

**200.2020.382.AI**  
N° AVS  
NIG/REN

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

**Jugement du 2 juin 2021**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
G. Niederer, 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 22 avril 2020



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1982, mère de deux enfants nés en 2017 et 2019, sans formation certifiée, a été employée en dernier lieu en qualité d'opératrice à 100% auprès d'une entreprise horlogère du 5 novembre 2012 au 31 août 2018, date à laquelle son employeur a résilié les rapports de travail en raison de l'absentéisme. Au cours de cet emploi, la prénommée ayant repris son travail à temps complet dès juillet 2014, une première procédure ouverte sur une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) de mai 2014 (cervico-brachialgies suite à un accident du 5 octobre 2013 avec un cheval) s'est terminée par une décision du 26 septembre 2014 mettant fin aux mesures professionnelles prévues.

**B.**

A la suite d'une période d'incapacité de travail à 100% ayant débuté le 29 novembre 2017 et par un formulaire daté du 4 décembre 2018 (reçu le 12 décembre 2018 par l'Office AI Berne), l'intéressée, par l'assureur d'indemnités journalières de son dernier employeur, a déposé une deuxième demande de prestations (mesures professionnelles et rente) de l'AI, en invoquant avoir subi une atteinte à la santé lors d'un accident de la circulation survenu le 28 novembre 2017. Saisi de cette demande qui était accompagnée du dossier de l'assureur précité, l'Office AI Berne a requis des renseignements supplémentaires de ce dernier, de même que reçu le dossier de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva). Il a aussi obtenu des renseignements du dernier employeur, de l'assurée. L'Office AI Berne a alors recueilli des informations du rhumatologue traitant, de même que des rapports d'un hôpital régional, d'une clinique universitaire pour la chirurgie orthopédique et la traumatologie, d'un institut de radiologie, ainsi que d'un spécialiste en anesthésiologie/traitement invasif de la douleur. Il a également complété le dossier médical par des pièces supplémentaires que lui a remises l'assureur perte de gain en cas de maladie. Par une communication du

5 juin 2019, l'Office AI Berne a alors exclu tout droit de l'assurée à des mesures de réadaptation. Il a ensuite sollicité l'avis du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui s'est prononcé le 6 juin 2019, puis s'est procuré un rapport d'enquête ménagère et relatif à l'activité lucrative, dont les conclusions ont été rédigées le 5 novembre 2019. En raison des objections formulées le 20 janvier 2020 (complétées le 5 février 2020) par l'assurée, désormais représentée par un avocat, contre une préorientation du 14 novembre 2019, au terme de laquelle le droit à une rente d'invalidité était nié, l'Office AI Berne a demandé un nouveau rapport du SMR, qui a été établi le 10 février 2020. Après avoir pris connaissance de ce document, l'Office AI Berne a confirmé le contenu de sa préorientation dans une décision du 22 avril 2020.

### **C.**

En date du 25 mai 2020, l'assurée, toujours représentée, a recouru contre la décision du 22 avril 2020 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant en substance à l'annulation de cet acte et en demandant, principalement, à ce que l'intimé soit condamné à lui verser les prestations découlant de l'AI, le cas échéant, en ordonnant toute mesure d'instruction utile, et, subsidiairement, à ce que le dossier de la cause soit renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants, le tout sous suite de frais et dépens. Dans sa réponse du 2 juillet 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'avocat de la recourante a alors produit sa note d'honoraires le 7 juillet 2020, tout en sollicitant un délai pour verser de nouvelles pièces au dossier, ce qui lui a été accordé par ordonnance du 3 septembre 2020. La recourante ayant remis deux rapports médicaux supplémentaires le 22 septembre 2020, de même qu'un rapport d'IRM le 29 septembre 2020, l'intimé s'est déterminé sur le premier de ces écrits en date du 28 septembre 2020 et sur le second dans une prise de position du 9 octobre 2020, après avoir soumis ce dernier au SMR, qui a rédigé un rapport à cet égard le 5 octobre 2020. Par envoi du 4 novembre 2020 et dans le délai prolongé qui lui a été imparti pour ce faire, la recourante s'est encore déterminée sur cet avis du SMR, en joignant une note d'honoraires complétée à sa prise de position.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision du 22 avril 2020 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie tout droit de la recourante à une rente d'invalidité. Bien que le recours conclue principalement au versement "des prestations découlant de la LAI" (voir ch. I du recours), il ressort des motifs de cet acte que la recourante souhaite en réalité une rente d'invalidité. Cela étant, l'objet du litige porte sur l'annulation de la décision et, principalement, l'octroi d'une rente (cas échéant après avoir ordonné toute mesure d'instruction utile) de même que, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sont particulièrement critiquées par la recourante l'instruction du dossier sur le plan médical et, partant, la force probante des rapports du SMR des 6 juin 2019 et 10 février 2020, de même que l'absence d'examen des répercussions de l'atteinte à la santé psychique au moyen des indicateurs standards prévus par la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF).

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, 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]; 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 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

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

## **2.**

**2.1** 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 exigibles (art. 7 al. 1 LPGA dans sa teneur [en français] jusqu'au 31 décembre 2020; voir art. 83 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).

**2.2** 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).

**2.3** 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'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.

**2.4** 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). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (cf. art. 16 LPG).

**2.5** 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, l'intimé a retenu que les restrictions de la recourante dans l'exercice d'une activité lucrative n'étaient pas suffisantes pour fonder un droit à une rente d'invalidité. L'intimé s'est en particulier appuyé sur l'avis, encore confirmé, de son SMR selon lequel une activité légère était exigible à un taux de 100%, sans baisse de rendement. Dès lors, l'intimé a expliqué, en se référant au rapport d'enquête joint à la décision, qu'en comparant le revenu sans invalidité (correspondant au salaire perçu auprès du dernier employeur) avec celui que la recourante pourrait percevoir dans une activité adaptée (calculé sur la base de données statistiques), il en résultait un taux d'invalidité de 4%, insuffisant pour ouvrir un droit à une rente. En outre, l'intimé a renvoyé à l'avis exprimé par le SMR le 10 février 2020, faisant aussi partie intégrante de la décision et soutenant qu'eu égard au rapport de l'expertise pluridisciplinaire de fin mai 2018 organisée par la Suva et à l'ensemble des autres pièces également au dossier de cette dernière ou recueillies par l'AI, le dossier devait être considéré comme clair et complet sur le plan médical, si bien qu'une instruction complémentaire n'était pas nécessaire. L'intimé a d'ailleurs souligné que la recourante n'avait pas apporté d'élément nouveau qui justifierait une modification de son appréciation. Dans sa réponse, l'intimé a encore avancé que le rapport du médecin généraliste de la recourante ne prouvait pas que l'état de santé s'était aggravé. De plus, l'intimé a indiqué que même si la recourante était désormais suivie sur le plan psychiatrique, il n'était pas nécessaire de procéder à une analyse des indicateurs standards prévus par la jurisprudence, puisque ses limitations n'étaient pas d'un niveau tel qu'elles impliquaient l'octroi d'une rente. Partant, l'intimé a confirmé qu'il n'était pas utile d'organiser une nouvelle expertise pluridisciplinaire.

**3.2** Dans son recours, l'intéressée a critiqué l'instruction médicale menée par l'intimé et, ce faisant, la valeur probante des avis du SMR des 6 juin 2019 et 10 février 2020. Elle a relevé que ces rapports avaient été rédigés sans qu'elle n'ait été examinée personnellement et que leurs conclusions étaient contredites par les avis des médecins traitants. Elle a signalé que son spécialiste en anesthésiologie/traitement invasif de la

douleur n'avait pas fixé le taux d'incapacité de travail dans une activité adaptée mais seulement mis en relief certaines limitations fonctionnelles, ce qui ne signifiait pas que le SMR pouvait partir d'une capacité de travail entière. De plus, elle a insisté sur le fait que le SMR s'était fondé sur le rapport d'expertise de la Clinique C.\_\_\_\_\_, qui n'avait alors pas connaissance des atteintes dégénératives détectées par la suite. A cet égard, elle a soutenu que les incohérences signalées dans cette expertise provenaient d'une méconnaissance des diagnostics organiques, notamment de la présence de la hernie discale mise en évidence après les examens de la Clinique C.\_\_\_\_\_. De même, elle a rappelé que l'expertise avait été diligentée par la Suva et qu'elle avait pour seul but de déterminer si les troubles présentaient un lien de causalité avec l'accident, de sorte que son intérêt devait être relativisé dans la procédure de l'AI. La recourante a encore signalé que, puisque l'intimé avait conclu à l'absence de substrat organique de ses douleurs, il lui incombait d'examiner le caractère invalidant de celles-ci au regard des indicateurs standards prévus par la jurisprudence. La recourante a ajouté que cela valait d'autant plus que le spécialiste traitant la douleur avait évoqué le diagnostic de fibromyalgie, qu'elle était désormais suivie par un psychiatre depuis le 6 avril 2020, que ce dernier avait aussi retenu des diagnostics psychiques et qu'il avait constaté qu'elle ne disposait d'aucune capacité de travail.

#### 4.

**4.1** La première demande de prestations de mai 2014 introduite par la Suva concernait un accident survenu le 5 octobre 2013 au cours duquel l'assurée, bousculée par un coup de tête d'un cheval, avait heurté avec son bras droit une barre de fer (dos. AI 1.5/1 et 1.1/34). Un médecin généraliste consulté le 11 octobre 2013 a constaté une contusion et un hématome au coude droit ainsi qu'une contusion du poignet droit et des paresthésies du 4<sup>ème</sup> et du 5<sup>ème</sup> doigts. Compte tenu de plaintes de cervicalgies et d'hyperparesthésies des deux doigts, une IRM cervicale a été réalisée le 2 décembre 2013, montrant une petite protrusion discale C3/4 et un léger rétrécissement foraminal à droite. Un neurochirurgien a décrit le 20 janvier 2014 un bilan neurophysiologique dans les limites de la normalité, sans

anomalie. Le 16 avril 2014, un rhumatologue a retenu le diagnostic de cervico-brachialgies post-traumatiques droites persistantes irradiant jusqu'aux doigts 4/5 mais a attesté le 24 juin 2014 que sa patiente avait repris le travail à 100% depuis le 1<sup>er</sup> juin 2014, ce qui a encore été confirmé par cette dernière lors d'un téléphone du 17 juillet 2017 (voir "Protokoll" joint à la réponse du 2 juillet 2020). L'intimé a dès lors mis un terme, par décision du 26 septembre 2014, aux mesures de conseil à la réadaptation accordées en mai 2014. Puisque cette procédure tronquée n'a pas nécessité d'examen matériel d'un éventuel droit à une rente d'invalidité, c'est à raison que l'intimé est entré en matière (appréciation que le TA ne pourrait de toute façon pas remettre en cause: ATF 109 V 108 c. 2b) et a examiné matériellement librement la nouvelle demande de prestations de l'AI sans chercher à vérifier si une modification déterminante par rapport à l'état de fait qui existait le 26 septembre 2014 s'était produite (au sujet de l'examen matériel auquel il faut procéder en cas de véritable nouvelle demande de prestations de l'AI: voir art. 17 al. 1 LPGA et ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1).

**4.2** Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). En l'espèce, un rapport d'un médecin généraliste, du 4 mai 2020, a été produit à l'appui du recours, de même que, durant la procédure devant le TA, des rapports d'un psychiatre/psychothérapeute, des 8 avril et 16 septembre 2020, ainsi qu'un rapport d'IRM du 27 août 2020. Ces documents, même s'ils sont postérieurs à la décision entreprise, doivent néanmoins être pris en considération dans le cas d'espèce, à mesure qu'ils portent en partie sur des faits antérieurs à l'acte attaqué et qu'ils sont de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision a été rendue (voir SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Ils sont dès lors également résumés ci-après.

**4.3** Le dossier de la Suva requis après la deuxième demande de prestations de l'AI (se trouvant aussi en partie dans la documentation jointe

à cette demande par l'assureur d'indemnités journalières du dernier employeur) contient les éléments principaux suivants.

**4.3.1** Suite à l'accident du 28 novembre 2017, le département de chirurgie d'un centre hospitalier régional a rempli un questionnaire à l'intention de la Suva le 29 novembre 2017 et y a exposé que la recourante avait subi un traumatisme cranio-cervical et souffert de migraines ainsi que de douleurs à la nuque et à la colonne vertébrale immédiatement après cet incident.

**4.3.2** D'après un rapport du 29 novembre 2017 d'un institut universitaire de radiologie, aucune lésion post-traumatique cervico-thoraco-abdomino-pelvienne n'a été décelée sur le document de télé-radiologie transmis le 28 novembre 2017.

**4.3.3** Selon la déclaration d'accident du 30 novembre 2017, l'événement du 28 novembre 2017 a été décrit comme suit: "[c]onduite d'une voiture automobile: [u]ne voiture a glissé et est entrée en collision avec la voiture de [la recourante]". Dans la rubrique "Blessure", une contusion a été évoquée à la colonne cervicale, ainsi qu'à la jambe et au poignet droits. Il a été spécifié que le travail avait été interrompu dès le 29 novembre 2017.

**4.3.4** Le 9 février 2018, un spécialiste en anesthésiologie/traitement invasif de la douleur de l'hôpital précité a rédigé un rapport à l'intention de la Suva. Il a posé le diagnostic de douleurs pan-vertébrales accentuées au niveau inter-scapulaire et cervical depuis un accident le 28 novembre 2017. Il a jugé le pronostic incertain et exclu une reprise du travail.

**4.3.5** Le 1<sup>er</sup> mars 2018 (consultation du 2 février 2018), interpellé par la Suva, un spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin assesseur certifié en capacité de travail a posé le diagnostic de traumatisme d'hyper-extension de la colonne cervicale avec des cervicalgies persistantes. Il a écrit que la recourante avait notamment déclaré aller mieux mais encore souffrir de migraines, de douleurs dorsales et de cervicalgies. Il a ajouté qu'elle ne pouvait rester longtemps dans la même position et conclu qu'elle était inapte au travail mais qu'il fallait s'attendre à une reprise du travail à 50% dès le 1<sup>er</sup> avril 2018 et à 100% dès le 1<sup>er</sup> mai 2018.

**4.3.6** Par écrits des 23 et 26 mars 2018, le spécialiste en anesthésiologie et traitement invasif de la douleur a attesté une incapacité de travail à 100% pour une durée indéterminée et expliqué que la recourante ne pouvait reprendre le travail du fait de douleurs importantes dans tout le dos, le traitement médicamenteux ne pouvant encore être optimisé en raison de l'allaitement, un sevrage progressif étant en cours.

**4.3.7** Malgré les contraintes de l'allaitement (dos. AI 29.35 et 29.38), une expertise a été organisée à la Clinique C. \_\_\_\_\_ du 28 au 30 mai 2018 avec des spécialistes en médecine interne et rhumatologique, en neurologie, en psychiatrie/psychothérapie, ainsi qu'en physiothérapie. Dans leurs rapports interdisciplinaires et spécialisés datés du 28, 29 et 30 mai 2018, les deux premiers ont posé le diagnostic de contusion rachidienne. Ils ont expliqué que la recourante se plaignait de douleurs cervicales basses s'étendant vers le bas, se manifestant continuellement mais fluctuant en fonction des mouvements des membres supérieurs et de la nuque. Ils ont ajouté que la recourante leur avait confié que les douleurs provoquaient des éveils nocturnes fréquents, avec un sentiment de blocage et qu'elle souffrait de céphalées importantes. Les experts ont encore rapporté que l'expertisée annonçait quelques troubles de la mémoire sans précision mais pas de trouble de la concentration ou visuel et signalait la présence d'acouphènes intermittents, de vertiges et de nausées. Ils ont décrit des mouvements du rachis qualifiés de très douloureux mais amples et harmonieux et des rotations cervicales nulles (sauf lors de mouvements spontanés). Les experts ont relevé que la recourante s'autolimitait de façon incompréhensible lors des examens et annonçait des douleurs pour des stimuli qui n'étaient pas censés en provoquer, la démonstration de la souffrance s'étant intensifiée au cours de l'évaluation. Ils ont qualifié le comportement douloureux de "caricatural", la douleur étant sensiblement disproportionnée avec les données objectives, qui ne permettaient pas de comprendre le handicap allégué. Ils ont donc conclu que le pronostic de retour au travail était surtout lié à des facteurs contextuels. S'agissant du volet neurologique, l'expert n'a retenu aucun diagnostic et expliqué que la recourante n'apparaissait ni ralentie, ni fatigable, qu'elle ne présentait aucun trouble sensitif (hormis une discrète diminution du sens tactile à la main droite), l'examen n'ayant révélé aucun signe d'une atteinte du

système nerveux. Quant à l'expert psychiatre et psychothérapeute, il a posé le diagnostic de trouble anxieux réactionnel (ch. F41.9 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé), chez une personne qui dispose probablement d'un fonctionnement intellectuel limite, en relevant la présence de signes anxieux, notamment une hyperactivité neuro-végétative lorsque l'intéressée conduit. Il a ajouté qu'elle manifestait un comportement d'évitement par rapport à la conduite nocturne mais pas d'idées intrusives ou de cauchemars liés à l'accident. L'expert a encore nié la présence d'une symptomatologie thymique décompensée, nécessitant un traitement antidépresseur. Enfin, l'expert en physiothérapie a déclaré que la recourante s'était plainte de douleurs cervicales, dorsales et lombaires lors de la mobilisation de la tête, ainsi que de migraines. Il a retenu qu'elle sous-estimait ses performances et qu'elle avait fait montre d'autolimitations, si bien que l'évaluation ne traduisait que l'effort auquel elle avait bien voulu consentir, la cohérence étant faible.

**4.3.8** Le médecin d'arrondissement de la Suva a expliqué, le 12 juin 2018, que sur le plan assécurologique, la recourante avait seulement subi une contusion simple du rachis qui n'avait occasionné aucune lésion anatomique structurelle. Partant, il a conclu que l'accident avait cessé de déployer ses effets sur le plan organique dès le 30 mai 2018 au plus tard (date de la fin de l'examen multidisciplinaire).

**4.3.9** Dans un avis du spécialiste en anesthésiologie/traitement invasif de la douleur, du 12 septembre 2018, ce dernier a relaté qu'il était connu qu'après un accident avec contusion de la nuque, des douleurs pouvaient persister durant des années, sans qu'on constate une pathologie au bilan. Il a déclaré qu'on ne pouvait retenir que la recourante allait mieux. Il a encore mentionné que, par rapport à son examen clinique, l'évaluation du 28 mai 2018 lui semblait complète, correspondant à ses examens de janvier 2018.

**4.3.10** Une IRM du 20 novembre 2018 du rachis dorso-lombaire a démontré une discopathie L5-S1 avec une petite hernie centrale sous-ligamentaire. Cette IRM n'a toutefois pas révélé de lésion vertébrale, de conflit disco-radiculaire ou d'anomalie du canal dorso-lombaire. Une IRM cervicale du 26 novembre 2018 a aussi illustré des discopathies

dégénératives prédominant en C3/4, C4/5 et C5/6, avec de petits becs ostéophytaires. Il a été indiqué qu'au niveau C4/5, la protrusion discale, associée avec ces becs, était responsable d'une réduction des trous de conjugaison significative à droite, avec un probable contact de la racine.

**4.3.11** Le 30 novembre 2018, un spécialiste en rhumatologie consulté sur conseil du généraliste traitant a posé le diagnostic de rachialgies diffuses post-traumatiques. Il a écrit que l'accident avait d'emblée provoqué des douleurs rachidiennes, d'abord cervicales puis s'étendant dans la région dorsale et lombaire, ainsi qu'au niveau des membres supérieurs, occasionnant parfois des paresthésies. Il a ajouté que des céphalées souvent concomitantes aux douleurs rachidiennes avaient aussi été rapportées, que la recourante n'avait jamais eu de problèmes à la colonne vertébrale avant l'accident et que l'examen montrait des contractures musculaires diffuses ainsi que des troubles statiques. Il a proposé un plan de traitement (physiothérapie et médication) mais n'a pas prévu de nouveau rendez-vous.

**4.4** L'intimé a pour sa part obtenu les documents médicaux suivants.

**4.4.1** Le 15 février 2019, une clinique universitaire pour la chirurgie orthopédique et la traumatologie a retenu le diagnostic de traumatisme d'accélération cranio-cervical après un accident de la route (en présence d'une discopathie C4/5 avec une légère sténose récessive à gauche et une sténose foraminale à droite, diagnostic différentiel: post-traumatiques). L'anamnèse expose que près de 45 minutes après l'accident, la recourante avait ressenti des douleurs au dos avec apparemment une pseudo-paralysie et que, depuis lors, des douleurs pan-vertébrales surviendraient en cas de mise à contribution même faible de la colonne vertébrale, en particulier au niveau cervical, où les moindres mouvements provoqueraient des douleurs conduisant, au sens d'une extension des symptômes, aussi à des migraines et à des douleurs oculaires. Toujours selon l'anamnèse, les douleurs seraient quotidiennes et accentuées par le stress et par les mouvements de rotation de la tête. Le spécialiste qui a procédé à l'examen physique observe que ce dernier s'est révélé difficile puisque de faibles mouvements conduisaient à de fortes douleurs à la nuque et à la tête. Une limitation de la mobilité n'a toutefois pas été décelée. Il a enfin été expliqué

qu'il était difficile d'estimer le rôle joué sur le tableau clinique par la lésion organique objectivée en C4/5, au vu de l'extension marquée des symptômes. Une infiltration locale à fin d'investigation, guidée par ultrasons (scanner déconseillé vu la grossesse), a été recommandée.

**4.4.2** Le spécialiste en anesthésiologie/traitement invasif de la douleur a rempli un rapport à l'intention de l'intimé le 15 mars 2019. Il y a posé le diagnostic de douleurs pan-vertébrales chroniques après un accident de la route et de fibromyalgie. Il a indiqué que la recourante n'était pas apte à travailler et à exercer des activités impliquant des soulèvements de charges de plus de 5 kg, le maintien prolongé d'une position statique sans possibilité d'alterner régulièrement entre la posture assise et debout, des rotations de la colonne cervicale, des travaux en position penchée, ainsi que certaines tâches ménagères. Il a attesté une incapacité de travail totale de durée indéterminée dès le 28 novembre 2017 (voir aussi dos. AI 48.2/4-6: rapport reçu le 17 avril 2019 par l'assureur d'indemnités journalières du dernier employeur).

**4.4.3** Un médecin du SMR s'est déterminé le 6 juin 2019 et a posé le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de traumatisme de la colonne cervicale par accélération lors d'une collision frontale. Il a indiqué qu'au vu des conclusions de l'expertise de 2018 et des incohérences qui y avaient été relevées, ainsi qu'au regard de l'avis du spécialiste en anesthésiologie et traitement invasif de la douleur, il fallait retenir qu'une incapacité de travail à 100% existait, s'agissant d'une activité exercée dans l'industrie horlogère mais pas dans une activité adaptée. Ce médecin a retenu qu'une activité légère, parfois moyennement lourde, permettant des changements de position, était exigible à temps complet à raison de 8,5 heures par jour, sans réduction de rendement, depuis le 1<sup>er</sup> avril 2018. Il a précisé que devaient être évités les postures contraignantes pour la colonne cervicale (p. ex. en position assise prolongée, la tête penchée), les mouvements stéréotypés de la tête, de rotation en position assise ou debout en portant des charges, le soulèvement de charges loin du corps et répétitivement au-dessus de la hauteur de la poitrine, l'utilisation d'échelles, les travaux au-dessus de la tête en position répétée accroupie, penchée ou

inclinée vers l'avant, de même que les mouvements stéréotypés répétitifs dans la zone de la colonne cervicale et lombaire.

**4.4.4** Du rapport d'enquête ménagère et relatif à l'activité lucrative, du 5 novembre 2019, il ressort qu'hormis pour la naissance de son second enfant, la recourante n'a plus été hospitalisée. Celle-ci a toutefois indiqué qu'elle n'allait pas mieux et qu'elle souffrait au quotidien de douleurs horribles. Elle a aussi déclaré qu'elle aurait continué de travailler à 100% si elle était restée en bonne santé, précisant avoir convenu avec son compagnon (qui travaille la nuit) d'assurer la garde de leur enfant grâce à leurs horaires respectifs. Elle a aussi relaté qu'ils avaient acheté une maison et que son financement devait être assuré grâce à leurs deux salaires. Partant, le rapport a conclu que la recourante présentait le statut de personne exerçant une activité lucrative à 100%, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de tenir compte des empêchements dans les travaux ménagers.

**4.4.5** Le 10 février 2020, le médecin du SMR a confirmé son diagnostic. Se référant aux griefs soulevés par la recourante dans ses objections, il a mentionné que celle-ci n'avait déposé aucun document médical remettant en question les conclusions de l'expertise, dont il a défendu la valeur probante. De plus, il a souligné que la recourante faisait valoir qu'elle n'était pas capable de travailler en raison de ses douleurs (contrairement au rapport du SMR du 6 juin 2019 qui concluait que tel était le cas dans une activité adaptée) mais qu'elle ne suivait aucune thérapie (à tout le moins depuis mars 2019), si bien qu'aucun traitement n'était nécessaire.

**4.5** Avec son recours, l'intéressée a produit un rapport du 4 mai 2020 d'un médecin généraliste consulté le 10 mars 2020. Selon celui-ci, les douleurs chroniques, l'anxiété et les symptômes dépressifs se sont péjorés depuis 2-3 mois. Ce médecin a aussi déclaré que la recourante était suivie par un psychiatre depuis le 6 avril 2020, qui aurait posé des diagnostics psychiques et serait d'avis que la recourante est incapable de travailler dans une quelconque activité.

**4.6** La recourante a remis les rapports du psychiatre/psychothérapeute précité au cours de l'échange d'écritures. Dans le premier, du 8 avril 2020, ce spécialiste a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen (ch. F32.1

CIM-10), de troubles à symptomatologie somatique (ch. F45.1 CIM-10), et de troubles de stress post-traumatique probable, diagnostic provisoire (ch. F43.10 CIM-10). Attestant une incapacité totale de travail, il a en particulier écrit que la recourante était restée traumatisée par son accident, suite auquel elle avait présenté des symptômes qui s'étaient péjorés dès mars 2020. Dans son second rapport, du 16 septembre 2020, le spécialiste a confirmé ses diagnostics (le dernier n'étant toutefois plus "probable", ni "provisoire") et relaté notamment que sa patiente s'était plainte d'une recrudescence des symptômes dépressifs au mois de mars 2020 (la première date mentionnant 2019 est contredite par la conclusion du rapport et par l'écrit du 8 avril 2020, qui fixe aussi la péjoration à mars 2020) avec baisse de l'énergie, anhédonie, humeur dépressive, pleurs fréquents, ruminations négatives, anxiété et pessimisme marqué. Il a aussi souligné que le sommeil était mauvais et peuplé de cauchemars, la recourante manifestant en outre des symptômes d'évitement, des pensées intrusives liées à son accident et des altérations négatives des cognitions. Il a ajouté que des antidépresseurs, dont la prescription avait été retardée par l'allaitement, étaient désormais nécessaires, faute d'amélioration de l'état dépressif, mais que ce traitement n'était pas suffisant. Toutefois, il a écrit que la recourante avait de la peine à accepter un suivi intensif et qu'elle espaçait les rendez-vous, ce qui ne favorisait pas le pronostic. Une incapacité de travail de 100% a été attestée dans toute activité.

**4.7** Au cours de la procédure, la recourante a aussi versé au dossier un rapport d'IRM du 27 août 2020 de l'institut de radiologie précité, dont il ressort en substance qu'une anomalie transitionnelle lombo-sacrée avec sacralisation de la dernière vertèbre lombaire a été constatée. Il y a notamment été mis en relief des discopathies dégénératives en L4-L5, C3-C4, C4-C5 et C5-C6 et un débord discal en C4-C5 pouvant être à l'origine d'une contrainte sur la racine droite C5. Ce rapport a été examiné par le SMR qui a expliqué, le 5 octobre 2020, que ce document ne permettait pas de conclure à un changement de la situation, par rapport à celle illustrée dans le rapport du 26 novembre 2018 (voir c. 4.3.10), aucun indice issu de cette IRM ne permettant de retenir l'existence de limitations fonctionnelles.

## **5.**

La décision attaquée se base sur les rapports du SMR des 6 juin 2019 et 10 février 2010. Se pose dès lors la question de leur force probante.

**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** Les rapports du SMR (art. 49 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPG. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, pour autant qu'ils satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires (TF 9C\_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2 [passage de texte non publié du c. 3.3.2 de l'ATF 135 V 254 = TF 9C\_204/2009]). Les médecins du SMR sont donc parfaitement fondés à s'appuyer sur le dossier médical pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Tel est notamment le cas lorsqu'il s'agit principalement d'apprécier un état de fait médicalement établi et que la confrontation directe du médecin avec la personne assurée passe au

second plan (TF 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références). Dans l'examen de la force probante, est avant tout déterminant le fait que l'expertise soit complète au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (TF 8C\_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C\_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

**5.3** En l'espèce, d'un point de vue formel, force est de constater que les rapports du SMR des 6 juin 2019 et 10 février 2020 ont été établis en pleine connaissance du dossier (dos. AI 50/1 s., 52/4 et 72/3). En l'occurrence, ils reposent principalement sur l'expertise pluridisciplinaire menée par la Clinique C.\_\_\_\_\_, qui décrit le contexte médical de façon compréhensible et tient compte des avis des médecins et spécialistes consultés par la recourante. S'il est vrai que cette expertise n'a pas pu prendre en compte les rapports d'IRM des 20 et 26 novembre 2018 (c. 4.3.10), il n'en reste pas moins que ces documents ont en revanche été examinés par le médecin du SMR, qui a pu s'appuyer à cet égard sur les avis y relatifs du spécialiste en médecine interne et rhumatologique de la recourante (c. 4.3.11), ainsi que sur celui exprimé au sein de la clinique universitaire pour la chirurgie orthopédique et la traumatologie (c. 4.4.1). Les rapports du SMR se fondent ainsi sur une étude fouillée des points litigieux importants et prennent également en considération les plaintes de la recourante. Selon la jurisprudence, quelle que soit sa spécialisation, un médecin est en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère (TF 9C\_238/2019 du 17 mai 2019 c. 4.2). Rien ne permet dès lors de douter de la qualification du médecin du SMR chargé du dossier de la recourante, détenteur d'un titre postgrade fédéral en médecine interne générale et qualifié notamment en pratique du laboratoire et examens radiologiques (voir registre des professions médicales mis en ligne par l'Office fédéral de la santé publique [OFSP]). Que ce médecin n'ait pas procédé à un examen personnel de l'assurée n'affaiblit pas non plus le caractère probant de son avis, puisqu'il se fonde sur des appréciations de confrères ayant pratiqué de tels examens. En comparant les constatations de l'expertise avec les documents médicaux établis par la suite, le SMR était en mesure de se faire une image exhaustive de l'évolution médicale et de l'apprécier sans examen personnel de la recourante (SVR 2020 IV n° 38 c. 4.3). De surcroît, c'est à tort que la

recourante remet en cause la valeur probante des rapports du SMR, du fait que l'expertise pluridisciplinaire a été diligentée par la Suva. En effet, la provenance de cette expertise ne suffit pas à elle seule pour remettre en question sa valeur probante (voir c. 5.1). Il importe plutôt de déterminer si elle aboutit à des résultats convaincants ou si elle laisse apparaître des indices concrets contre sa fiabilité, éléments qui seront examinés sous l'angle matériel (ATF 139 V 99 c. 2.3.2, 125 V 351 c. 3b/bb; SVR 2019 IV n° 40 c. 3, 2018 IV n° 27 c. 4.2.2). On peut toutefois d'emblée souligner que même si l'expertise organisée par la Suva visait à trancher la question du lien de causalité entre les troubles présentés par la recourante et l'accident du 28 novembre 2017, les investigations menées par la Clinique C.\_\_\_\_\_ ont aussi inclus un examen des limitations fonctionnelles (voir en particulier: dos. AI 29.29/15). En outre, la Clinique C.\_\_\_\_\_ figure aussi sur la liste des centres d'expertises médicales liés à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) par convention selon l'art. 72<sup>bis</sup> RAI (voir liste en ligne à partir du site internet de l'OFAS, rubriques: assurances sociales, AI, informations de base & législation, organisation de l'AI, expertises médicales de l'AI). Dès lors, sur le plan formel, les rapports du SMR satisfont aux conditions jurisprudentielles relatives à la force probante de tels documents.

## **5.4**

**5.4.1** Du point de vue matériel, le médecin du SMR, pour étayer le profil d'exigibilité valable depuis à tout le moins le 1<sup>er</sup> novembre 2018 qu'il a défini le 6 juin 2019, a évoqué la première demande de prestations de l'assurée (voir c. 4.1) et l'évolution de sa situation professionnelle et personnelle depuis lors (notamment enfant né en juin 2017 et nouvelle grossesse en cours), a rappelé les circonstances de l'accident survenu le 28 novembre 2017 (voir dos. AI 29.60/7) et les douleurs qu'elle a décrites à sa suite (voir c. 4.3.1). Il a ensuite mis en relief les faits et constatations médicales figurant au dossier qui allaient, selon lui, à l'encontre de l'évolution totalement négative de la situation invoquée de façon constante depuis lors. En substance, en mentionnant l'absence de lésion traumatique résultant du scanner spiralé effectué le jour de l'événement (voir c. 4.3.2), il a relevé le comportement démonstratif caricatural de restrictions

fonctionnelles douloureuses ayant frappé les experts de la Clinique C.\_\_\_\_\_ et ne correspondant ni aux constatations cliniques, ni à certains aspects de la vie de la recourante (voir c. 4.3.7), ainsi que le rejet systématique, retranché dans l'invocation de douleurs intenses, de toute perspective de reprise d'activité lucrative (voir par ex. en avril-mai 2018: c. 4.3.5 et 4.3.6 [alors qu'il était question d'une amélioration] et c. 4.3.7 [expertise, dos. AI 29.31/7]). Dans la continuité de ces signes d'incohérence, le médecin du SMR a aussi insisté sur la symptomatologie diffuse, mais en extension marquée, telle que rapportée le 14 février 2019 par les orthopédistes de la clinique universitaire (voir c. 4.4.1), qui a fait obstacle à la formulation d'un diagnostic objectif correspondant aux atteintes dégénératives surtout cervicales et au probable contact radiculaire C4/5 objectivés par les examens IRM de novembre 2018. Le médecin du SMR s'est aussi largement référé à l'évaluation de mars 2019 de l'anesthésiologiste traitant lui-même qui, en connaissance des résultats de l'IRM de novembre 2018, a continué d'attester une totale incapacité de travail, mais a lui-même établi un profil d'exigibilité (voir c. 4.4.2). Dans son évaluation du 10 février 2020 et celle du 5 octobre 2020, confronté aux observations sur préavis critiques de la recourante et aux pièces jointes au recours, le médecin du SMR a continué à défendre sa précédente évaluation, qu'il avait déjà élaborée en considération des avis médicaux au dossier prenant position sur l'IRM de novembre 2018 montrant notamment une atteinte radiculaire, et a nié toute modification déterminante intervenue depuis lors. En février 2020, il s'est également étonné de l'absence de preuve d'un suivi de traitements depuis mars 2019, qui s'inscrivait en faux face à l'ampleur des handicaps douloureux prétendus.

**5.4.2** Les arguments du recours ne parviennent pas à mettre en doute la pertinence et la cohérence du raisonnement étayé par le SMR. Il est évident que matériellement non plus (voir c. 5.3 sur le plan formel), les constats de mai 2018 des experts de la Clinique C.\_\_\_\_\_ n'ont pas à être écartés. Si la question de la causalité entre l'accident et les douleurs encore ressenties n'a pas d'importance pour l'AI, il n'en reste pas moins que, s'agissant de cette assurance, les autolimitations et les incohérences du comportement de la recourante, qui ont frappé les experts mandatés par la Suva et entravé leur examen, ainsi que le bilan fonctionnel qui en

découle, déterminé dans un consilium interdisciplinaire, ne peuvent être ignorés. L'attitude démonstrative de l'intéressée a par ailleurs encore été confirmée en février 2019 par les observations relatées par la clinique universitaire orthopédique (voir c. 4.4.1), de même que, comme l'a évalué le médecin du SMR en février 2020, par le fait que la recourante n'avait plus consulté en raison de ses douleurs depuis mars 2019 (le rhumatologue traitant a en effet signalé en mars 2019 qu'il ne l'avait plus revue depuis le 29 novembre 2018; dos. AI 43/1 et 38/1, 49/2 et 58/2). Ainsi que cela ressort aussi de la situation résultant du dossier en mai 2018, soit à l'époque de l'expertise de la Clinique C.\_\_\_\_\_ (allaitement du premier enfant né en juin 2017), la période de grossesse puis d'allaitement du deuxième enfant né en septembre 2019 ne sauraient entièrement expliquer l'absence de recherche d'options thérapeutiques eu égard à l'intensité des maux invoqués. La recourante ne peut pas davantage être suivie lorsqu'elle fait valoir que le SMR s'est uniquement fondé sur une expertise (celle de la Clinique C.\_\_\_\_\_) dépassée en raison des atteintes dégénératives objectives mises en évidence par l'IRM de novembre 2018. Le SMR est bien parti à la base de son raisonnement des conclusions de la Clinique C.\_\_\_\_\_, qui n'iaient toute contre-indication médicale à un retour progressif à la place de travail, mais il a aussi parfaitement expliqué pourquoi, malgré l'imagerie objectivant certaines atteintes dégénératives dont une hernie discale, eu égard aux évaluations des médecins traitants postérieures à ces clichés, l'exigibilité, à tout le moins pour une activité adaptée s'imposait. Par rapport à ce qui ressortait de l'expertise de la Clinique C.\_\_\_\_\_, le médecin du SMR a du reste admis que l'ancienne activité dans l'horlogerie n'était pas adaptée. Il s'est donc rallié à l'avis que le spécialiste en anesthésiologie traitant avait émis le 15 mars 2019, après avoir aussi reçu le rapport de l'IRM cervicale de novembre 2018. Certes, ainsi que la recourante l'a évoqué (voir art. 3 du recours) et contrairement à ce qu'on peut comprendre du résumé qu'en fait le SMR (dos. AI 72/5), le spécialiste précité n'a pas expressément écrit que sa patiente était capable d'exercer une activité légère à plein temps permettant des changements de position. Il ressort en réalité plutôt de ce rapport que ce spécialiste y a confirmé une incapacité de travail à 100% pour une durée indéterminée (dos. AI 44/3), attestant par ailleurs qu'aucun travail ne pouvait actuellement être exigé de sa patiente. Il a cependant

aussi précisé qu'alors cette dernière était enceinte et que la prise d'antidouleurs était limitée (dos. AI 44/4 et 6). Dès lors, à mesure que ce spécialiste traitant a néanmoins détaillé les limitations fonctionnelles de l'intéressée (activité devant lui permettre d'alterner régulièrement entre la posture assise et debout mais d'éviter les tâches exigeant des mouvements en rotation de la colonne cervicale, une posture penchée ou immobile de façon prolongée, de même que requérant de porter des charges de plus de 5 kg; dos. AI 44/6), la déduction du SMR, selon laquelle la recourante est en principe entièrement apte à exercer une activité compatible avec ces restrictions, est logique et convaincante. Que lors de la consultation (en période de grossesse), l'anesthésiologiste a concédé qu'il n'était pas en mesure d'indiquer le nombre d'heures de travail qui pouvait raisonnablement être attendu de la recourante chaque jour (que ce soit dans sa dernière activité ou dans une activité adaptée) n'exclut nullement une capacité entière dans une activité correspondant au profil d'exigibilité moyennant une perte de rente de 20%, ce d'autant plus que l'aptitude à conduire n'a pas été remise en cause (dos. AI 44/7). De surcroît, dans un autre rapport reçu le 17 avril 2018 par l'assureur d'indemnités journalières du dernier employeur (dos. AI 48.1 et 48.2/6), ce même spécialiste a répondu affirmativement à la question de l'exigibilité d'une activité adaptée, définie de façon analogue à celle décrite à l'AI. Les documents médicaux produits en instance de recours (voir c. 4.5 et 4.6) et attestant d'une recherche de soins depuis le 10 mars 2020 justifiée par une détérioration des douleurs, comme le SMR l'a lui-même estimé le 5 octobre 2020, ne diminuent pas non plus le caractère convaincant de ses évaluations antérieures et cela vaut jusqu'à la date déterminante de la décision (22 avril 2020; ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). En effet, d'une part, selon la jurisprudence, l'apparition ou l'aggravation d'un état dépressif en lien avec un refus de prestations, respectivement la menace d'un tel refus (en l'espèce le préavis de refus de rente date du 14 novembre 2019), n'est, en tant que telle, pas invalidante (TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 c. 6, 9C\_668/2015 du 17 février 2016 c. 3). D'autre part, même dans l'hypothèse où le délai d'une année d'incapacité de travail moyenne d'au moins 40% dans l'activité précédemment exercée pourrait être considéré comme échu (art. 28 al. 1 let. b LAI, voir c. 2.3), la prétendue aggravation du degré d'invalidité qui est au plus tôt attestée depuis le 10 mars 2020 ne pourrait

pas avoir d'influence sur l'évaluation de la situation à la date de la décision contestée, à défaut d'avoir duré trois mois (art. 88a RAI).

**5.4.3** Les griefs du recours cherchant à nier le caractère probant de l'analyse du SMR en transposant la problématique sur le plan psychique ne résistent pas à l'examen en l'espèce. Il est vrai qu'un diagnostic de fibromyalgie avait été évoqué par le spécialiste en anesthésiologie et traitement invasif de la douleur (dos. AI 44/5). Ce diagnostic, qui est le pendant somatique des troubles psychiques ou psychosomatiques d'assimilation de la douleur ne suffit cependant pas. La reconnaissance d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (voir c. 2.2 et ATF 136 V 279 c. 3.2.1). Comme relevé ci-avant (c. 5.4.2 in fine), les diagnostics psychiques posés depuis mars 2020 n'influent pas sur le sort du présent litige. S'agissant des constats médicaux somatiques antérieurs de fibromyalgie ou de syndromes douloureux sans substrat objectif, force est d'emblée de constater que même si une évaluation fondée sur les indicateurs devait être réalisée (ainsi que l'art. 3 du recours le requiert; ATF 141 V 281 c. 3.6), celle-ci, dès l'examen au premier niveau, conduirait au résultat qu'une éventuelle atteinte psychique serait dénuée de caractère invalidant. En effet, même en considération de la mise en évidence, en novembre 2018, d'une petite hernie cervicale, que celle-ci ait déjà été présente lors de l'expertise de mai 2018 ou qu'elle soit apparue par la suite, le dossier met en relief pratiquement tous les indices d'exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie que la jurisprudence qualifie de motifs d'exclusion, à savoir une discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, des allégations d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, l'absence de demande de soins ou de traitement, des plaintes très démonstratives laissant insensibles les experts et l'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial et familial largement intact (ATF 141 V 281 c. 2.2 en lien avec ATF 143 V 418 c. 7.2). Parle aussi à l'encontre de troubles psychiques invalidants, le fait que rien ne suggère que la recourante ait présenté des empêchements pour la prise en charge de ses

deux enfants, nés quelques mois avant et une vingtaine de mois après l'accident, qu'elle a notamment allaités chacun pendant près d'un an. Dans un tel contexte, c'est à juste titre que l'intimé n'a pas organisé d'autre examen psychiatrique que celui déjà opéré pour l'expertise pluridisciplinaire.

**5.5** Par conséquent, au vu de tout ce qui précède, il y a lieu de retenir que les rapports du SMR sont fiables et dignes de crédit, si bien qu'il convient de leur reconnaître une pleine valeur probante. Partant, il ne se justifie pas d'ordonner une nouvelle expertise pluridisciplinaire (voir art. 3 in fine du recours).

## **6.**

Reste à examiner le taux d'invalidité retenu par l'intimé.

**6.1** Tout d'abord, s'agissant de la méthode d'évaluation de l'invalidité (voir art. 16 LPGA et art. 28a al. 2 et 3 LAI), il convient de rappeler que, dans son rapport d'enquête du 5 novembre 2019, le secteur des enquêtes de l'intimé, en se fondant sur les déclarations sans équivoque de la recourante, a retenu de façon convaincante que, sans atteinte à la santé, celle-ci aurait un statut de personne active à 100% (ATF 144 I 28 c. 2.3, 117 V 194 c. 3b; SVR 2019 IV n° 3 c. 5.1). Cette appréciation n'est pas contestée et, bien qu'elle paraisse exigeante pour les époux (activité lucrative de jour pour la maman et de nuit pour le papa avec deux enfants en bas âge), aucun élément au dossier ne permet de s'en écarter. Partant, c'est effectivement par le biais de la méthode générale de comparaison des revenus que le taux d'invalidité doit être déterminé.

**6.2** Selon cette méthode, 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 (ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b; SVR 2019 BVG n° 16 c. 4.4.2).

**6.3** En l'espèce, pour son calcul de l'invalidité selon la méthode précitée, l'intimé s'est à juste titre fondé sur le rapport d'enquête ménagère/relatif à l'activité lucrative et a fixé le revenu de valide de la recourante sur la base du dernier salaire perçu en tant qu'opératrice horlogère en 2018 (ATF 145 V 141 c. 5.2.1, 134 V 322 c. 4.1), à savoir Fr. 4'226.- versés 13 fois et, en sus, 12 contributions patronales à l'assurance-maladie, de Fr. 175.- chacune (dos. AI 36/12), soit un total de Fr. 57'038.- par année. Quant au revenu d'invalidé (calculé pour la même période; ATF 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222), puisque la recourante n'a plus exercé d'activité lucrative depuis la survenance de l'invalidité et qu'il découle des pièces médicales que le dernier emploi exercé n'est plus exigible (voir c. 5.4), l'intimé s'est à juste titre basé sur les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiés régulièrement par l'Office fédéral de la statistique (OFS; les tables statistiques de salaires, d'indexation et de durée normale de travail dans les entreprises [DNT] sont accessibles à partir du site internet de l'OFS; ATF 145 V 141 c. 5.2.1, 134 V 322 c. 4.1). Selon ceux-ci, la recourante pourrait réaliser un revenu annuel de Fr. 52'356.- (ESS 2016, Table "Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétence et le sexe", Secteur privé, Total, Niveau de compétences 1 [tâches physiques ou manuelles simples], Femmes; Fr. 4'363.- x 12). Adapté selon la DNT (41,7 heures en 2018), ce montant passe à Fr. 54'581.10 puis, après indexation à l'année 2018 (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] 2016: 2'709 et 2018: 2'732), il atteint Fr. 55'044.55 (voir aussi le rapport d'enquête; dos. AI 58/7). Ainsi, en comparant le revenu de valide de Fr. 57'038.- à celui d'invalidé de Fr. 55'044.55, il en résulte un taux d'invalidité de 3% (3,49% que l'intimé a arrondis à 4% au lieu de 3%; ATF 130 V 121 c. 3.2 s.), insuffisant pour ouvrir un droit à une rente.

**7.**

**7.1** Au vu de tout ce qui précède, c'est donc à bon droit que l'intimé a exclu tout droit de la recourante à une rente d'invalidité, dans sa décision du 22 avril 2020. Le recours doit par conséquent être rejeté.

**7.2** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA et selon l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. La recourante, qui succombe, doit ainsi supporter les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, et ne peut prétendre au remboursement de ses dépens (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 108 al. 1 et 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):
  - au mandataire de la recourante,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué (A):
  - à la caisse de pensions D.\_\_\_\_\_.

La présidente:

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).