

200.2021.225.AI
N° AVS _____
NIG/REN

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

Jugement du 3 décembre 2021

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président
A.-F. Boillat et M. Moeckli, juges
G. Niederer, greffier

A. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 23 février 2021



En fait:

A.

A. _____, née en 1997, célibataire sans enfant, au bénéfice d'un CFC de gestionnaire du commerce de détail, est employée à 100% en cette qualité dans un magasin exploité par sa maman. Par un formulaire daté du 5 novembre et posté le 29 novembre 2017, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office AI Berne, en invoquant se trouver en état d'incapacité de travail à 30% depuis le 3 avril 2017 et souffrir d'une spondylarthrite axiale et périphérique depuis le 6 avril 2016.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a en particulier requis des rapports du rhumatologue traitant, puis octroyé une mesure de placement. Par décision du 17 juillet 2019, il a nié tout droit à des mesures de réadaptation professionnelle. L'assuré ayant déposé une nouvelle demande de prestations le 16 janvier 2020, accompagnée d'un rapport du spécialiste précité, l'Office AI Berne a complété la documentation médicale et recueilli des informations de l'employeur. Après avoir alloué une mesure d'observation professionnelle, puis admis un droit au placement, il s'est encore notamment procuré les avis d'un spécialiste en chirurgie orthopédique, puis a consulté le Service médical des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR). Par décision du 23 février 2021, il a exclu un droit à une rente d'invalidité, nonobstant les objections de l'assurée du 16 février 2021, contre une préorientation du 1^{er} décembre 2020.

C.

Par envoi du 18 mars 2021, l'assurée a recouru contre la décision de l'Office AI Berne du 23 février 2021 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant à l'annulation de cette décision et à

l'octroi d'une rente de l'AI. Dans sa réponse du 28 avril 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours. Faisant suite à une ordonnance du TA du 30 avril 2021, l'intimé a encore pris position le 18 mai 2021 et produit un nouveau rapport du SMR, tout en maintenant ses conclusions. Les parties ont encore confirmé leurs conclusions respectives dans un échange subséquent, l'assurée produisant en outre de nouvelles pièces.

En droit:

1.

1.1 La décision du 23 février 2021 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie tout droit à une rente de l'AI. L'objet du litige porte sur l'annulation de cet acte et sur l'octroi d'une rente. Est particulièrement critiquée par la recourante l'appréciation de son état de santé par l'intimé.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes minimales prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et 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 fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; 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 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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 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.

2.3 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). 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 (voir art. 16 LPGGA).

2.4 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).

2.5 L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 144 V 427 c. 3.2).

3.

3.1 Dans la décision attaquée, l'intimé, en se fondant sur un rapport du SMR du 26 novembre 2020, a retenu que la recourante était en mesure d'assumer une activité adaptée, c'est-à-dire légère à (rarement) moyennement lourde, à 100% avec une diminution de rendement de 20%. Il a ensuite fixé le taux d'invalidité en comparant le revenu que la recourante pourrait percevoir dans cette activité, avec celui qui serait perçu sans invalidité, à 100%, dans l'activité de gestionnaire de commerce de détail, parvenant ainsi à un taux de 22%, insuffisant pour ouvrir un droit à

une rente. Il a ajouté qu'un reclassement professionnel n'était pas souhaité et que la recourante n'avait pas fait valoir de nouveaux éléments qui n'auraient pas déjà été pris en considération.

3.2 La recourante relève qu'elle n'a pu travailler qu'à un taux de 20 à 50% au cours des dernières années, que ses douleurs l'empêchent parfois même de sortir de son lit et que, la plupart du temps, elle ne peut marcher qu'avec une canne. Elle soutient qu'elle ne peut travailler qu'à 60%, en prenant de fortes doses de médicaments et d'antidouleurs et en portant une attelle pour sa hanche et ses jambes, de même qu'une orthèse aux mains. Elle ajoute qu'après des opérations à la hanche et à la cheville, elle n'a pas pu reprendre le travail à 100%. Enfin, elle rappelle qu'elle est employée par sa maman, de sorte qu'elle peut exercer son activité à son rythme.

4.

Les rapports médicaux suivants renseignent sur l'état de santé de l'assurée.

4.1 Le 19 avril 2016, le rhumatologue traitant a signalé la présence d'un antigène généralement associé à la spondylarthrite (HLA B27) et évoqué un syndrome inflammatoire biologique, ainsi qu'une sacro-iliite débutante à gauche. A cette même date, il a aussi informé de l'apparition de douleurs lombaires irradiant dans la fesse et parfois la cuisse gauche, avec des blocages. Il a relevé que les douleurs limitaient la mobilité et qu'une IRM n'avait pas permis de les expliquer (voir rapport radiologique du 8 avril 2016 [dos. AI 26/7], mentionnant une chondrose et une protrusion du disque L5/S1, avec un contact des racines et une irritation possible, mais une morphologie normale des articulations sacro-iliaques, sans inflammation ni signe de modifications dégénératives; voir aussi rapport radiologique du 3 juin 2016 [dos. AI 81/33], excluant une ischémie, une hémorragie, une leucodystrophie ou une tumeur). Le 30 janvier 2017, le spécialiste a constaté que la maladie était bien maîtrisée. En date du 1^{er} juin 2017, il a encore posé le diagnostic (impactant la capacité de travail) de spondylarthrite axiale et périphérique, attestant une incapacité

de travail à 30% dès le 3 avril 2017 pour une durée indéterminée. Il a confirmé ce diagnostic le 31 octobre 2017, en relevant des restrictions physiques liées aux problèmes articulaires/rhumatologiques, de même que les 27 novembre 2017 et 26 mars 2018 (en rapportant une aggravation et des limitations de la mobilité de la hanche droite et des articulations; voir aussi, dans le même sens, les rapports des 26 mars et 24 octobre 2018). Le 22 mai 2018, le rhumatologue a encore évoqué un conflit fémoro-acétabulaire probable à gauche, avec des douleurs parfois extrêmement importantes et invalidantes, mais parfois pratiquement absentes. Il a ajouté que les douleurs rachidiennes étaient revenues et émis l'hypothèse qu'il s'agissait de deux problèmes différents (maladie rhumatismale et conflit mécanique). A la deuxième demande de prestations de la recourante était joint un envoi du rhumatologue traitant du 5 juin 2019, informant que les douleurs étaient réapparues, touchant surtout le rachis, les hanches et la cheville gauche, qui présentait des tuméfactions d'allure inflammatoire. Le 31 mars 2020, le rhumatologue a informé l'intimé que les douleurs axiales/périphériques étaient relativement bien stabilisées avec le traitement biologique en cours et que l'atteinte à la cheville faisait l'objet d'un traitement orthopédique. Il a spécifié que le port de charges lourdes et les efforts physiques prolongés étaient exclus. Enfin, il a confirmé que l'intéressée présentait une incapacité de travail à 30% depuis avril 2019.

4.2 Le 22 juin 2018, un chirurgien orthopédique a retenu le diagnostic (principal) de conflit fémoro-acétabulaire de la hanche gauche de type CAME et celui (secondaire) de spondylarthrite axiale et périphérique sous traitement d'Enbrel. Une intervention chirurgicale a été discutée et, d'après un rapport d'opération du 24 août 2018, effectuée le 20 août 2018 (arthroscopie de la hanche gauche avec recontourage cervico-céphalique; voir aussi le rapport du 22 août 2018). Le 4 décembre 2018, le chirurgien a ajouté que la recourante était très satisfaite de l'évolution.

4.3 Le 7 mars 2019, le service des urgences d'un centre hospitalier a posé les diagnostics de douleurs à la nuque le plus souvent de genèse musculaire (tension du trapèze gauche), ainsi que de spondylarthrite. Une incapacité de travail totale a été attestée du 7 au 13 mars 2019.

4.4 Dans un rapport d'un spécialiste en chirurgie orthopédique d'une clinique privée du 20 mai 2020, le diagnostic d'instabilité antérolatérale au troisième degré de l'articulation supérieure de la cheville gauche (depuis deux ans) a été posé. Le 13 octobre 2020, ce spécialiste a confirmé ses diagnostics et rapporté qu'une opération avait été pratiquée le 25 août 2020 (arthroscopie de l'articulation supérieure de la cheville gauche, résection ligamentaire, synovectomie partielle et ligamentoplastie antérolatérale avec resserrement anatomique du ligament fibulaire; voir aussi le rapport du 26 août 2020). Il a indiqué que l'évolution était très bonne. Une incapacité de travail à 50% a été attestée du 13 octobre au 1^{er} novembre 2020, une pleine capacité de travail devant ensuite certainement être recouvrée.

4.5 Dans un rapport non daté, le médecin (interniste) traitant a retenu les diagnostics (avec répercussion sur la capacité de travail) de spondylarthrite ankylosante et de status après une entorse de la cheville gauche avec instabilité résiduelle, de même que (sans effet sur la capacité de travail) de status après une arthroscopie de la hanche gauche avec recontourage cervico-céphalique. Il a relaté que la recourante présentait une bonne capacité de travail et a exclu toute limitation fonctionnelle.

4.6 Le 26 novembre 2020, le SMR, par un spécialiste en médecine du travail et en médecine générale, a retenu les diagnostics d'instabilité de l'articulation supérieure de la cheville gauche au troisième degré avec intervention arthroscopique du ligament tibio-fibulaire antérieur (LTFA), de spondylarthrite ankylosante positive au HLA B27 et de status après une arthroscopie de la hanche gauche en 2018. Il a affirmé qu'une activité adaptée était exigible à 100%, avec une réduction de rendement de 20%. Cette activité devait être physiquement légère à (exceptionnellement) moyennement lourde. Il a ajouté que le profil était valable à partir du 1^{er} juillet 2020 et a relevé que les périodes d'incapacité de travail du 17 au 20 juillet et du 25 au 28 août 2020 étaient trop courtes et dès lors pas prises en compte. Il a aussi écrit qu'en tous les cas, la recourante était capable de travailler dès novembre 2020. Le SMR s'est encore prononcé le 12 mai 2021, par le même spécialiste (rapport pris en compte dans la présente procédure, dès lors qu'il influence l'appréciation au moment du prononcé entrepris; ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1, SVR 2008 IV

n° 8 c. 3.4). Il y a exposé que le rhumatologue traitant n'expliquait pas pourquoi, alors qu'il avait arrêté la capacité de travail à 70% jusqu'alors, il retenait désormais une capacité de travail de 60% seulement. Après s'être prononcé quant aux périodes d'incapacité de travail, le spécialiste du SMR a conclu que la recourante n'en avait pas subi de façon constante à hauteur de 40% dans une activité adaptée, s'agissant de la période allant d'avril 2017 à juillet 2020.

4.7 L'intéressée a quant à elle produit un rapport de son rhumatologue, du 1^{er} décembre 2021, également postérieur à la décision attaquée, mais de nature à impacter l'appréciation lors du prononcé de cette décision. Dans cet écrit, le rhumatologue a estimé la capacité de travail à 60%, en indiquant que sa patiente était gênée pour le port de charges lourdes et les positions statiques prolongées. Au surplus, il a confirmé que sa patiente bénéficiait de traitements conséquents en raison d'une spondylarthrite axiale et périphérique et fait état d'un status après une opération des hanches, de problèmes de la cheville gauche d'origine mécanique ayant nécessité une intervention, ainsi que de douleurs aux poignets. Enfin, l'intéressée a remis plusieurs certificats de son médecin traitant, attestant des incapacités de travail à 100% du 17 au 20 juillet, du 30 septembre au 11 octobre et du 3 au 7 novembre 2020, ainsi que du 18 au 26 février 2021. Elle a aussi produit un certificat de son chirurgien orthopédique d'une clinique privée, dont il résulte une incapacité de travail à 100% du 25 août au 20 septembre 2020. De nombreux autres certificats ont été produits, mais figuraient pour la plupart déjà au dossier (dos. AI 65.3) ou portaient sur des périodes antérieures ou postérieures à celle couverte par l'objet de la contestation (voir c. 6.1).

5.

Se pose la question de la force probante du rapport du SMR du 26 novembre 2020.

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 fédéral 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 assurée 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 les 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]). Sous l'angle de l'appréciation des preuves, il y aura néanmoins lieu de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance doit être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée par l'AI. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée devront alors également être pris en considération. Si les constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle ne suffit pas à écarter ces doutes (ATF 125 V 351 c. 3b/cc). Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 c. 4.4 - 4.6). 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, sur le plan formel, le rapport du SMR a été établi en pleine connaissance du dossier (voir dos. AI 90/1 à 90/3). De plus, il décrit le contexte médical de façon compréhensible, tient compte des avis du médecin (interniste) traitant, du spécialiste en rhumatologie, des chirurgiens orthopédiques de l'hôpital régional, respectivement de la clinique privée, des rapports radiologiques, ainsi que des écrits du centre hospitalier. En outre, il repose sur une étude fouillée des points litigieux importants et prend en considération les plaintes de la recourante. Les conclusions du spécialiste du SMR sont par ailleurs motivées et compréhensibles. Néanmoins, en tant que les atteintes à la santé qui justifient une diminution de la capacité de gain relèvent du domaine rhumatologique, alors que le spécialiste du SMR dispose en l'occurrence uniquement de qualifications en médecine du travail et en médecine générale, pour que ses qualifications suffisent à satisfaire aux conditions jurisprudentielles relatives à la force probante des rapports médicaux (du reste sans examen personnel), l'évaluation de synthèse du médecin interne à l'assurance doit se fonder sur des bases médicales certaines ressortant du dossier. Cette question relève toutefois de l'appréciation matérielle du caractère probant de l'avis du SMR (voir c. 5.4). Partant, d'un point de vue purement formel, ce rapport satisfait aux conditions jurisprudentielles relatives à la force probante de tels documents.

5.4 Sous l'angle matériel, il faut d'abord constater que les diagnostics retenus par le spécialiste du SMR concordent avec ceux des différents médecins consultés. En effet, le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, positive au HLA B27 a été posé par le spécialiste en rhumatologie dès ses premiers rapports (voir c. 4.1 ci-dessus). Ce dernier n'a d'ailleurs eu de cesse de le confirmer par la suite. Quant au diagnostic d'instabilité au troisième degré de l'articulation supérieure de la cheville gauche avec intervention arthroscopique du LTFA, il a été repris du rapport du 20 mai 2020 du spécialiste en chirurgie orthopédique de la clinique privée. Enfin,

on ne voit rien non plus à redire au diagnostic de status après une arthroscopie de la hanche gauche en 2018, tiré du rapport d'opération du 22 juin 2019. On observe également que le spécialiste du SMR s'est fondé de façon probante sur l'écrit du chirurgien orthopédique de la clinique privée du 13 octobre 2020, à savoir sur le constat de ce dernier, en tant qu'il avait rapporté que l'évolution après l'opération du 25 août 2020 avait été très bonne et que la recourante parvenait à marcher sans béquilles ni douleurs (mais au moyen d'une orthèse dont l'abandon avait cependant été conseillé). Ce chirurgien orthopédique avait même émis le pronostic qu'une pleine capacité de travail devrait pouvoir être récupérée à compter de novembre 2020 (dos. AI 88/2). S'agissant de la problématique liée à la hanche gauche, le SMR s'est par ailleurs basé de manière compréhensible sur le rapport d'opération du centre hospitalier du 24 août 2018, dont il ressort que la recourante y a été décrite comme étant dans un bon état général (en dépit de ses douleurs à la hanche gauche, présentes depuis plusieurs années mais soulagées au moyen d'antidouleurs). Concernant le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, le spécialiste du SMR s'est référé au rapport du rhumatologue de la recourante du 20 (recte: 27) novembre 2017, dans lequel ce rhumatologue a souligné que l'atteinte était traitée au moyen d'une thérapie d'anti-TNF alpha qui avait conduit à une amélioration tout à fait satisfaisante de l'état de santé. Le spécialiste du SMR a également pris en compte qu'en dépit de ce traitement, des poussées douloureuses survenaient encore (dos. AI 90/5). Cela étant, malgré la persistance de douleurs en lien avec l'atteinte à la hanche et avec la spondylarthrite, c'est de manière logique que le SMR a déclaré que l'évolution devait être qualifiée de favorable et qu'il a conclu que le pronostic n'était pas si mal ("nicht so ungünstig"; dos. AI 90/5). Par ailleurs, le profil d'exigibilité retenu par le SMR s'avère cohérent, dans la mesure où il ménage la colonne vertébrale, les hanches, ainsi que les chevilles et en tant qu'il est en adéquation avec les limitations fonctionnelles énumérées par le spécialiste en rhumatologie, en particulier dans son rapport du 31 octobre 2017, qui énumérait à l'époque des restrictions presque identiques à celles découlant du rapport litigieux du SMR (voir dans le même sens: dos. AI 65.2/9). Dans une activité adaptée à ce profil, le spécialiste du SMR a conclu que la recourante était capable de travailler à plein temps avec une réduction de rendement de 20%.

5.5 Certes, cet avis diverge de celui du rhumatologue, qui a retenu le 1^{er} décembre 2021 que sa patiente ne présentait qu'une capacité de travail de 60%. Toutefois, comme l'a fait remarquer le SMR dans son rapport du 12 mai 2021, le rhumatologue ne s'est pas expliqué quant aux raisons pour lesquelles il a abouti à un tel résultat (formulé du reste au cours de la présente procédure), alors qu'il avait retenu jusqu'à cette date que la capacité de travail de la recourante était de 70% (déjà depuis 2015 selon son écrit du 31 octobre 2017), ce qu'il a encore confirmé le 31 mars 2020, alors que la situation était stable. De surcroît, dans ce document, le spécialiste en rhumatologie a souligné que ce taux lui paraissait compatible avec la maladie de base, au regard de l'activité habituelle de sa patiente (dos. AI 75/5-8), si bien qu'il faut en déduire que ce spécialiste s'est prononcé en partant de la prémisse que l'emploi de la recourante était adapté à l'état de santé de celle-ci. Cependant, au vu des explications de l'employeur, dont il ressort en particulier que la recourante s'occupe parfois du déchargement des palettes provenant des camions de même que, fréquemment, du rangement de la marchandise ainsi que du chargement de sacs allant de 15 à 20 kg, qu'elle ne peut que rarement rester assise et qu'elle doit souvent rester debout (dos. AI 62/3), on ne peut admettre que cet emploi est adapté au profil d'exigibilité du SMR (voir dans le même sens: "Protokoll per 28.04.2021", p. 4, voir aussi p. 1, dont il résulte que ce travail exige de monter/descendre des escaliers, de lever les bras au-dessus de la tête, de se lever/s'accroupir ou de se mettre à genoux). Cela vaut d'autant plus que le spécialiste du SMR a mis en relief que la place de travail pouvait être améliorée par l'utilisation d'un chariot électrique (pour le port des charges lourdes; voir dos. AI 90/5), soit un moyen qui n'est pas à disposition de la recourante (voir p. 2 du "Protokoll per 28.04.2021"). Cette conclusion s'impose malgré le fait que cette activité permet à la recourante d'évoluer dans un environnement tolérant et bienveillant. Pour ce motif, il avait d'ailleurs été préconisé de maintenir la recourante dans cet emploi, tout en lui assignant des tâches moins éprouvantes, à savoir surtout des tâches administratives (notamment la création d'un nouveau site internet, le suivi d'une formation dans le commerce électronique ayant aussi été évoqué mais cette mesure n'ayant toutefois pas pu être concrétisée du fait que l'intéressée était active dans l'entreprise de sa mère; p. 3 ss du "Protokoll per 28.04.2021"). D'autres mesures professionnelles ont été

exclues, principalement en raison de la forte identification de la recourante avec sa place de travail (voir idem, p. 7, note du "05.06.2020" et p. 2 du recours). Ce faisant, on comprend que l'intimé n'a pas instruit davantage la question de la capacité de travail de la recourante et qu'il s'est fié aux conclusions issues du rapport du SMR du 26 novembre 2020. A ce propos, on ne saurait non plus ignorer l'avis du médecin traitant, remis à l'intimé le 23 juillet 2020, qui malgré sa connaissance du dossier médical, dont il a remis des extraits établis dès 2016 à l'intimé, n'a fait état d'aucune restriction fonctionnelle et s'est dit étonné du fait que sa patiente ait sollicité l'aide de l'AI (dos. AI 81/5 et 81/7). Cet avis tend également à appuyer l'estimation de la capacité de travail du SMR. Enfin, s'il n'est aucunement contesté que la recourante est astreinte à des traitements relativement importants, comme elle le souligne dans son recours, il sied néanmoins de retenir qu'un tel suivi est exigible du point de vue de l'AI et que cet aspect du dossier n'a pas échappé au spécialiste du SMR (voir dos. AI 90/5 in initio). Par ailleurs, quand bien même la recourante rappelle que sa maladie est génétique et que son père en souffre également (voir dos. AI 65.2/14), elle ne peut cependant en tirer quoi que ce soit en sa faveur, dès lors que l'AI n'opère de toute manière aucune distinction en fonction du type de handicap (les infirmités congénitales ne sont du reste privilégiées que sous l'angle de la prise en charge des mesures médicales jusqu'à l'âge de 20 ans révolus; voir art. 13 al. 1 LAI). Il résulte de ce qui précède que les conclusions du SMR ne sont pas mises en doute par l'avis du rhumatologue traitant ou par celui d'un autre médecin consulté. Ces dernières sont au contraire cohérentes, convaincantes et exemptes de contradictions, si bien qu'il faut accorder une pleine valeur probante au rapport du SMR du 26 novembre 2020.

6.

Reste à déterminer le taux d'invalidité de la recourante.

6.1

6.1.1 En premier lieu, il sied de rappeler qu'après avoir déposé sa demande de prestations du 5 novembre 2017, la recourante a réitéré celle-

ci en remettant un formulaire similaire à l'intimé le 16 janvier 2020. Elle a expliqué s'être renseignée auprès de l'intimé afin de connaître l'état de son dossier et avoir compris que celui-ci avait été clôturé (voir la réplique du 23 juin 2021 et le courrier de la recourante à l'intimé du 16 janvier 2020). En l'occurrence, il ressort du "Protokoll per 28.04.2021" qu'au moment où la seconde demande a été déposée, le dossier n'avait plus été traité depuis le 23 mai 2019, date à laquelle il avait été fermé au sein du département de réinsertion professionnelle (p. 4 du "Protokoll per 28.04.2021"). De plus, seule une décision mettant fin à la réadaptation professionnelle avait été rendue le 17 juillet 2019 (dos. AI 44/1), aucune décision n'étant intervenue quant au droit à la rente (ce que l'assureur perte de gain en cas de maladie avait aussi remarqué, en affirmant qu'il allait attendre un tel prononcé; voir dos. AI 45/1). Partant, contrairement à ce que la recourante a compris, son dossier n'avait pas été clôturé mais était uniquement demeuré en suspens, de sorte que la "demande" du 16 janvier 2020 ne peut être assimilée à une nouvelle demande. L'intimé est d'ailleurs implicitement également parti de ce principe, puisqu'à réception de ce document, il a poursuivi l'instruction sans examiner la question d'une modification de l'état de santé depuis la demande de 2017.

6.1.2 Ceci dit, il faut ensuite constater qu'en tant que la demande de prestations de la recourante du 5 novembre 2017 a été remise à la poste le 29 novembre 2017 (dos. AI 17/9), un droit à la rente pourrait naître au plus tôt à partir du 1^{er} mai 2017 compte tenu du délai de carence de six mois prévu par l'art. 29 LAI (le dépôt postal constituant l'acte déterminant la date de l'exercice du droit aux prestations; UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 2020, art. 29 n. 37 ss). A cette date toutefois, la recourante n'avait pas présenté une incapacité de travail de 40% au moins durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI), puisque seule une incapacité de travail de 30% avait été attestée du 3 au 30 avril 2017 (voir dos. AI 65.3/21; voir également la demande de prestations dans laquelle la recourante invoque une incapacité de travail de 30% depuis le 3 avril 2017; dos. AI 17/4). Se pose donc la question de savoir à partir de quelle date l'intéressée satisfait à la condition de l'art. 28 al. 1 let. b LAI. A ce propos, il faut toutefois d'emblée signaler que les explications du SMR, dans son rapport du 12 mai 2021, ne peuvent être suivies. En effet, celui-ci a

concéder que la recourante avait présenté des incapacités de travail à des taux variables, mais a finalement conclu qu'il n'y avait pas eu d'incapacité de travail durable d'au moins 40% d'avril 2017 à juillet 2020. A ce propos, il a insisté sur le fait qu'une capacité de travail pleine et entière était présente dans une activité adaptée (hormis lors des épisodes d'exacerbation des douleurs de courtes durées, durant les opérations et quatre semaines après celles-ci). En procédant de la sorte, le SMR a perdu de vue que, par incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, on entend la perte ou la diminution du rendement fonctionnel dans la profession habituelle ou le champ d'activité habituel (SVR 2008 IV n° 11 c. 5.1) et non dans une activité adaptée (voir également la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], ch. 2011). Ceci dit, il faut aussi signaler qu'aux fins du calcul de l'incapacité de travail moyenne au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, on considère que le délai d'attente d'un an est réputé commencé dès que l'on constate une diminution notable de la capacité de travail, c'est-à-dire à compter d'une diminution de cette dernière de 20% (VSI 1998 p. 126 c. 3c). En l'espèce, une incapacité de travail a été attestée à 30% du 3 avril au 30 novembre 2017 par le spécialiste en rhumatologie de la recourante (dos. AI 65.3/16-21), avec cependant une période à 100% du 14 au 17 novembre 2017 (dos. AI 65.3/15). Le rhumatologue a ensuite à nouveau attesté une incapacité de travail à 30% depuis le 18 novembre 2017 (dos. AI 65.3/14), ainsi qu'à 50% dès le 25 avril 2018 (dos. AI 65.3/13, voir aussi dos. AI 65.2/3). Sur cette base, il est ainsi possible d'établir que la recourante a présenté au plus tôt une incapacité de travail de 40% en moyenne dès le 5 mai 2018 ($(192 \text{ jours} \times 30\% \text{ de capacité de travail} + 4 \text{ jours} \times 100\% + 169 \text{ jours} \times 50\%) / 365 \text{ jours}$); voir à propos de la méthode de calcul: TFA [Tribunal fédéral des assurances, ancienne dénomination des cours de droit social du TF] I 632/05 du 25 octobre 2006 c. 4.4; CIIAI, ch. 2017 ss). Reste néanmoins encore à examiner si la recourante présentait alors une invalidité d'au moins 40% à cette date (art. 28 al. 1 let. c LAI).

6.2 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 LPGGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant 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). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être prises en compte (ATF 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222).

6.3

6.3.1 Pour déterminer le revenu de personne valide, il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser selon un degré de vraisemblance prépondérante sans atteinte à la santé, en vertu de ses aptitudes professionnelles et des circonstances personnelles, au moment du début potentiel du droit à la rente. Il y a lieu en règle générale de prendre pour base le dernier salaire gagné par la personne assurée, en l'adaptant le cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires réels (ATF 145 V 141 c. 5.2.1, 134 V 322 c. 4.1).

6.3.2 Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne intéressée (ATF 143 V 295 c. 2.2). Lorsque, depuis la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'a plus exercé d'activité lucrative, ou du moins plus d'activité exigible adaptée à son état, l'évaluation du revenu d'invalidité peut se fonder, selon la jurisprudence, sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS; ATF 143 V 295 c. 2.2; SVR 2019 IV n° 28 c. 5.1.3). En cas de recours aux tables de l'ESS, il y a en principe toujours lieu de se référer aux données statistiques les plus récentes qui existaient au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 143 V 295 c. 2.3; TF 8C_64/2019 du 27 novembre 2019

c. 6.2.1). Comme les salaires bruts standardisés de l'ESS sont fondés sur un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures, ils doivent être réévalués en fonction de la durée de travail hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises (ATF 126 V 75 c. 3b/bb).

6.4

6.4.1 En l'espèce, l'intimé a à juste titre déterminé le revenu de valide de la recourante sur la base des données fournies par son employeur (dos. AI 62/6; voir c. 6.3.1). Il ressort de ces dernières que, sans invalidité et à un taux de 100%, la recourante aurait perçu un revenu annuel de Fr. 48'000.- en 2018 (année de naissance du droit à la rente, comme évoqué ci-avant, voir c. 6.1), si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. A ce propos, on peut relever que dans la mesure où l'intéressée perçoit un revenu de Fr. 48'000.- depuis 2015 (dos. AI 62/5), il est sans importance, à ce stade, que l'intimé ait pris en compte le revenu de 2019.

6.4.2 Quant au revenu d'invalidé, qui doit être calculé pour la même période (ATF 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222), à savoir 2018 (et non 2019, comme retenu dans la décision attaquée), l'intimé a considéré à bon droit qu'il devait être calculé sur la base des chiffres de l'ESS, l'emploi exercé par la recourante n'étant pas adapté (voir c. 5.5 et 6.3.2). Selon ceux-ci, la recourante pourrait réaliser un revenu annuel de Fr. 52'452.- (ESS 2018, 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. 4'371.- x 12). Adapté à la durée normale de travail en entreprise (voir c. 6.3.2; 41,7 heures en 2018), ce montant passe à Fr. 54'681.20. L'année 2018 étant l'année déterminante (voir c. 6.1.2), l'indexation de ce montant à 2019, opérée par l'intimé, n'a pas lieu d'être. Il convient en revanche de tenir compte de la réduction de rendement de 20% (voir c. 5.5), étant précisé que même si le SMR a indiqué que le profil d'exigibilité était valable dès juillet 2020, ce service a uniquement repris cette date de la question de l'intimé, qui y renvoyait en prenant faussement en compte un délai de six mois [art. 29 al. 1 LAI] depuis la demande de prestations du 16 janvier 2020, alors qu'aucun fait médical ne justifiait d'arrêter la validité du profil d'exigibilité à juillet 2020. Le SMR a du reste

expressément relevé qu'il s'était fondé sur l'ensemble des attestations d'incapacité de travail (dos. AI 90/6). Par conséquent, la somme retenue doit être réduite à Fr. 43'744.95. En outre, comme l'a fait l'intimé, il convient encore de procéder à un parallélisme de ce revenu (ATF 141 V 1 c. 5.4, 135 V 58 c. 3.1; SVR 2018 UV n° 33 c. 2.2.3), puisque celui sans invalidité, de Fr. 48'000.-, est nettement inférieur au revenu moyen selon la table ESS correspondante, adapté à la durée du travail statistique usuelle dans les entreprises (ATF 141 V 1 c. 5.6 s.), soit Fr. 55'489.50 (pour la branche "commerce de détail", le salaire mensuel pour les femmes est de Fr. 4'425.- et le temps de travail de 41.8 heures par semaine). Il en découle en effet une différence de 13,5%. Le parallélisme devant seulement porter sur la part qui excède le taux minimal déterminant de 5% (à partir duquel la jurisprudence considère que le revenu est nettement inférieur à la moyenne; ATF 135 V 297 c. 6.1.2 s.), une réduction de 8,5% est donc à opérer (et non de 11%, comme retenu par l'intimé), ce qui porte le revenu d'invalidé à Fr. 40'026.60. Enfin, compte tenu de l'abattement de 5% appliqué par l'intimé en raison du fait que les domaines d'activité possibles sont réduits à cause de l'atteinte à la santé (pourcentage qui n'est ni critiqué, ni critiquable, dès lors qu'aucun autre critère que celui retenu par l'intimé n'entre en ligne de compte pour un tel abattement, voir ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2018 IV n° 46 c. 3.3), le montant doit être en définitive fixé à Fr. 38'025.30.

6.4.3 Ainsi, en comparant le revenu de valide de Fr. 48'000.- à celui d'invalidé de Fr. 38'025.30, il en résulte un taux d'invalidité de 21% (20,78% arrondis; ATF 130 V 121 c. 3.2 s.; SVR 2019 IV n° 61 c. 7.1), insuffisant pour ouvrir un droit à une rente.

7.

7.1 En conclusion, c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité. Le recours est par conséquent rejeté.

7.2 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA et selon l'art. 69 al. 1^{bis} 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 et qui n'est pas représentée en procédure, doit ainsi supporter les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, et ne peut prétendre à des dépens (art. 69 al. 1^{bis} 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):
 - à la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué (A):
 - à Pax, Société d'assurance sur la vie SA, Aeschenplatz 13, 4002 Bâle.

Le président:

Le greffier:

Voie de recours

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