

200.2023.863/864.AI

N° AVS
ANP/EGC

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

Jugement du 20 juin 2025

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président
G. Zürcher et A.-F. Boillat, juges
P. Annen-Etique, greffière

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

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

relatif à deux décisions de ce dernier du 3 novembre 2023



En fait:

A.

A. _____, née en 1964, mariée et maman de deux fils adultes, dispose d'une formation d'assistante médicale. Son parcours professionnel s'est orienté vers un emploi dans le contrôle qualité conservé pendant 25 ans dans le domaine de la micromécanique dentaire, puis vers des tâches diagnostiques d'opératrice en horlogerie exercées dès juin 2015 à 100%. L'assurée a en outre été rémunérée à partir de septembre 2007 pour des travaux de nettoyage. En raison d'une incapacité de travail induite par des problématiques cervicales, elle a été indemnisée du 5 octobre 2020 au 16 octobre 2022 par l'assureur perte de gain en cas de maladie de son employeur principal, avant de perdre cet emploi à fin novembre 2022 et de s'annoncer à l'assurance-chômage. Dans l'intervalle, elle a déposé à fin mars 2021 une demande auprès de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente.

B.

Saisi de cette demande de prestations, l'Office AI Berne a accordé dès avril 2021 des mesures d'intervention précoce, à savoir de maintien au poste de travail. Le 6 mai 2022, il a préavisé un refus de mesures professionnelles. Cet office s'est ensuite notamment enquis de la situation médicale auprès d'un cabinet de médecine générale et de spécialistes traitants, qui l'ont renseigné sur une discectomie de C5 à Th1 pratiquée le 17 juin 2021. Il a en outre obtenu copie du dossier de l'assureur perte de gain. L'Office AI a enfin ordonné une expertise bi-disciplinaire (rhumatologique/psychiatrique), établie le 15 mai 2023. Par préavis du 8 juin 2023, il a informé l'intéressée qu'il envisageait de lui accorder une rente d'invalidité entière du 1^{er} octobre 2021 au 30 avril 2022, puis un quart de rente dès le 1^{er} mai 2022. Les 16 août et 12 septembre 2023, l'assurée, par l'entremise d'un avocat, a formulé des observations à l'encontre de ce préavis en produisant un rapport du 28 août 2023 d'un neurochirurgien traitant. Déjà consulté antérieurement par l'Office AI auquel il avait recommandé la mise en œuvre

d'une expertise bi-disciplinaire telle celle réalisée en 2023, le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) s'est prononcé le 13 septembre 2023 sur les griefs de l'intéressée. Par deux décisions prononcées le 3 novembre 2023 (la première relative à la période du 1^{er} octobre 2021 au 30 avril 2022, la seconde à celles du 1^{er} mai au 31 décembre 2022, puis dès le 1^{er} janvier 2023), cet office a statué dans le sens annoncé dans son préavis.

C.

Par deux recours distincts du 5 décembre 2023 dirigés contre l'une ou l'autre décision du 3 novembre 2023, l'assurée, par son mandataire, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Elle a conclu préliminairement à la jonction des procédures de recours, principalement à la réforme des décisions contestées dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité continue depuis octobre 2021 et, subsidiairement, à l'annulation de ces décisions avec renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, le tout sous suite de frais et dépens. Outre l'édition du dossier, la recourante a requis la tenue d'une audience publique de plaidoirie. Le 7 décembre 2023, le juge instructeur a ordonné la jonction des procédures. Dans sa réponse du 16 janvier 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. Les parties ont répliqué et dupliqué les 22 mars et 2 avril 2024 en maintenant leurs conclusions respectives. Par décision incidente du 30 avril 2024 et après avoir entendu l'intimé, le juge instructeur a rejeté une requête du 9 avril 2024 de l'assurée tendant à la suspension de la procédure. La recourante a encore déposé le 13 septembre 2024 une expertise neurologique privée du 10 septembre 2024, à la suite de laquelle l'intimé a confirmé ses conclusions le 28 octobre 2024, en s'appuyant sur une prise de position du SMR du 21 octobre 2024. Les parties ont à nouveau maintenu leurs conclusions les 11 et 18 novembre 2024. Après avoir préalablement confirmé sa requête y relative, le 17 mai 2024, l'assurée a finalement renoncé à la tenue d'une audience de plaidoirie, ce qu'elle a fait savoir le 13 décembre 2024.

En droit:

1.

1.1 Les deux décisions du 3 novembre 2023 représentent l'objet de la contestation. Elles ressortissent au droit des assurances sociales et prononcent l'octroi d'une rente entière du 1^{er} octobre 2021 au 30 avril 2022 et d'un quart de rente à compter du 1^{er} mai 2022. L'objet du litige porte sur la réforme ou l'annulation de ces décisions, principalement sur le maintien de la rente entière au-delà du 30 avril 2022 et, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

1.2 Interjetés en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et dûment représentée, les recours sont recevables (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, 32 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 les décisions contestées et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 La modification du 19 juin 2020 de la LAI (Développement continu de l'AI, RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou à l'époque de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 146 V 364 c. 7.1, 144 V 210 c. 4.3.1). En l'occurrence, si les décisions entreprises sont certes postérieures au 1^{er} janvier 2022, le droit potentiel à la rente est antérieur à cette date (voir c. 6.2), si bien qu'il doit être examiné d'après les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (voir parmi d'autres JTA AI/2022/154 du 13 décembre 2022 c. 2.1).

2.2 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). 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 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 LPGGA).

2.3 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGGA, et en particulier 7 al. 2 LPGGA, 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 toutefois pas pour admettre que celle-ci a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, compte tenu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel (ATF 142 V 106

c. 4.4). Les experts médicaux doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

2.4 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'ancien art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, RO 2007 5129), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.5 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; TF 9C_540/2020 du 18 février 2021 c. 2.3, in SVR 2021 IV n° 54).

3.

3.1 Dans ses décisions, l'intimé a admis que la capacité de travail de l'assurée était nulle jusqu'en janvier 2022. Il a donc reconnu le droit à une

rente entière d'invalidité après un an d'incapacité de travail, à savoir dès octobre 2021. En revanche, l'intimé a retenu que dès février 2022, une activité adaptée à l'état de santé de l'intéressée était exigible à 100%. Ainsi, en comparant le revenu que celle-ci aurait perçu sans atteinte à la santé avec celui d'invalidité, établi sur une base statistique, il a arrêté le taux d'invalidité à 42% et réduit la prestation allouée à un quart de rente après trois mois d'amélioration de l'état de santé, soit dès mai 2022. Dans ses prises de position, l'intimé a ajouté qu'il se ralliait à l'expertise du 15 mai 2023, qu'il estimait probante. Concernant l'aspect neurologique que la recourante lui reprochait de ne pas avoir instruit, il a nié toute violation des règles procédurales lors de l'attribution du mandat d'expertise et relevé que le SMR avait exclu toute péjoration en lien avec les éléments soulevés par le neurochirurgien traitant dans son rapport du 28 août 2023. En se référant à l'avis du 13 septembre 2023 de ce service médical, l'intimé a considéré qu'une arthrose facettaire active en C2/C3, révélée par imagerie à fin mai 2023, n'avait pas d'influence sur les exigences définies lors de l'expertise. Partant, il a retenu que le volet rhumatologique de l'expertise était toujours d'actualité et qu'une évaluation neurologique était inutile. En possession de l'expertise neurologique privée du 10 septembre 2024, discutée le 21 octobre 2024 par le SMR, l'intimé a en outre retenu le 28 octobre 2024 qu'il ne résultait de celle-ci aucun diagnostic propre à influencer le profil d'exigibilité défini dans l'expertise bi-disciplinaire.

3.2 A l'appui de ses recours du 5 décembre 2023 et de ses prises de position subséquentes, l'assurée conteste pour sa part la valeur probante de l'expertise bi-disciplinaire, en faisant d'abord grief à l'intimé d'avoir violé les règles procédurales en ne lui offrant prétendument pas la possibilité de faire valoir des motifs de récusation à l'encontre des experts et de leur soumettre ses propres questions. Sous l'angle matériel, elle s'en prend en particulier au volet rhumatologique de l'expertise en invoquant "le peu d'objectivité et le manque de partialité" dont aurait fait preuve l'expert qui "[se serait] particulièrement employé à [l']examiner sous l'angle d'une simulatrice qui jouerait la comédie" et qui n'aurait pas justifié ses conclusions divergentes par rapport à celles du spécialiste qui la suit. La recourante critique également les appréciations du SMR qui écartent tant le dernier rapport établi à fin août 2023 par ce spécialiste traitant que

l'expertise neurologique rédigée en septembre 2024. Elle avance que les conclusions (de septembre 2023) du SMR n'émanent pas d'un neurologue, ni ne reposent sur des observations étayées par un examen clinique. Sur la base de l'expertise privée qu'elle a elle-même diligentée et dont elle réclame que les coûts soient en définitive imputés à l'intimé, l'assurée se prévaut d'une capacité de travail résiduelle de 20 à 30% dans un emploi adapté, avec un rendement réduit d'un tiers.

4.

4.1 En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie la légalité de la décision attaquée d'après l'état de fait existant au moment où celle-ci a été rendue, à moins que les nouveaux rapports médicaux invoqués soient de nature à influencer sur l'appréciation au moment où la décision attaquée a été prononcée (ATF 148 V 21 c. 5.3 et les références; SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Au présent cas, l'expertise neurologique du 10 septembre 2024 est certes postérieure aux décisions litigieuses du 3 novembre 2023. Pour autant qu'elle permette certaines déductions quant à la situation qui prévalait avant ces prononcés, il y aura néanmoins lieu d'en tenir compte dans l'appréciation des preuves (voir c. 4.3.2 et c. 5.4). La même conclusion s'impose en ce qui concerne le rapport du SMR du 21 octobre 2024, produit à l'appui de la détermination de l'intimé du 28 octobre 2024.

4.2 Les principaux éléments ci-après permettent de retracer le suivi médical et thérapeutique de l'assurée.

4.2.1 En raison de douleurs cervicales associées à des troubles du sommeil, des migraines, des vertiges et des problèmes de vue, la recourante s'est vu attester une incapacité de travail à 100% du 5 octobre au 9 décembre 2020 par un cabinet de médecine générale, puis encore courant mars 2021 (dossier [dos.] AI 40.4/1-5; 40.4/7; 40.4/9; 40.4/16; 40.4/40; 40.4/44).

4.2.2 Un service neurologique hospitalier consulté le 17 novembre 2020 pour des problèmes de sommeil remontant à février 2020 a diagnostiqué

une insomnie psychopathologique avec suspicion d'un trouble de l'adaptation, de même qu'un syndrome cervico-brachial d'origine inexpliquée (diagnostic différentiel jadis posé d'un poste de travail non ergonomique). Une thérapie cognitivo-comportementale a été conseillée, à l'instar d'un traitement médicamenteux à lui associer cas échéant. Il a été précisé que la capacité de travail n'était toutefois pas réduite par l'insomnie (dos. AI 40.4/20; voir aussi dos. AI 40.4/8 et 40.4/24).

4.2.3 Des IRM réalisées en novembre 2020 et janvier 2021 ont mis au jour une sténose foraminale en C6/C7 et C7/Th1, à l'instar de modifications dégénératives en C4/C5, C5/C6, C6/C7 et C7/Th1. Sur ces bases, un premier neurochirurgien consulté dès décembre 2020 jusqu'à mars 2021 a diagnostiqué une hernie discale en C6/C7, dans un contexte de cervico-brachialgie prédominante à droite et associée à une sténose foraminale de C6 à Th1 (dos. AI 40.4/32 ss). Une thérapie de la douleur (infiltration foraminale de C6 à Th1 et blocage des facettes C5 à C7) et des séances de physiothérapie n'ont pas eu le succès escompté, si bien que plusieurs options chirurgicales ont été évoquées par ce spécialiste qui a attesté une incapacité de travail à 100% du 4 décembre au 28 février 2021, à 50% du 1^{er} au 9 mars 2021, puis à 100% du 10 mars au 31 mai 2021 (dos. AI 40.4/17; 40.4/27; 40.4/29; 40.4/32; 40.4/45 s.).

4.2.4 Vers mi-février 2021, un médecin orthopédiste consulté en vue d'un second avis a diagnostiqué une sténose foraminale en C6/Ct et C7/Th1 à droite, ainsi qu'un syndrome dépressif associé à un trouble du sommeil. Sur la base des données radiologiques disponibles (voir c. 4.2.3) et de son examen clinique, il a estimé que la patiente se trouvait à un stade approprié pour obtenir de bons résultats thérapeutiques (dos. AI 40.4/41 ss).

4.2.5 Du fait d'un syndrome irritatif chronicisé en C7 à droite, l'assurée a subi le 17 juin 2021 une discectomie ventrale de C5 à Th1 (dos. AI 40.4/49; voir aussi dos. AI 27/3). Le neurochirurgien l'ayant opérée a attesté une incapacité de travail à 100% du 3 juin au 31 janvier 2022, puis à 70% dès le 1^{er} février 2022 (dos. AI 38/2 s.; 38/4; 40.4/63; 40.4/68; 47/3; 71/5 ss). D'après lui, l'évolution post-opératoire avait d'abord été régulière avec un recul lent des plaintes expliqué par l'intervention tri-étagée subie, puis avait été influencée par un syndrome irritatif croissant en C6 et en C8 à droite,

surajouté à celui chronicisé du même côté en C7 (dos. AI 38/2 ss; 40.4/61 s.). Dès fin mai 2022 et jusqu'à fin août 2023, il n'a toutefois évoqué un tel syndrome irritatif qu'au niveau de la racine C7 (dos. AI 43/2; 56/2; 92/1; 98/1; 112/1). A la même époque (fin mai 2022), il a en outre estimé qu'eu égard à l'épuisement et aux douleurs intenses ressenties par sa patiente après une journée de travail, une réduction à 20% du pensum hebdomadaire s'imposait sans délai pour maintenir la capacité de travail dans l'activité usuelle. A l'appui de son rapport y relatif, ce spécialiste mentionnait un scanner cervical du 23 mai 2022, dont il ressortait une discrète spondylarthrose active en C4/C5 (dos. AI 43/2 s.). A fin octobre 2022, il a souligné les retombées positives d'un traitement d'ostéopathie et d'exercices d'étirement instauré chez sa patiente, niant au surplus la nécessité d'investigations neurologiques à défaut de tout déficit manifeste sur ce plan médical (dos. AI 56/1 s.). Le même spécialiste a nouvellement fait état à fin mars 2023 d'une arthrose facettaire active en C2/C3 à droite, que des infiltrations n'avaient pas permis d'améliorer durablement (dos. AI 92/1; 98/1). Hormis cette problématique, une IRM et des radiographies cervicales également réalisées à fin mars 2023 ont révélé une arthrose facettaire et une sténose neuro-foraminale prononcée en C4/C5 à gauche, avec compression de la racine C5 gauche (dos. AI 104.6/5). A fin mai 2023, un scanner cervical a confirmé la présence d'une spondylarthrose en C2/C3, jugée alors prononcée (dos. AI 119/3). Le 3 juillet 2023, le neurochirurgien traitant a attesté une capacité de travail d'au maximum 30% dans un emploi excluant les mouvements répétés au niveau de la colonne cervicale et les inclinaisons de la tête (dos. AI 112/1). Dans son rapport du 28 août 2023 diagnostiquant un syndrome irritatif à droite de C6 à C8, prédominant en C7, il a considéré la spondylarthrose présente en C2/C3 comme facteur de douleur supplémentaire. Il s'est montré réservé quant à une opération en raison de l'état douloureux chronicisé. A son sens, on ne pouvait admettre une simulation chez cette patiente volontaire et appliquée qui, après des années d'une mauvaise posture conditionnée par le travail et des signes d'usure, avait atteint un état final d'épuisement justifiant une rente complète (dos. AI 119/3 s.).

4.2.6 A fin juillet 2021, la recourante a consulté un service rhumatologique hospitalier en raison d'une possible ostéoporose post-

ménopausique. A l'issue d'une ostéodensitométrie réalisée en septembre 2021 (dos. AI 84/3), il a été retenu à mi-octobre 2021 le diagnostic principal d'ostéopénie et, secondaire, d'une insomnie psychophysiologique avec suspicion d'un trouble de l'adaptation (dos. AI 38/5 s.; 84/6 ss).

4.2.7 Un médecin-conseil de l'assureur perte de gain, spécialisé en médecine interne, a considéré à mi-août 2021 que l'incapacité de travail entière attestée par les médecins traitants était justifiée et que des incertitudes subsistaient quant à l'évolution médicale (dos. AI 40.3/1 ss).

4.3 Des expertises, respectivement bi-disciplinaire et neurologique, ont par ailleurs été organisées à l'instigation de l'intimé et de la recourante.

4.3.1 Dans leur évaluation consensuelle du 15 mai 2023, les experts ont retenu à titre de diagnostics dit pertinents un status post chirurgie cervicale stabilisé et des discopathies cervicales étagées stables, en excluant tout trouble fonctionnel d'origine psychiatrique. Ils ont estimé que les problématiques physiques généraient une incapacité de travail totale depuis octobre 2020 dans l'activité usuelle, mais qu'elles laissaient subsister des aptitudes de travail à temps plein dès février 2022 (six à huit mois après l'opération subie) dans des activités évitant la surcharge du rachis cervical à l'instar des mouvements en flexion, en rotation, en latéroflexion et en position penchée vers l'avant, le port répété de charges de plus de 5 kg, ainsi qu'offrant d'alterner les postures assis et debout. Un travail de renforcement musculaire avec des auto-exercices au niveau cervical était propre, selon les experts, à améliorer les douleurs cervicales au bout de six mois (dos. AI 104.2/13 ss).

4.3.2 A l'appui de son expertise du 10 septembre 2024 fondée sur un examen clinique, un bilan en ergothérapie et un examen électromyographique, l'expert neurologue a diagnostiqué un syndrome douloureux chronique au plan cervical sur des anomalies statiques sévères combinant un status séquellaire après fixation de C5 à Th1 (tableau clinique prédominant en C7), de même qu'une atteinte arthrosique et inflammatoire surajoutée au niveau C2/C3. Il a relevé que le bilan ergothérapeutique prédécrit réalisé dans des conditions "live" avait permis de mettre en évidence des limitations liées à la douleur entravant le port de

charges, les déplacements en terrain surtout instable, l'endurance dans les activités motrices impliquant le membre supérieur droit, une difficulté à maintenir les positions assis et debout prolongées, ainsi qu'une surutilisation du membre supérieur gauche. D'après l'expert qui a indiqué s'inscrire dans la continuité des conclusions du neurochirurgien traitant, la capacité de travail était "absolument nulle" en tant qu'horlogère, mais préservée à hauteur de 20 à 30% dans des activités alternant les postures et excluant le port de charges. Il a en outre précisé que ce pensum de travail était grevé d'une perte de rendement d'un tiers au moins, elle-même motivée par le ralentissement dans les activités et la nécessité d'interrompre fréquemment le travail (dos. recourante [rec.] 6/1 ss).

4.4 Le SMR s'est également prononcé sur le cas de la recourante.

4.4.1 Courant août 2022, un médecin généraliste du SMR a fait état d'une cervico-brachialgie en C7/C8 avec sténose foraminale en C6/C7 et en C7/Th1 avec suspicion de neuro-compression après un status post discectomie de C5 à Th1 en juin 2021, ainsi que d'une insomnie psychophysiologique avec suspicion d'un trouble de l'adaptation. Sur ces bases, il a attesté de la subsistance d'une capacité de travail dans des activités légères excluant les postures contraignantes de la colonne cervicale, les mouvements stéréotypés au niveau de celle-ci ou de la tête, la rotation sous contrainte de charges en position assis/debout, le soulèvement de charges loin du corps et au-dessus de la poitrine, les travaux au-dessus de la tête, les accroupissements répétés, les postures ou activités impliquant de se pencher vers l'avant, les travaux sollicitant les bras au-dessus de l'abdomen et le fait de monter sur des échelles ou des échafaudages. Ce médecin généraliste a en outre jugé exceptionnellement possibles le port et le soulèvement de charges de 10 à 15 kg, à condition que cela ne se fasse pas de manière répétitive ni au-dessus de l'abdomen. D'après lui, la capacité de travail était en amélioration constante, mais ne pouvait être évaluée en l'état, seule la perte de rendement l'étant à hauteur de 20% en raison d'un besoin accru de pauses pour décharger la colonne cervicale (dos. AI 47/5 ss).

4.4.2 A fin novembre 2022, le SMR, par le même médecin généraliste, a recommandé la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire en

rhumatologie et psychiatrie, mandat expertal confirmé par un responsable d'équipe du SMR, lui-même psychiatre (dos. AI 59/1 s.; 61/2 s.).

4.4.3 Dans un rapport du 13 septembre 2023, le SMR, par le médecin généraliste précité, s'est exprimé sur le rapport établi le 28 août 2023 par le neurochirurgien traitant. S'appuyant sur les investigations rhumatologiques menées lors de l'expertise bi-disciplinaire, il a estimé que les modifications dégénératives nouvelles rapportées par ce spécialiste n'étaient pas corrélées à des restrictions fonctionnelles. Cela étant, le SMR a exclu toute péjoration à raison de ces plaintes nouvelles et a entériné le profil d'exigibilité défini lors de l'évaluation bi-disciplinaire (dos. AI 121/3 s.).

4.4.4 Le 21 octobre 2024, le SMR s'est encore prononcé, par une médecin neurologue, sur l'expertise neurologique établie le 10 septembre 2024. En l'absence d'une lésion radiculaire ainsi que d'un diagnostic neurologique susceptibles d'entraîner des répercussions sur la capacité de travail, il a estimé que cette expertise n'était pas propre à remettre en cause les conclusions expertales de 2023.

5.

Se pose la question de la valeur probante de l'expertise bi-disciplinaire du 15 mai 2023, sur laquelle reposent les décisions attaquées.

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

5.2.1 Sous l'angle formel, on rappellera d'emblée que les qualifications des experts en rhumatologie et psychiatrie ne sauraient être critiquées. Après avoir rappelé le contexte de leur mandat, à savoir celui d'une première demande de prestations d'invalidité, ces spécialistes ont livré une synthèse circonstanciée des pièces médicales et asséurologiques au dossier que l'intimé avait préalablement fait traduire à leur attention. Leur évaluation interdisciplinaire ou consensuelle traite ensuite, sous l'angle de chacune de leur spécialité, de l'évolution de la maladie, de l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, des diagnostics pertinents avec une brève description des limitations fonctionnelles résultant de leurs constatations, de l'évaluation des facteurs pesants et des ressources, ainsi que de la capacité de travail globale, respectivement de celle offerte dans la dernière activité exercée et dans une activité cas échéant mieux adaptée aux restrictions encourues. En fin de discussion interdisciplinaire sont abordées les mesures médicales et les thérapies ayant une incidence sur les aptitudes de travail, à l'instar des questions soumises par l'intimé. Dans les appréciations émergeant à leurs spécialités, les experts ont ensuite dressé l'anamnèse médicale à partir de données spontanées de l'assurée, puis ont affiné cette anamnèse par un questionnement de l'expertisée axé sur plusieurs thématiques. Ce chapitre a été complété par des anamnèses systématiques (somatique et psychiatrique), familiales et héréditaires, ainsi que sociales. Les examens en rhumatologie et psychiatrie, qui se sont déroulés le 25 avril 2023, s'articulent par ailleurs autour de paramètres précis. Les résultats de ces observations ont été ainsi arrêtés en pleine connaissance du dossier et sous-tendent tant l'évaluation diagnostique que l'appréciation médico-théorique de la capacité de travail livrées à leur issue. Sous l'angle de cette dernière appréciation, les conclusions des experts apparaissent étayées et ne laissent pas soupçonner de lacunes lors de leur genèse. Bien plus, l'évaluation consensuelle qui referme leurs investigations en unifie les tenants dans une appréciation intégrative de l'évolution personnelle, professionnelle et médicale du cas, de la consistance et de la réalité des plaintes, ainsi que des facteurs de contrainte et du potentiel de compensation susceptibles de restreindre ou d'amender la capacité de travail. En l'absence d'une atteinte psychiatrique,

on peut à cet égard faire fi d'un examen circonstancié des indicateurs (voir c. 2.3) et du point de savoir si le rapport d'expertise les expose à suffisance (voir ATF 145 V 215 c. 7 et la référence; TF 8C_62/2020 du 22 septembre 2020 c. 4.3; voir également c. 5.5).

5.2.2 On relèvera ensuite que le grief de partialité formulé à l'encontre de l'expert rhumatologue, en tant que cet expert a consigné dans son rapport nombre d'éléments ressortissant à son observation clinique ou aux habitudes de vie consignées dans le cadre de l'anamnèse (assurée en mesure d'accomplir de nombreuses activités quotidiennes, de rester assise sans demander à changer de posture lors de l'entretien expertal ayant duré plus d'une demi-heure et de faire un trajet d'un peu moins de deux heures en voiture pour se rendre sur le lieu de l'expertise), s'avère infondé. Il rentrait en effet bien dans les attributions de cet expert d'énumérer chacune des constatations qui lui apparaissait pertinente au cours de son exploration clinique. Son confrère psychiatre en a du reste fait de même lors de son entretien en excluant pour sa part toute incohérence ou inconsistance en lien avec les plaintes invoquées, sans que la recourante ne lui fasse grief de ce constat nécessairement conditionné, lui aussi, par des éléments tirés de l'anamnèse ou par l'observation clinique inhérente au mandat d'expertise.

5.2.3 Enfin, c'est en vain que la recourante se prévaut du fait qu'elle n'a pas eu la possibilité de soulever des motifs de récusation à l'encontre des experts, ni de leur soumettre ses propres questions. Il ressort en effet du dossier qu'elle n'a d'abord pas réagi au courrier du 28 novembre 2022 de l'intimé qui l'informait de la nécessité d'une expertise bi-disciplinaire et des questions prévues à cet effet pour les experts (avec la mention expresse à l'appui de ce courrier: "[s]ans retour de votre part, nous partons du principe que vous ne souhaitez poser aucune question supplémentaire. Nous attribuerons donc le mandat selon notre proposition."; dos. AI 63/1 s.). L'assurée n'a ensuite pas davantage donné suite au courrier subséquent de l'intimé du 15 février 2023, par lequel celui-ci l'informait du fait que l'expertise bi-disciplinaire avait été confiée dans l'intervalle à un centre d'expertises et citait nommément les experts rhumatologue et psychiatre désignés dans le cadre de ce mandat. Or, il était fait mention à l'appui de

ce courrier du fait que: "[l]es motifs de récusation d'un ou de plusieurs des experts mentionnés peuvent être déposés par écrit auprès de l'office AI dans un délai de 10 jours. Sans retour de votre part, nous supposons que vous approuvez le choix des expert-e-s mentionnés et que vous ne souhaitez pas poser des questions supplémentaires. Nous attribuerons donc le mandat selon notre proposition" (dos. AI 82/1 s.). Les griefs d'ordre procédural soulevés pour la première fois dans sa réplique à l'encontre de ce mandat d'expertise sont dès lors en tous les cas tardifs (voir ATF 139 V 349 c. 5.2 in fine, 138 V 271 c. 1.1). Cela étant, le choix par l'intimé des disciplines médicales de l'expertise ne saurait être considéré à ce stade comme incomplet, au motif qu'il ne comprenait pas la discipline de la neurologie (voir aussi ATF 139 V 349 c. 3.3). C'est bien plutôt dans le cadre de l'examen matériel du cas qu'il conviendra d'examiner si l'évaluation bi-disciplinaire, telle qu'ordonnée, s'avère convaincante et probante malgré l'absence d'investigations d'ordre neurologique.

5.2.4 En conclusion et quant à sa forme, l'expertise prédécrite répond ainsi aux exigences posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (voir c. 5.1).

5.3 Du point de vue de son contenu, rien ne justifie non plus de s'écarter de l'expertise bi-disciplinaire du 15 mai 2023.

5.3.1 Pour ce qui concerne d'abord l'aspect rhumatologique, l'état de santé de la recourante a été appréhendé de manière approfondie au moyen des investigations correspondantes réalisées le 25 avril 2023. L'expert désigné pour cette spécialité a d'emblée rapporté que l'expertisée s'était plainte dès octobre 2020 d'une cervico-brachialgie sévère du côté droit s'étant installée de manière brutale, que ces plaintes avaient été à l'origine d'un arrêt de travail complet régulièrement reconduit et qu'elles persistaient dans le territoire C7/C8 en dépit de la chirurgie pratiquée en juin 2021 de C6 à Th1. Il a au surplus fait mention d'une arthrose facettaire active en C2/C3 résistante aux injections et associée à des troubles neuropathiques résiduels dans la zone de la racine C8 (dos. AI 104.3/1 s.). Le status rachidien dressé par cet expert a quant à lui révélé des aspects normaux aux plans dorsal et lombaire, ainsi qu'un status post chirurgie stable au niveau cervical, sans aucun signe neurologique déficitaire ou en

faveur d'une névralgie cervico-brachiale (dos. AI 104.3/5 ss). A l'issue de son exploration, l'expert a conclu que "l'examen rhumatologique dans son ensemble est strictement normal", à l'instar de l'examen neurologique succinct auquel il s'est livré (dos. AI 104.3/8). Les diagnostics de status post chirurgie cervicale stabilisé et de discopathies cervicales étagées stables auxquels a conclu l'expert est en accord dès lors avec les substrats objectivés et s'inscrit dans la continuité des constatations du neurochirurgien traitant, qui évoquait vers la même époque une arthrose facettaire en C2/C3 en sus d'un syndrome irritatif au niveau de la racine C7 (voir c. 4.2.5; voir également c. 5.4). A la suite de ce spécialiste traitant qui niait à fin octobre 2022 déjà la nécessité d'investigations neurologiques (voir c. 4.2.5), on relèvera par ailleurs que l'absence prédécrite à l'examen rhumatologique de tout indice clinique en faveur d'une atteinte neurologique rendait superflue une expertise sur ce plan médical. Il ne prête ensuite pas à discussion à teneur des conclusions de l'expert rhumatologue que l'activité usuelle exercée dans l'horlogerie n'était plus exigible depuis octobre 2020 (dos. AI 104.2/15). Quant au profil d'exigibilité défini par cet expert, d'après lequel une capacité de travail entière demeure offerte depuis février 2022 dans un emploi profilé pour les limitations cervicales encourues, il ne prête pas non plus le flanc à la critique. En effet, ce profil trouve sa pleine justification dans le status rachidien déjà évoqué qui s'est pour l'essentiel révélé sans particularité et qui ne permet ainsi pas de valider les graves répercussions fonctionnelles dont le spécialiste traitant assortissait à la même époque son évaluation diagnostique. Le profil d'exigibilité en question s'avère qui plus est similaire à celui évoqué en août 2022 par le SMR (voir c. 4.4.1). Le recouvrement d'une capacité de travail entière dans un emploi adapté, tel qu'arrêté en février 2022 par l'expert, apparaît en outre cohérent vu le laps de temps de sept mois et demi qui s'était écoulé à ce moment-là depuis la discectomie pratiquée le 17 juin 2021. A la même époque, soit dès février 2022, le neurochirurgien traitant reconnaissait du reste également la récupération d'une capacité de travail résiduelle, certes limitée à 30% (puis revue à 20%, respectivement à 20-30%), mais attestée dans l'emploi usuel mal adapté aux plaintes cervicales (voir c. 4.2.5).

5.3.2 N'en contredise l'assurée, plusieurs éléments d'incohérence matérialisés au dossier viennent ensuite renforcer l'appréciation médico-théorique de la capacité de travail livrée par l'expert rhumatologue. Tel est tout d'abord le cas s'agissant des habitudes de vie de l'expertisée restituées dans le cadre de l'anamnèse familiale/héréditaire, en particulier rangement, la vaisselle et la confection des repas (midi et soir), ainsi que de s'adonner à de nombreuses activités de loisir (faire des promenades, rencontrer des amis, regarder la télévision, écouter des livres audios, dessiner, peindre, faire de la pâtisserie, etc.; dos. AI 104.3/4; 104.4/6). Ces occupations journalières n'apparaissent guère compatibles en effet avec l'épuisement des ressources physiques décrit par le neurochirurgien traitant comme étant tel qu'il ne permettrait qu'un pensum de travail d'au maximum 20 à 30% – étant précisé que la rente entière ("volle Berentung") à laquelle conclut ce médecin dans son rapport du 28 août 2023 et qui suppose une invalidité d'au moins 70% ne serait pas incompatible avec ces exigences (voir c. 2.4 et c. 4.2.5). En contradiction avec les importantes contraintes attestées par son spécialiste traitant, l'assurée a qui plus est rapporté à l'expert rhumatologue qu'elle parvenait à gérer sa maladie au quotidien ("c'est très contrariant, mais j'ai appris à prévenir les crises en adaptant les gestes"; dos. AI 104.3/2) et s'est par ailleurs dite prête, respectivement motivée avec l'aide de l'AI, à travailler à un poste adapté (dans le milieu scolaire, p. ex.; dos. AI 104.3/2; 104.3/5; 104.4/5). A cela s'ajoute, selon l'expert, qu'elle a été en mesure de voyager en avion en Espagne (où résident ses parents) dans le courant 2022 et d'y séjourner pendant trois semaines (même si le séjour a été décrit par l'expertisée comme ayant été impacté par les phénomènes algiques) et de supporter un trajet de 1h45 pour se rendre sur le lieu de l'expertise (dos. AI 104.2/12; 104.3/2; 104.3/4; 104.3/10; 104.4/6). En lien avec le comportement de l'assurée au cours de son exploration, ce spécialiste mentionne enfin que celle-ci a pu rester assise plus de 35 minutes durant l'entretien dans une position "tout à fait confortable", se déplacer de façon aisée et fluide de la salle d'attente à la salle d'examen, ainsi que se déshabiller et de s'habiller avec autant d'aisance et de fluidité pendant l'examen (dos. AI 104.3/5; 104.3/8). Cela étant, il n'apparaît nullement illogique, encore moins contradictoire, que l'expert rhumatologue ait conclu de l'ensemble de ces observations que les symptômes décrits par l'assurée paraissaient "peu cohérents et peu

plausibles" et qu'"[il] existe manifestement une discordance entre les plaintes de la personne assurée et son attitude lors de l'examen somatique et lors de l'anamnèse" (dos. AI 104.2/12; 104.3/4). Même s'il n'a pas retenu d'incohérence pour sa part, l'expert psychiatre a au demeurant également souligné qu'il n'existait pas de limitation uniforme des activités dans tous les domaines de l'existence chez une assurée qui soutenait des relations amicales et familiales, pratiquait la peinture et le dessin, ainsi que parvenait à partir en vacances (dos. AI 104.2/12; 104.4/14). Loin de décrédibiliser l'assurée, ces observations expertales permettent bien plutôt d'apprécier le retentissement réel de ses plaintes d'un point de vue fonctionnel.

5.3.3 Pour ce qui relève de l'aspect psychique et psychiatrique, l'expert mandaté par l'intimé n'a pas diagnostiqué d'atteinte invalidante à la santé, nonobstant le traitement psychopharmacologique antidépresseur initié par un psychiatre traitant et quoi qu'il en soit jugé superflu par l'expert en l'absence de toute psychopathologie spécifique (dos. AI 104.4/14). Pour parvenir à ce constat, cet expert, lors de son status psychiatrique, a appréhendé le cas sous l'angle des fonctions cognitives, de l'humeur, de l'angoisse et de la dissociation, de l'utilisation de substances, d'un conflit avec la réalité, ainsi que de la personnalité. Il a conséquemment exclu chez l'assurée la présence d'une atteinte cérébro-organique, de manifestations psychotiques florides, d'un trouble de l'humeur, d'une anxiété épisodique paroxystique ou de tout autre phénoménologie anxieuse, d'un trouble spécifique de la personnalité, de même que d'un syndrome de dépendance à une quelconque substance psychoactive (dos. AI 104.4/8 ss; 104.4/14). Sous l'angle de la personnalité, l'expert a évoqué la scolarité sans accroc de la recourante et son bon fonctionnement en l'absence d'une hospitalisation en milieu psychiatrique. Il a nié toute limitation fonctionnelle chez l'expertisée et a attesté de ses nombreuses ressources à l'aide de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF, telle que citée dans son rapport), élaborée par l'organisation mondiale de la santé (dos. AI 104.4/12 s.). Rien ne justifie ainsi de s'écarter de son appréciation, qui n'est du reste pas contestée dans les recours.

5.4 En dernière analyse, il n'existe pas non plus d'indices objectifs au dossier qui permettraient de douter de la pérennité de l'évaluation bi-

disciplinaire du 15 mai 2023 à la date des décisions contestées. Les rapports des 3 juillet et 28 août 2023 du neurochirurgien traitant postérieurs à cette expertise ne recèlent aucun élément nouveau par rapport à celle-ci (dos. AI 112/1; 119/3 s.). Ainsi que relevé (voir c. 5.3.1), l'arthrose facettaire active ou spondylarthrose en C2/C3 mise au jour radiologiquement à fin mars 2023 et encore corroborée par scanner à fin mai 2023 était connue de l'expert rhumatologue et a été intégrée dans son évaluation spécialisée (voir c. 5.3.1). Il en va de même de la problématique médicale en C4/C5 sous forme de sténose neuro-foraminale et d'arthrose facettaire également révélée lors de ces imageries (voir l'expertise rhumatologique au dos. AI 104.3/9, intégrative de l'ensemble de ces atteintes; voir également dos. AI 104.3/11 ch. 6.2). Le neurochirurgien traitant ne postule d'ailleurs aucune restriction fonctionnelle en lien avec cette seconde problématique en C4/C5, ni n'évoque même celle-ci dans ses dernières évaluations diagnostiques de début juillet et fin août 2023. Quant à l'atteinte en C2/C3 dont ce spécialiste infère sur la base des imageries effectuées à fin mai 2023 des douleurs supplémentaires importantes chez sa patiente, on relèvera qu'en l'absence de toute déficience radiculaire ou neuropathique résultant de l'examen rhumatologique du 25 avril 2023, il n'apparaît guère crédible que ces plaintes s'expliquent par une détérioration médicale survenue durant ce laps de temps. Bien plus et à la suite du SMR, il convient de retenir que ces altérations sont à appréhender dans le cadre de la dégénérescence d'ensemble du rachis cervical et qu'elles doivent être traitées à l'aide des exercices physiothérapeutiques ciblés évoqués par l'expert rhumatologue (voir c. 4.3.1). Pour autant qu'il puisse en être tenu compte (voir c. 4.1), une nouvelle IRM cervicale du 27 mai 2024 restituée dans l'expertise neurologique du 10 septembre 2024 ne mentionne du reste qu'une arthrose postérieure légère non inflammatoire en C2/C3 (même s'il est indiqué que le scanner cervical est beaucoup plus sensible; voir dos. rec. 7 verso). Ainsi que souligné par le SMR, on ne saurait en outre perdre de vue les nombreuses incohérences qui découlent de l'anamnèse du cas et des observations de l'expert rhumatologue, dont le profil d'exigibilité (voir c. 4.4.3) conserve dès lors toute sa validité en regard des conclusions guère circonstanciées du neurochirurgien traitant. Enfin, on relèvera que l'expertise neurologique établie le 10 septembre 2024, dans la mesure de sa potentielle prise en considération (voir c. 4.1), ne remet pas non plus en

cause les conclusions rhumatologiques prédécrites. Dans leur prolongement (l'expert rhumatologue de 2023 s'étant livré à un examen neurologique succinct; dos. AI 104.3/8), les examens clinique et électroneuromyographique réalisés à cette occasion ne mettent au jour aucune atteinte des racines nerveuses ou d'un nerf périphérique, ni aucune autre atteinte susceptible d'impacter la capacité de travail en présence de réflexes musculaires et d'une trophicité musculaire symétriques, d'une force musculaire conservée, d'une mobilité cervicale libre et d'une dextérité normale de la main droite (dos. rec. 6 p. 2 recto; voir également les conclusions du SMR du 21 octobre 2024 émanant d'une spécialiste en neurologie). Le bilan ergothérapeutique, qui complète ces examens par une évaluation en "live" des aptitudes fonctionnelles et motive le taux de capacité de travail résiduel de 20 à 30% retenu par l'expert ainsi que la baisse de rendement d'un tiers encourue dans ce pensum, n'est pas propre à modifier ce constat. Essentiellement fondé sur des auto-évaluations de la douleur, ce bilan ne saurait en effet servir de fondement à une évaluation strictement médico-théorique de la capacité travail, telle qu'exigée par la pratique du TF (notion de la capacité de travail médico-théorique entre autres évoquée dans les ATF 148 V 321 c. 7 et 145 V 209 c. 5). N'en contredise le neurologue mandaté par l'assurée (dos. rec. 6 p. 7 recto), l'absence d'un tel bilan ergothérapeutique en "live" ordonné par l'intimé n'affaiblissait dès lors aucunement la portée de l'expertise bi-disciplinaire.

5.5 Partant, il convient d'admettre au degré de la vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales (ATF 144 V 427 c. 3.2) le caractère probant de l'évaluation consensuelle du 15 mai 2023, telle qu'encore circonscrite et explicitée par le SMR dans ses rapports des 13 mars 2023 et 21 octobre 2024. Cette conclusion vaut pour les aspects médicaux de l'expertise, mais également pour la proposition qui y est formulée, relativement à l'estimation de la capacité de travail et de son évolution. Par le fait d'avoir évalué les déficits fonctionnels sur une base objectivée, les experts mandatés par l'intimé ont en effet respecté le cadre normatif déterminant (art. 7 al. 2 LPGA; voir c. 2.3). Comme déjà mentionné (voir c. 5.2.1), l'analyse détaillée des indicateurs prévus par le TF pour apprécier le caractère invalidant des troubles psychiques s'avère superflue puisqu'un diagnostic psychiatrique n'a pas été retenu au terme de

l'expertise, jugée probante. Les conclusions de cette dernière s'avèrent dès lors également probantes d'un point de vue juridique. Ainsi que déjà relevé (voir c. 5.4), il n'existe pas non plus d'indices objectifs au dossier qui permettent de douter de la pérennité de cette appréciation à la date des décisions contestées. Une instruction complémentaire n'a dès lors pas lieu d'être ordonnée par le Tribunal et la requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise neurologique doit être rejetée. Il résulte ainsi de tout ce qui précède que c'est à raison que l'intimé a admis sur la base de l'expertise bi-disciplinaire qu'après une incapacité de travail totale entre début octobre 2020 et fin janvier 2022 dans tout type d'emploi, la recourante avait recouvré début février 2022 une capacité de travail et de rendement entière dans une activité lui évitant la surcharge du rachis cervical, les mouvements en flexion, en rotation, en latéroflexion et en position penchée vers l'avant, le port répété de charges de plus de 5 kg, ainsi que lui offrant d'alterner les postures assis et debout (voir c. 4.3.1).

6.

Sur la base de la capacité de travail résiduelle ainsi fixée, il convient encore de procéder à l'évaluation du degré d'invalidité en résultant.

6.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être pris en compte (ATF 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222).

6.2 L'année de référence à prendre en compte en l'espèce pour la comparaison des revenus est l'année 2021, étant donné la prise d'effet potentielle de la rente au plus tôt le 1^{er} octobre 2021. A cette date-là, l'assurée présentait en effet une incapacité de travail d'au moins 40% en

moyenne depuis une année sans interruption notable et le délai de carence de six mois à compter du dépôt de la demande AI en mars 2021 était également échu (art. 28 al. 1 LAI et art. 29 al. 1 LAI). Les modifications dans la capacité de travail consécutives à l'amélioration médicale constatée dès le 1^{er} février 2022 impliquent quant à elles une modification du droit aux prestations après trois mois (voir art. 88a du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Cette amélioration prendra donc effet au 1^{er} mai 2022, ainsi qu'également retenu par l'intimé. La comparaison de revenus inhérente à cette révision devra donc s'effectuer selon les données correspondantes de l'année 2022.

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

6.3.2 Au cas particulier, l'intimé a à raison évalué le revenu sans handicap sur la base du dernier emploi exercé dès juin 2015 dans l'horlogerie, après que la recourante eut perdu celui-ci pour des raisons liées à son état de santé. Dès lors que le revenu obtenu avant l'atteinte à la santé doit être calculé compte tenu de tous ses éléments constitutifs, y compris ceux qui proviennent d'une activité accessoire, c'est de manière également fondée que l'intimé a intégré dans son calcul les revenus issus de l'activité dans les nettoyages (exercée à un taux de 10%) dont rien n'indique que l'assurée ne l'aurait pas poursuivie si elle n'était pas tombée malade (TF 8C_196/2022 du 20 octobre 2022 c. 5.2, in SVR 2023 UV n° 16; RAMA 2003 U 476 p. 107 c. 3.2.1). Selon les indications de l'ancien employeur principal, le salaire s'élevait en 2021 à Fr. 73'730.-. En ajoutant à ce montant un revenu accessoire de Fr. 18'260.- pour 2021 (fondé sur une moyenne), on débouche sur le revenu de valide de Fr. 91'990.- pris en

compte par l'intimé pour l'année 2021, qu'il convient donc de confirmer et qui n'est du reste pas litigieux (dos. AI 18/5 ch. 5.1; 105/1; 106/4). A la date de la révision de la rente en mai 2022, le revenu sans handicap s'élève à Fr. 93'010.85 (Fr. 93'011.- retenus par l'intimé) pour cette année-là. Ce montant, incontesté, est constitué du salaire principal de Fr. 73'730.- indexé à l'indice des salaires nominaux jusqu'en 2022 (Fr. 74'615.85) et du revenu accessoire qui s'élevait pour cette année-là à un montant médian de Fr. 18'395.- (dos. AI 106/4; voir s'agissant de l'indexation au coût de la vie la table T1.2.10 "Indice des salaires nominaux, femmes, 2011-2023", ch. 10-33 Industries manufacturières, 2021: 108.2; 2022: 109.5).

6.4

6.4.1 Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne intéressée. 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'invalidé 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 148 V 174 c. 6.2, 143 V 295 c. 2.2).

6.4.2 Dès lors que la recourante n'a plus exercé d'activité lucrative depuis la fin de son dernier engagement au 30 novembre 2022 et que l'activité habituelle n'est plus exigible, c'est à juste titre que l'intimé a déterminé le revenu avec handicap sur la base de l'ESS en se fondant sur la valeur centrale des salaires versés aux femmes pour des activités non qualifiées, conformément au niveau 1 de l'ESS (dans son édition de 2020 disponible au moment des prononcés litigieux). Pour la période du 1^{er} octobre 2020 au 31 janvier 2022, ce salaire a à raison été arrêté à Fr. 0.- par l'intimé puisqu'aucune activité, même idéalement profilé, n'était alors exigible de l'assurée. Dès février 2022, mois au cours duquel celle-ci a recouvré une capacité de travail entière dans un emploi adapté, le salaire d'invalidé s'élève à Fr. 51'312.- (ESS 2020, TA1, secteur privé, femmes, niveau 1, valeur totale, Fr. 4'276.- x 12). Ce montant débouche ensuite sur un revenu annuel de Fr. 54'236.40 (Fr. 54'240.- retenus par l'intimé), après adaptation au temps de travail usuel en 2022 (41.7 heures) et à l'évolution du coût de

la vie jusqu'à cette même année (voir pour ces adaptations la table "Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique" et la table T1.2.10 "Indice des salaires nominaux, femmes, 2011-2023", valeur centrale, 2020: 107.9; 2022: 109.4). Aucun abattement ne se justifie sur ce montant dès lors qu'aux conditions d'exigibilité définies par le SMR, l'assurée dispose d'une entière capacité de travail et de rendement. Qui plus est, le niveau de compétence 1 de l'ESS recouvre tout un panel d'activités simples qui lui permettront de ménager son dos (TF 8C_549/2019 du 26 novembre 2019 c. 7.7; SVR 2021 IV n° 8 c. 4; voir aussi JTA AI/2021/384 du 12 mars 2022 c. 9.3.2, AI/2018/769 du 8 juin 2020 c. 6.3). Dans un cas où les limitations fonctionnelles encourues étaient comparables à celles de la recourante (voir c. 5.5), le TF avait d'ailleurs refusé un abattement à un assuré qui pouvait exercer des activités excluant le port de charges supérieures à 10-15 kg de façon prolongée et/ou répétitive avec le membre supérieur gauche, le travail prolongé et/ou répétitif au-dessus du plan des épaules et les tâches avec le membre supérieur gauche maintenu en porte-à-faux (voir TF 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 c. 6.3.1, 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 c. 4.3.1.4).

6.5 Cela étant, il résulte de ce qui précède un taux d'invalidité de 100% à la date de la naissance du droit le 1^{er} octobre 2021, respectivement de 42% (41,7% avant arrondi; ATF 130 V 121 c. 3.2 et c. 3.3) au moment de la révision de la rente au 1^{er} mai 2022 après comparaison (valeurs 2022) des revenus précités de valide (Fr. 93'010.85) et d'invalides (Fr. 54'236.40). En conséquence, c'est à raison que l'intimé a réduit la rente entière allouée depuis octobre 2021 à un quart de rente à compter de mai 2022.

7.

En conclusion, les recours doivent être rejetés.

7.1 Conformément à l'art. 61 let. f^{bis} LPGA, pour les litiges en matière de prestations (comme en l'espèce), la procédure est soumise à des frais judiciaires si la loi spéciale le prévoit. Tel est le cas de la LAI. En effet, l'art. 69 al. 1^{bis} phr. 1 LAI dispose que la procédure de recours en matière

de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires. La recourante succombant, les frais des présentes procédures, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent donc être mis à sa charge (art. 69 al. 1^{bis} LAI; art. 108 al. 1 LPJA). Ceux-ci sont compensés avec l'avance de frais fournie.

7.2 Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario; art. 104 al. 1 et 3; art. 108 al. 3 LPJA). C'est enfin le lieu de préciser qu'à défaut d'un état de fait médical insuffisamment établi et, partant, d'une violation de l'obligation d'instruction d'office par l'intimé, de même que dans la mesure où l'expertise privée du 10 septembre 2024 n'a donc pas été nécessaire pour établir la situation médicale de manière concluante (voir c. 5.3.1 et c. 5.4), les coûts de cette expertise ne peuvent être remboursés dans le cadre de l'indemnité de dépens (TF 8C_200/2018 du 7 août 2018 c. 8, in SVR 2018 IV n° 77; RAMA 2004 p. 187 c. 5.1).

Par ces motifs:

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

Le président:

La greffière:

Voie de recours

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