer un tel choix. La condition spécifique de l'invalidité au sens de l'art. 15 LAI réside dans l'empêchement de choisir une profession ou d'exercer l'activité exercée jusqu'alors à la suite de problèmes de santé. Sont à prendre en compte tous les handicaps physique ou psychique propres à réduire le nombre des professions et activités que l'assuré pourrait exercer, compte tenu de ses dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles (ATF 114 V 29 c. 1a). Sont exclus du champ d'application de cette disposition les handicaps insignifiants qui n'ont pas pour effet de provoquer un empêchement sérieux, et qui, par conséquent, ne justifient pas l'intervention de l'assurance-invalidité (TF 9C_534/2010 du 10 février 2011 c. 4.2). Le droit à l'orientation professionnelle suppose que l'assuré soit lui-même capable de faire le choix d'une nouvelle profession ou d'une nouvelle orientation professionnelle, mais que suite à la survenance d'une atteinte à la santé, il en est empêché parce que ses connaissances relatives aux aptitudes, capacités professionnelles et possibilités ne suffisent pas pour pouvoir faire le choix d'une profession adaptée au handicap ou d'une nouvelle orientation dans une telle profession. S'il apparaît qu'il n'est pas empêché pour ces raisons de faire ce choix, l'orientation professionnelle n'entre pas en considération (MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Art. 15 ch. 4; TF 9C_236/2012 du 15 février 213 c. 3.5).

7.2.3 En l'espèce, eu égard à l'atteinte à la santé de la recourante, il apparaît que l'on peut raisonnablement exiger de cette dernière qu'elle s'oriente seule sur le marché du travail, ce d'autant plus qu'elle a bénéficié, dans le cadre d'une mesure de l'assurance-chômage relative au marché du travail (dos. AI 47/2), d'une mesure d'intégration professionnelle ayant visé à valoriser et à utiliser à bon escient ses compétences (établissement d'un dossier de candidature efficace, utilisation des réseaux en ligne, redirection des recherches d'emploi dans le domaine administratif). De manière plus générale, dans la mesure où le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités correspondant aux limitations imposées par

l'état de santé de l'assurée (permettant de varier les positions tout en n'imposant pas de mouvements fins et répétitifs au niveau des mains) et accessibles sans formation particulière, il n'existe guère d'obstacles pour la recourante à l'exercice d'un tel emploi. Dans ces conditions, l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle financée par l'assurance-invalidité apparaît superflue (cf. également TF 9C_534/2010 du 10 février 2011 c. 4.3).

7.3

7.3.1 A teneur de l'art. 18 LAI, intitulé "Placement", l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (al. 1 let. a) et à un conseil suivi afin de conserver un emploi (al. 1 let. b). L'office AI procède à un examen sommaire du cas et met en œuvre ces mesures sans délai si les conditions sont remplies (al. 2).

7.3.2 Procédant par analogie aux réflexions prévalant pour l'art. 14a LAI (cf. 6.2.1), le TF a tout d'abord précisé, s'agissant du droit au placement de l'art. 18 LAI, que dès lors que l'al. 1 de cette disposition faisait référence, de manière générale, à l'incapacité de travail de l'art. 6 LPGA, la seconde phrase de cette disposition devait également être prise en considération (TF 9C_329/2020 du 6 août 2020 c. 3.2.3). Notre Haute Cour a également ajouté que seule une atteinte à la santé générant des difficultés à l'assuré dans la recherche d'un emploi au sens large entrainé dans la notion spécifique de l'invalidité à la lumière de l'art. 18 LAI. Dans le cas où seul l'exercice d'activités légères est exigible, l'assuré devra alors être entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans la recherche d'un emploi afin de pouvoir bénéficier d'une aide au placement (SRV 2010 IV n° 48 c. 2.2 et la jurisprudence citée, VGE 2014/1125 du 11 février 2015 c. 3.2.2 et 4.6).

7.3.3 En l'occurrence, la recourante présente dans son activité antérieure d'opératrice en horlogerie une incapacité totale et durable à travailler en raison de discopathies dégénératives au niveau du dos et de limitations/douleurs au poignet droit, ce terrain rhumatismal et ligamentaire fragilisé et propice à la douleur favorisant l'émergence d'une dépression

réactive de nature invalidante. Dans une activité adaptée qui relève d'une autre profession (variant les positions et ménageant le dos et le poignet droit qui n'est plus à même d'opérer des mouvements fins et répétitifs), dont le descriptif correspond à l'exercice d'une activité légère, la capacité de travail de l'assurée est pleine et entière. Or, au vu de la jurisprudence évoquée ci-avant (cf. supra c. 6.3.2), il appert que les restrictions imposées par le profil d'exigibilité qui entravent la recourante dans la recherche d'un emploi consistent en des mesures classiques d'épargne (au niveau lombaire et du poignet) suffisamment compatibles avec nombre d'emplois proposés sur le marché du travail (cf. VGE 2014/1125 du 11 février 2015 c. 4.6, a contrario TF I 427/05 du 24 mars 2006 c. 4.2). En réalité, il y a lieu de retenir que les difficultés que rencontre l'assurée dans la recherche d'un emploi relèvent bien plutôt de facteurs étrangers à l'invalidité, comme l'absence de formation professionnelle et un contexte socio-culturel fragile (assurée étrangère sans formation professionnelle venue en Suisse en 2003, cf. à ce sujet TF 9C_142/2016 du 5 juin 2015 c. 4.3; TF 9C_416/2009 du 1^{er} mars 2010 c. 2.2 et 5.2, aussi MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3^{ème} édition 2014, Art. 18 n° 6). Il s'ensuit par conséquent que la recourante ne remplit pas les conditions d'une aide au placement au sens de l'art. 18 LAI.

Il résulte de l'ensemble de ce qui précède que la conclusion de la recourante visant principalement à l'octroi de mesures professionnelles doit être rejetée.

8.

A toutes fins utiles, il convient encore de préciser qu'on ne saurait suivre l'assurée lorsqu'elle fait valoir une lenteur de l'Office AI dans la présente cause, l'Office intimé ayant prétendument tardé à réagir entre la demande initiale de mesures professionnelles et de rente (que l'Office intimé a reçue le 15 novembre 2018) et son licenciement intervenu pour courant juin 2019. Tout d'abord, il convient de mentionner qu'un grief de retard à statuer (déli de justice; art. 56 al. 2 LPG) formulé après la décision litigieuse serait de toute façon tardif (ATF 125 V 373 c. 1). En outre, quoi qu'il en soit, il serait

mal fondé car, durant la procédure, l'Office AI n'a pas tardé, un préavis (demeuré par ailleurs incontesté et pourtant au contenu similaire à la décision contestée) ayant été rédigé le 16 décembre 2019, soit une année après la demande initiale de l'assurée et après que l'intimé eut procédé à diverses mesures d'instruction imposant également une coordination entre différents assureurs (notamment avec l'assureur perte de gain de l'employeur ayant lui-même ordonné une expertise psychiatrique et l'assurance-chômage). Dans l'intervalle, rien n'empêchait par ailleurs la recourante de rechercher activement un emploi compatible avec ses atteintes à la santé, ce qu'elle semble au demeurant avoir fait (dos. AI 33/3).

9.

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

9.2 Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent donc être mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais fournie.

9.3 Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante qui succombe (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Par ces motifs:

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

Le président:

La greffière:

Voie de recours

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