

**200.2019.419.AI**  
N° AVS  
DEJ/REN

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

**Jugement du 17 juin 2020**

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
J. Desy, greffier

**A.** \_\_\_\_\_  
représentée par Me B. \_\_\_\_\_  
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 17 avril 2019



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1967, mère d'un enfant mineur et divorcée, bénéficie d'une autorisation d'établissement (permis C). Sans formation certifiée, elle a travaillé à temps partiel et plein dans le domaine de l'horlogerie jusqu'en 2007, puis s'est trouvée au chômage entre 2008 et 2010, avant de recommencer à travailler, toujours dans le domaine de l'horlogerie jusqu'en 2015, année à partir de laquelle elle a exercé une activité à temps partiel dans un atelier protégé. Invoquant une épicondylite, elle a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en janvier 2009, laquelle a été rejetée par décision du 2 septembre 2009. En octobre 2010, l'intéressée a déposé une nouvelle demande de prestations AI en invoquant des douleurs au dos, au bras droit, aux membres touchés par l'épicondylite et une thrombose à la jambe droite. Après avoir instruit la cause, l'Office AI Berne a refusé toute prestation par décision du 19 avril 2012. La prénommée a déposé une troisième demande de prestations de l'AI le 3 décembre 2014 en invoquant une déchirure partielle de l'épaule droite et une distorsion de la cheville droite, toutes deux conséquence d'un accident subi le 29 décembre 2011 sous la forme d'une chute dans les escaliers. L'Office AI Berne a alors recueilli le dossier de l'assurance-accidents, les rapports médicaux des psychiatre et généraliste traitants, puis a pris conseil auprès de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui a convoqué l'assurée pour un examen médical personnel. Après avoir refusé des mesures professionnelles le 25 août 2015, l'Office AI Berne a recueilli des nouveaux rapports médicaux relatifs à un cancer diagnostiqué chez l'assurée. Par la suite, le même Office a une nouvelle fois pris conseil auprès de son SMR, puis a diligenté une expertise psychiatrique, qui a été réalisée au mois d'avril 2017. Le SMR a ensuite une nouvelle fois pris position, puis une enquête économique sur le ménage a eu lieu en mai 2018. Dans son préavis du 19 septembre 2018, l'Office AI Berne a communiqué à l'assurée qu'il envisageait de lui accorder trois-quarts de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2015 au 30 novembre 2015, puis une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2015 et jusqu'au 30 septembre 2016.

**B.**

L'assurée, représentée par un organisme de protection juridique, a présenté des observations contre le préavis précité. L'Office AI Berne, par décision du 17 avril 2019, a confirmé la teneur de son préavis, à savoir trois-quarts de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2015 au 30 novembre 2015, puis une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2015 et jusqu'au 30 septembre 2016.

**C.**

Par acte du 28 mai 2019, l'assurée, représentée par un mandataire professionnel, a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision précitée en concluant, sous suite des frais et dépens, à son annulation et à l'octroi à tout le moins d'une demi-rente d'invalidité non limitée dans le temps, ou, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire. Une requête d'assistance judiciaire et de désignation de son mandataire comme avocat d'office était jointe au recours. Le 28 juin 2019, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Le 28 août 2019, la recourante a confirmé son recours.

**En droit:**

**1.**

**1.1** La décision du 17 avril 2019 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et accorde à la recourante trois-quarts de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre au 31 octobre 2015, puis une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2015 et jusqu'au 30 septembre 2016. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et l'octroi d'une rente d'invalidité au-delà du 30 septembre 2016. Est

particulièrement critiquée (et niée) l'amélioration de la situation de santé de la recourante dès le mois de juillet 2016 retenue par l'Office AI Berne, ainsi que l'absence d'abattement dans le revenu d'invalidité dans le calcul d'invalidité effectué par l'intimé.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment légitimé, 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] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

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

## **2.**

Il s'agit tout d'abord d'examiner (d'office; ATF 120 V 357 c. 2a; SVR 1999 UV n° 25 c. 1a) la validité formelle de la décision attaquée.

**2.1** L'obligation de motiver représente une part importante du droit d'être entendu au sens de l'art. 29 al. 2 Cst. Elle doit empêcher que l'autorité se laisse guider par des motifs partiels et permettre le cas échéant aux intéressés de contester la décision de façon adéquate. Cela n'est possible que si la personne concernée et l'autorité de recours peuvent se faire une idée de la portée de la décision. En ce sens, les réflexions qui ont guidé l'autorité et sur lesquelles se fonde la décision doivent au moins être brièvement mentionnées. Il n'est toutefois pas nécessaire que tous les

faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties soient expressément exposés et discutés. Il suffit plutôt que les points importants en vue du jugement figurent dans la décision (ATF 136 I 229 c. 5.2, 124 V 180 c. 1a; TF 9C\_494/2019 du 16 septembre 2019 [destiné à la publication] c. 4; SVR 2017 KV n° 6 c. 5).

**2.2** En l'occurrence, il est manifeste que le droit d'être entendu de la recourante a été violé, dès lors que la décision dont est recours ne comprend aucune motivation (ni même ne les mentionne) relative aux observations formulées à l'encontre du préavis du 19 septembre 2018, que l'Office AI Berne a reçues le 13 novembre 2018 (voir dossier [dos.] intimé 161), et qui contenaient notamment un nouveau rapport médical rédigé par le psychiatre traitant. L'Office AI Berne a purement et simplement ignoré les observations formulées et le nouveau certificat médical présenté pour confirmer en tous points son préavis. Or, le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. En d'autres termes, les parties ont le pouvoir de l'exercer sans qu'il soit nécessaire d'examiner s'il aura une incidence sur le sort matériel du litige, c'est-à-dire que l'autorité sera incitée à modifier sa décision ou non (ATF 127 V 431 c. 3d/aa; SVR 2013 IV n° 26 c. 4.2). Dans cette mesure, il conviendrait en principe d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'Office AI Berne pour qu'il prenne position sur les arguments présentés contre le préavis. Cependant, le défaut de motivation de la décision attaquée peut être réparé si la partie recourante a la possibilité de présenter un mémoire complémentaire suite à l'exposé des motifs contenus dans la réponse de l'autorité cantonale précédente et s'il n'en résulte, pour elle, aucun inconvénient (ATF 107 la 1 c. 1). Le vice ne peut toutefois être corrigé lorsque l'autorité qui a rendu la décision ne produit pas de mémoire de réponse en procédure de recours (ATF 116 V 28 c. 4b). En l'espèce, dès lors que les arguments du recours sont pour ainsi dire identiques à ceux déjà émis en procédure de préavis et que l'Office AI Berne a répondu au recours le 28 juin 2019, l'absence totale de prise de position sur les arguments présentés à l'encontre du préavis peut être réparée en procédure de recours, étant également précisé à ce stade que la recourante a eu l'occasion de présenter un mémoire de

duplique, ce qu'elle a fait en maintenant en tous points son recours. Au vu du sort de la cause, point n'est besoin d'examiner les conséquences de la violation du droit d'être entendu sur la liquidation des frais (voir c. 7 ci-dessous).

**2.3** On notera encore que la motivation de la décision attaquée est également pour le moins sujette à caution dans la mesure où elle s'écarte complètement et sans véritablement en expliquer les raisons des conclusions de l'expertise psychiatrique attestant une incapacité de travail de 50% (avec une diminution de rendement de l'ordre de 30% à 50%, soit une incapacité globale de travail de 65% à 75% environ) en utilisant un examen selon les indicateurs mis en place par la jurisprudence, examen qui n'a finalement été que peu expliqué ou explicité au stade de la réponse au recours. En effet, quand bien même le rapport d'enquête économique sur le ménage était joint à la décision attaquée, celui-ci mentionnait simplement que l'examen des indicateurs n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité pour la période postérieure au 30 juin 2016 (voir rapport du 14 août 2018 au dossier [dos.] AI 150). Or, il ressort du dossier que la même enquêtrice avait rédigé un rapport retenant le contraire quelques deux mois auparavant (rapport du 25 mai 2018 au dos. AI 148), sans que l'on ne sache ou comprenne les motivations d'un tel revirement. En tout état de cause, les explications lapidaires contenues dans le rapport d'enquête ou même présentées en réponse au recours paraissent comme étant particulièrement peu étayées en regard de la différence de capacité de travail qui en ressort (soit 0% d'incapacité de travail selon l'Office AI Berne contre 65% au minimum selon l'expert psychiatre). Au vu de ce qui suit la question de la motivation de la décision attaquée sur ce point n'a toutefois pas besoin d'être tranchée plus avant.

### **3.**

**3.1** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'incapacité de gain consiste en la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son

domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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).

**3.2** Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 141 V 281 c. 2.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4).

**3.3** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail

(art. 6 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.

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

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

#### **4.**

**4.1** L'Office AI Berne considère en substance, sur la base de l'appréciation de son SMR et sur le contenu d'une enquête ménagère réalisée à domicile, qu'il a existé 50% d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique entre le 17 novembre 2014 et le 31 août 2015, puis une pleine incapacité de travail sur le plan somatique dès le mois de septembre 2015 et jusqu'au mois de juin 2016, notamment liée au cancer dont a souffert la recourante. En appliquant la méthode mixte de comparaison des revenus (20% d'activité ménagère et 80% d'activité professionnelle),

l'Office AI Berne a ainsi considéré que le degré d'invalidité se montait à 33% entre juin et le 31 août 2015 et n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité. Dès le 1<sup>er</sup> septembre 2015, le degré d'invalidité se montait à 81% et ouvrait le droit à une rente entière d'invalidité, étant également précisé que le degré moyen d'invalidité se montait à 60.55% durant l'année antérieure au 1<sup>er</sup> septembre 2015, si bien que trois-quarts de rente d'invalidité ont été octroyés jusqu'au 30 novembre 2015, puis augmentés à une rente entière au 1<sup>er</sup> décembre 2015 (période de stabilisation de trois mois). Dès le mois de juillet 2016, l'Office AI Berne a considéré, en procédant à un examen selon les indicateurs jurisprudentiels, qu'il ressortait de l'expertise psychiatrique réalisée en avril 2017 suffisamment d'éléments pour nier toute atteinte psychiatrique invalidante.

**4.2** La recourante fait valoir que la décision de l'Office AI Berne ne tient pas compte du fait que l'expert psychiatre avait encore attesté une incapacité de travail de 50% avec une diminution de rendement depuis le mois de juillet 2016 et jusqu'à l'amélioration de la situation psychiatrique, qui n'est jamais intervenue. Par ailleurs, elle fait valoir que l'Office AI Berne a, à tort, omis d'appliquer un abattement sur le revenu d'invalidé, abattement qui devrait à tout le moins se monter à 15%.

### **4.3**

**4.3.1** Suite à sa troisième demande de prestations AI de décembre 2014, dans laquelle la recourante a évoqué un accident survenu le 29 décembre 2011, une glissade dans les escaliers, ayant engendré une déchirure partielle de l'épaule droite et une distorsion de la cheville droite, une expertise psychiatrique a été réalisée en avril 2017 sur conseils du SMR. A titre de diagnostic, l'expert psychiatre a mis en évidence un trouble dépressif récurrent d'intensité modérée avec somatisation (ch. F33.11 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10]) considérant qu'il impacte la capacité de travail de la recourante. Les diagnostics d'anxiété anticipatoire (CIM-10 F41.8) et phobie spécifique (de mort et claustrophobie; CIM-10 F40.2), de trouble panique modéré (CIM-10 F41.0), de problèmes liés à l'employabilité et discorde avec la hiérarchie au travail (Z56.41), de difficultés relationnelles avec le mari et rupture familiale (CIM-10 Z63.01 et

63.51) et d'un fonctionnement cognitif altéré et une intelligence limite (CIM-10 R41.8) ont également été posés. Concernant la capacité de travail de la recourante, l'expert a attesté une incapacité complète de travail du 16 avril au 16 novembre 2014, puis une incapacité de travail à 50% du 17 novembre 2014 au 31 août 2015, à nouveau une incapacité complète de travail du 1<sup>er</sup> septembre 2015 au 30 juin 2016, puis une incapacité de travail de 50% avec une diminution de rendement de 30% à 50% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2016 et jusqu'à guérison de l'état dépressif moyen.

**4.3.2** Un médecin du SMR, spécialisé en médecine interne générale et en rhumatologie, a pris position à plusieurs reprises, dès le mois de mai 2015. Le médecin a personnellement examiné la recourante le 12 mai 2015 (dos. AI 64), puis a rédigé un premier rapport le 19 mai 2015 (dos. AI 63). A titre de diagnostic avec effet sur la capacité de travail, il a retenu un trouble dépressif récurrent dans un épisode actuel moyen (CIM-10 F33.10) avec syndrome somatique depuis 2000 et un état anxieux (lié à une situation psycho-sociale lourde). Sans influence sur la capacité de travail, il a listé les diagnostics de douleurs chroniques au pied droit, de lésion du bourrelet glénoïdien et déchirure partielle près de son insertion du long chef du biceps droit, de thrombose profonde tibio-poplitée droite, d'arthrose inactivée de l'articulation acromio-claviculaire droite, d'arthrose de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, de sinusite sphénoïdale, d'un hémangiome en D5, d'épicondylopathie huméro-radiale droite opérée en 2010, de tonsillectomie (à l'âge de neuf ans), d'appendicectomie dans l'enfance, de cautérisation nasale il y a plus de 20 ans, de cure de hernie ombilicale il y a plus de 20 ans, de cure de hernie inguinale gauche il y a plus de 20 ans, d'arthroscopie du genou gauche suite à une chute avec lésion cartilagineuse, d'une opération de l'œil droit, d'une opération pour une sinusite, de deux kystes opérés (un sur chaque dos de la main) et de presbytie corrigée par le port de lunettes. En raison de l'état dépressif, le médecin a considéré que la capacité de travail était altérée de 30%, la capacité de travail étant totale sur le plan somatique. Il n'y a pas de limitation de rendement dans les 70% d'activité résiduelle, à répartir idéalement sur cinq jours de travail. Dans une nouvelle prise de position intervenue en août 2016, le médecin du SMR a recensé les mêmes diagnostics que précédemment et y a ajouté ceux de carcinome

de l'ovaire FIGO III b depuis le mois de septembre 2015 et une intelligence limitée avec IQ total de 75, considérant qu'ils ont des répercussions sur la capacité de travail. En raison du diagnostic de cancer intervenu en septembre 2015, il a attesté une pleine incapacité de travail sur le plan somatique à partir de ce mois et jusqu'au mois de juin 2016 à tout le moins, rappelant également qu'il existe une diminution de la capacité de travail de 30% dans l'activité simple de contrôleuse exercée en raison du diagnostic de syndrome dépressif récurrent. Le 25 octobre 2016, le médecin du SMR a répété les diagnostics déjà énoncés (dos. AI 98). A titre d'incapacité de travail, il n'a indiqué qu'une limitation de 30% liée à l'état dépressif avec manque d'énergie à ranger dans les états dépressifs moyens avec syndrome somatique. Il a confirmé en tous points ce rapport dans une nouvelle synthèse rédigée en mars 2017 (dos. AI 106), indiquant également que le cancer était en phase de rémission depuis le mois de mai 2016 et qu'il y avait lieu d'investiguer plus avant le volet psychiatrique. Le 11 juillet 2017, le médecin du SMR a recensé une nouvelle fois les rapports médicaux au dossier (dont notamment l'expertise psychiatrique) et a rédigé une nouvelle synthèse. Confirmant les diagnostics déjà énoncés avec répercussions sur la capacité de travail, il a ajouté ceux de trouble panique modéré (CIM-10 F41.0), de problèmes liés à l'employabilité et discordance avec la hiérarchie au travail (CIM-10 Z56.41), de difficultés relationnelles avec le mari et rupture familiale (CIM-10 Z63.01/51), de surdités de perception moyenne à sévères bilatérales (dès le mois de mai 2017, une demande d'appareillage étant en cours auprès de l'AI) et une leucopénie, précisant que ces nouveaux diagnostics se révélaient sans effet sur la capacité de travail. A ce propos, il a estimé qu'il avait existé une pleine incapacité de travail du 1<sup>er</sup> septembre 2015 au 30 juin 2016 en raison du diagnostic somatique oncologie, de même qu'entre mai et juin 2017 en raison d'une correction de la cicatrice abdominale. Sur le plan psychique, il a recensé une incapacité complète de travail du 16 avril au 16 novembre 2014, une incapacité de travail de 50% du 17 novembre 2014 au 31 août 2015, puis une incapacité de travail de 50% du 1<sup>er</sup> juillet 2016 au 30 juin 2017 avec une baisse de rendement de 30 à 50%. Quant au profil à partir du mois de juillet 2017, le médecin du SMR a décrit qu'une activité légère s'exerçant en position assise était exigible à 100%, avec toutefois un rendement réduit de 30% en raison d'un besoin en pauses augmenté.

L'activité ne doit pas contenir d'efforts physiques importants, de même qu'il doit être possible pour la recourante de se lever lors des pauses. Sur les plans psychique et intellectuelle, le médecin du SMR a indiqué que le travail de nuit et en équipe n'était pas possible.

**4.3.3** Une enquête sur le ménage a également été réalisée avec un entretien conduit à domicile le 1<sup>er</sup> mai 2018, laquelle enquête a conduit à l'élaboration de deux rapports les 25 mai (dos. AI 148) et 14 août 2018 (dos. AI 150). Cette enquête a permis de mettre en évidence que la recourante aurait travaillé à un pourcentage de 80% jusqu'au mois de juillet 2017, puis aurait augmenté son pourcentage à 100% depuis cette date en raison de l'âge de sa fille. En ce qui concerne les activités ménagères, l'enquêtrice a estimé les empêchements vécus par la recourante à 6,8%, respectivement 16,8% pour les périodes au cours desquelles la recourante exerçait une activité lucrative.

## **5.**

Pour rendre la décision dont est recours, l'Office AI Berne s'est principalement basé sur les rapports de synthèse de son SMR pour l'aspect somatique et s'est écarté des conclusions de l'expertise psychiatrique en les "corrigeant" en utilisant les indicateurs contenus dans dite expertise.

### **5.1**

**5.1.1** Il incombe tout d'abord au médecin (expert) d'évaluer l'état de santé et, si nécessaire, de décrire son évolution dans le temps, c'est-à-dire de réunir les résultats des investigations en procédant à un examen médical selon les règles de l'art, en tenant compte des plaintes subjectives, puis de poser un diagnostic en se fondant sur ces résultats. En cela, l'expert accomplit sa tâche spécifique, pour laquelle l'administration et les tribunaux ne sont pas compétents. Le médecin n'a en revanche pas la compétence de statuer en dernier ressort sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Il se contente bien plus de prendre position sur l'incapacité de travail, à savoir de procéder à une évaluation qu'il motive de son point de vue le plus substantiellement possible. En fin de compte, les

données fournies par le médecin constituent un élément important pour l'appréhension juridique de la question des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré. Au besoin, afin de déterminer la capacité économiquement exploitable, il convient, de recourir, en complément du dossier médical, aux spécialistes de l'intégration et du conseil professionnels (ATF 140 V 193 c. 3.2; SVR 2017 IV n° 75 c. 4.1.1).

**5.1.2** 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).

**5.1.3** 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 LPGa. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en la matière, y compris en ce qui concerne les qualifications médicales requises (TF 9C\_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2 [passage de texte non publié du c. 3.3.2 de l'ATF 135 V 254 = TF 9C\_204/2009]). Les médecins du SMR sont donc parfaitement fondés à s'appuyer sur le dossier médical pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Tel est notamment le cas

lorsqu'il s'agit principalement d'apprécier un état de fait médicalement établi et que la confrontation directe du médecin avec la personne assurée passe au second plan (TF 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références). Sous l'angle de l'appréciation des preuves, il y aura néanmoins lieu de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance est 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 la position contractuelle de ce dernier (ATF 125 V 351 c. 3b/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. 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, il est avant tout important que le rapport du SMR soit complet au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (voir ci-après; TF 8C\_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3; 8C\_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

**5.2** Il convient tout d'abord de s'intéresser à l'aspect somatique des atteintes de la recourante, et principalement au cancer (carcinome de l'ovaire) dont elle a souffert entre 2015 et 2016. Il apparaît en l'occurrence que le médecin du SMR s'est prononcé en toute connaissance de cause sur cet aspect de santé de la recourante, en consultant l'ensemble des rapports médicaux rédigés à ce propos. Il a ainsi rapporté les opérations chirurgicales subies les 29 septembre 2015 et 26 janvier 2016, de même qu'une opération de correction de la cicatrice abdominale intervenue en mai 2017. Il a également souligné les traitements de chimiothérapie suivis dès le 19 octobre 2015. Dans ces circonstances, l'incapacité complète de travail attestée entre le 1<sup>er</sup> septembre 2015 et le 30 juin 2016, de même qu'entre mai et juin 2017, apparaît convaincante et n'est du reste pas du tout critiquée par les parties. Pour les périodes antérieures et postérieures, la recourante ne fait, à tout le moins dans son recours, pas véritablement valoir d'incapacité de travail liée à une atteinte somatique, à raison puisque cela ne ressort nullement du dossier.

### 5.3

**5.3.1** Sur le plan psychiatrique, l'expertise réalisée en avril 2017 se fonde sur un examen personnel de l'assurée et comporte une anamnèse précise sur les plans familial, personnel, systématique, psychosocial, professionnel et actuel. Les autres nombreux avis médicaux antérieurs figurant au dossier y sont largement retranscrits (ch. 7.1, p. 7 à 12), démontrant une étude fouillée et consciencieuse du dossier. En tant que tel, cette expertise n'est ainsi pas véritablement remise en question matériellement sur le plan médical, son diagnostic principal d'épisode dépressif récurrent d'intensité moyenne s'intégrant d'ailleurs parfaitement dans le tableau global des rapports médicaux au dossier, dont notamment les rapports de synthèse rédigés à plusieurs reprises par le médecin du SMR (voir ci-avant c. 4.2.3) ou encore les rapports médicaux du psychiatre traitant (voir dos. AI 54, rapport du 11 mars 2015 et dos. AI 158/8-9, rapport du 7 novembre 2018 et présenté à l'appui des objections formulées contre le préavis). Pour autant, les différentes capacités de travail retenues dans l'expertise ne sont pas décrites avec suffisamment de détail pour que l'on puisse en comprendre les variations. Ainsi, l'expert psychiatre atteste (ou *valide* selon ses termes) l'incapacité totale de travail du 16 avril au 16 novembre 2014, sans qu'il ne soit possible de comprendre, médicalement et surtout sur le plan psychiatrique, le prononcé d'une incapacité complète de travail à cette période, seul ressortant du dossier pour cette période un questionnaire complété le 7 janvier 2015 par un employeur de la recourante. Sans explication complémentaire apportée par l'expert psychiatre, une seule validation d'une telle incapacité complète de travail ne convainc pas à suffisance, étant également précisé qu'il décrit dans son rapport un intervalle libre thymique jusqu'au mois de février 2015 (voir le dernier paragraphe de la p. 15). Par la suite, le même expert valide, toujours selon ses termes, l'incapacité de travail de 50% attestée depuis le 17 novembre 2014 par le psychiatre traitant, mais sans préciser ou ne serait-ce qu'expliquer pourquoi il considère que la capacité de travail a évolué positivement. Par la suite, en tant que l'expert atteste à nouveau une incapacité complète de travail dès le 1<sup>er</sup> septembre 2015 et jusqu'au mois de juin 2016, il s'agit des dates correspondant à l'atteinte somatique principale endurée par la recourante, à savoir son cancer. S'il est permis

d'extrapoler les raisons de cette incapacité complète de travail sur la base de l'atteinte somatique, l'expert psychiatre n'apporte toutefois aucune explication sur le plan psychiatrique à la pleine incapacité de travail attestée sur ce plan pendant cette période. Quant à la dernière période d'incapacité de travail à 50% (avec une diminution de rendement de 30% à 50%) attestée dès le 1<sup>er</sup> juillet 2016 et jusqu'à l'amélioration de la situation, elle souffre des mêmes manquements que ceux rapportés jusqu'ici, à savoir le manque complet d'explications à l'appui de la modification. On notera encore que l'expert psychiatre indique que son observation clinique se révèle similaire à celle de ses collègues médecins ayant pris en charge l'assurée, ou encore à celle du médecin du SMR; dans ces circonstances, on peine à comprendre pourquoi l'expert s'est écarté de l'évaluation de la capacité de travail donnée par le médecin du SMR, à savoir une incapacité de travail de 30% liée spécifiquement à l'atteinte psychiatrique (voir ci-avant c. 4.3.2). Sur le vu de ce qui précède, cette expertise ne se révèle nullement probante et ne permet d'aucune manière aux organes d'application de l'AI de se prononcer en toute connaissance de cause sur l'atteinte psychiatrique de la recourante, dont notamment ses répercussions sur la capacité de travail.

**5.3.2** Par ailleurs, l'appréciation donnée par le médecin du SMR selon laquelle l'épisode dépressif récurrent d'épisode moyen aurait pris fin au plus tard au 30 juin 2017 n'apparaît pas convaincante non plus (voir ci-avant c. 4.3.2 in fine). D'une part, il sied de rappeler que le médecin du SMR est spécialisé en médecine interne générale et en rhumatologie, si bien que son appréciation psychiatrique doit être considérée avec précaution. Mais en tout état de cause, il s'agit également de rappeler que l'épisode dépressif récurrent est allégué et décrit comme existant depuis des années par le même médecin (atteinte psychiatrique existant depuis l'année 2000, voir ci-avant c. 4.2.3.1), si bien qu'il paraît douteux qu'il puisse l'exclure catégoriquement à partir du 30 juin 2017. Qui plus est, le médecin a simplement exposé que tout épisode dépressif récurrent connaît des phases de rémission, et a indiqué, en dehors de tout événement tangible l'exposant ou le rapportant au dossier, qu'une phase de rémission était certainement intervenue après une année. A l'évidence, ce rapport ne se révèle pas suffisamment probant pour que l'on puisse tirer une

conclusion sur la capacité de travail médico-théorique sur le plan psychiatrique.

**5.3.3** On mentionnera encore que les simples rapports du psychiatre traitant ne sont non plus suffisants pour juger de l'atteinte à la santé psychiatrique de la recourante. Le premier, daté du 11 mars 2015, atteste certes une incapacité de travail de 50% à partir du 11 novembre 2014, mais se révèle trop succinct pour que l'on puisse véritablement en tirer des conséquences juridiques. Quant au second, il est daté de novembre 2018 et fait état d'une incapacité de travail de 100%, mais sans davantage de précision quant à la période existant entre ces deux rapports.

**5.4** Sur le vu de ce qui précède, si l'on peut retenir une incapacité complète de travail du 1<sup>er</sup> septembre 2015 au 30 juin 2016 en raison du cancer subi pendant cette période, les éléments rapportant l'existence d'une atteinte psychiatrique ne sont pas suffisamment probants pour qu'une estimation médico-théorique de la capacité de travail puisse être définie.

## **6.**

**6.1** Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI). Pour autant, à la différence de ce que prévoit l'art. 88a al. 1 RAI en cas d'amélioration de la capacité de gain, il n'est pas nécessaire que la modification, après qu'elle a duré trois mois sans interruption notable, perdure probablement encore dans le futur. L'exigence légale d'une modification d'une certaine durée est en principe

réalisée une fois le délai d'attente de trois mois arrivé à échéance (SVR 2017 IV n° 71 c. 2.3.1).

**6.2** La période couverte par l'objet de la contestation court du mois de juin 2015 (demande déposée en décembre 2014 et délai d'attente de six mois, art. 29 al. 1 LAI) à la date de la décision attaquée, soit le 17 avril 2019. Au vu de l'incapacité totale de travail attestée sur le plan somatique entre le 1<sup>er</sup> septembre 2015 et le 30 juin 2016, il est indéniable que la recourante a droit à une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2015 au plus tard et jusqu'au 30 septembre 2016 au plus tôt en raison d'un degré d'invalidité de 81%, ainsi que l'a retenu l'Office AI Berne dans la décision attaquée. La raison du décalage de la rente réside en le fait qu'au 1<sup>er</sup> septembre 2015, la recourante, selon l'Office AI Berne, ne se trouvait pas en incapacité de travail à plus de 70% depuis plus d'une année en moyenne (voir art. 28 LAI), mais seulement à 60,55%, ce qui n'ouvrait le droit qu'à trois-quarts de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre au 30 novembre 2015, puis à une augmentation de rente à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2015 (stabilisation de trois mois de la détérioration de l'état de santé). Pour le terme mis à la rente d'invalidité au 30 septembre 2016, l'Office AI Berne a considéré qu'il n'existait plus d'atteinte à la santé invalidante depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016, et tenu compte des trois mois de stabilisation pour mettre un terme à la rente, soit le 30 septembre 2016.

**6.3** Si l'octroi de trois-quarts de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre au 30 novembre 2015 puis une rente entière du 1<sup>er</sup> décembre 2015 au 30 juin 2016 peut être confirmé, à tout le moins, il ressort des éléments médicaux, insuffisamment instruits sur le plan psychiatrique (voir ci-avant c. 5.3), que le droit à une rente de la recourante dès le mois de juin 2015 et au-delà du mois de septembre 2016 ne peut être établi.

**6.3.1** Il est vrai que, que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), l'appréciation par le médecin ou l'expert des conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail n'a qu'une valeur de proposition en vue du contrôle juridique libre de la question des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2; SVR 2017 IV n° 75 c. 4.1.1). L'expert évalue ainsi les capacités fonctionnelles de la personne concernée en fonction des indicateurs pertinents. Les organes d'application du droit

vérifient ensuite librement les indications fournies, en particulier le point de savoir si les médecins ont respecté le cadre normatif déterminant, c'est-à-dire s'ils ont exclusivement tenu compte de déficits fonctionnels qui découlent d'une atteinte à la santé, et si leur appréciation de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée (art. 7 al. 2 LPG; ATF 141 V 281 c. 5.2.2). Une évaluation parallèle détachée de l'appréciation médicale qui interviendrait en vertu d'un meilleur savoir juridique n'est toutefois pas autorisée. Il faut bien davantage se demander dans le cadre de l'appréciation des preuves si les limitations fonctionnelles constatées médicalement apparaissent à un degré (à tout le moins) de vraisemblance prépondérante univoques et concluantes au vu du cadre normatif applicable. En fin de compte, la question décisive demeure celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble; celle-ci ne peut être résolue, en droit des assurances sociales, que d'un point de vue juridique (ATF 144 V 50 c. 4.3; TF 9C\_808/2018 du 2 décembre 2019 [destiné à la publication] c. 3.2.2).

**6.3.2** Or, ainsi que cela résulte de ce qui précède (voir ci-avant c. 5.3), le prérequis à une vérification des indications données par l'expert psychiatre par les organes d'application de l'AI, à savoir une expertise médico-théorique probante sur le plan médico-théorique, fait défaut. Dès lors, l'examen de la pertinence de la correction opérée par l'Office AI Berne (absence totale d'atteinte invalidante) de l'évaluation par l'expert d'une capacité de travail limitée à 50% (avec une diminution de rendement de 30% à 50%) n'est en soi plus d'actualité. Admettre le contraire, soit admettre d'utiliser le contenu d'une expertise psychiatrique qualifiée de non probante, reviendrait finalement à nier la nécessité même de recourir à une expertise psychiatrique, ce qui avait en l'espèce été précisément requis par le médecin du SMR. En tout état de cause, il apparaît également que l'appréciation juridique de l'Office AI Berne concernant la capacité de travail est intervenue alors même que l'on peine à comprendre dans quelle mesure l'expert psychiatre a utilisé les indicateurs pour effectuer son appréciation personnelle de la capacité de travail, finalement très peu étayée dans son rapport et qui a conduit à sa qualification d'expertise non probante. Ainsi, compte tenu des faiblesses de cette expertise, l'Office AI Berne n'a pas pu vérifier les indications fournies par l'expert, mais s'est

complètement substitué à lui, ce qui ne saurait être admis. Il appartenait bien davantage à l'Office AI Berne de demander des compléments à l'expert psychiatre ou d'instruire davantage le volet psychiatrique de la santé de la recourante.

**6.3.3** Par ailleurs, les arguments exposés par l'Office AI Berne pour exclure le caractère invalidant des atteintes suscitent quelques remarques. C'est en effet le lieu de rappeler que l'enquêtrice de l'Office AI Berne a tout d'abord suivi les conclusions tant de l'expert psychiatre que du médecin du SMR pour retenir qu'il existait une incapacité de travail de 50% du 1<sup>er</sup> juillet 2016 au 30 juin 2017 (rapport du 25 mai 2018 au dos. AI 148). Puis, sans explications, elle a rédigé, le 14 août 2018, un second rapport d'enquête reposant sur le même état de fait, mais en niant toute atteinte invalidante à la santé depuis le mois de juillet 2016 en exposant que "l'examen des indicateurs indique qu'il n'y a pas d'atteinte invalidante du point de vue psychiatrique dans le cas présent" (dos. AI 150). On précisera encore à ce stade que l'enquêtrice s'est basée sur le même rapport d'expertise pour retenir une incapacité de travail de 50% liée à l'atteinte psychiatrique du 17 novembre au 31 août 2015, sans que l'on ne comprenne pourquoi elle a renoncé en l'état à un examen selon les indicateurs; une telle façon de procéder apparaît contradictoire, même si le résultat se révélerait sans nul doute identique en raison du degré d'invalidité n'ouvrant pas le droit à une rente. Finalement, quant aux réponses apportées en procédure de recours (dès lors que la décision attaquée renvoyait simplement au second rapport d'enquête sur le ménage), elles se révèlent lapidaires et peu convaincantes, mais surtout trop peu précises pour que l'on puisse comprendre le raisonnement qui a conduit l'Office AI Berne à s'écarter de l'incapacité de travail attestée par l'expert, soit plus de 50% (voire même 65%), et considérer que la recourante est capable de travailler à 100% (pour un exemple d'examen complet et exhaustif selon les indicateurs standards: TF 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 c. 8.2).

**6.4** Il résulte de ce qui précède que l'intimé n'a pas instruit à suffisance la situation médicale de la recourante sur le plan psychiatrique avant de rendre la décision attaquée. En rendant une décision en l'état du dossier, notamment sur la base de la seule expertise psychiatrique réalisée en avril

2017, que l'on doit qualifier d'incomplète et de non probante (voir ci-avant c. 5.3), l'Office AI Berne a violé le devoir d'instruction qui lui incombe (voir art. 43 LPGA).

**6.5** Cela étant, la décision doit être annulée dans la mesure où elle nie le droit à une rente d'invalidité pour les périodes allant du 1<sup>er</sup> juin et au 30 août 2015 et au-delà du 30 septembre 2016, et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction médicale complémentaire (en particulier sur le plan psychiatrique et en instruisant au besoin les soupçons de fibromyalgie existants au dossier). En possession de bases médicales solides, l'intimé procédera à un nouveau calcul du degré d'invalidité, en fonction de l'exigibilité professionnelle pouvant encore être attendue de la recourante. Vu ce résultat, nul n'est besoin d'examiner à ce stade les autres griefs contenus dans le recours, dont notamment l'absence d'abattement retenu dans le revenu avec invalidité.

**6.6** Dans un souci de complétude, on relèvera encore qu'il convient d'offrir, en principe, à la partie recourante la possibilité de retirer son recours, lorsqu'une décision d'octroi de rente (*in casu*: trois-quarts de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre au 30 novembre 2015 puis une rente entière à partir du 1 décembre 2015 et jusqu'au 30 juin 2016) doit être annulée et l'affaire renvoyée à l'Office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision (risque de *reformatio in peius*). Toutefois, il peut être renoncé à cette obligation d'information puisque la Cour de céans confirme et retient dans les considérants qui précèdent que l'octroi de la rente susmentionnée, décidé initialement par l'Office AI Berne, est justifié et fondé (ATF 137 V 314 c. 3.2.4).

**7.**

**7.1** Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

**7.2** Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne, qui succombe (art. 69

al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais versée par la recourante lui sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement.

**7.3** Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant des prestations AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 132 V 215 c. 6.2). Assistée d'un avocat agissant à titre professionnel, la recourante a donc droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA. Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 18 septembre 2019 qui ne prête pas à discussion, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA en cas de représentation par un organisme de conseils juridiques reconnu d'utilité publique (tarif horaire de Fr. 130.-; voir notamment la circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales en cas de telle représentation, consultable sur le site [www.justice.be.ch/ta](http://www.justice.be.ch/ta) → Téléchargements & publications), sont fixés à un montant de Fr. 1'404.60 (honoraires de Fr. 1'248.-, débours de Fr. 56.20 et TVA de Fr. 100.40). Le gain de cause et l'octroi de dépens rendent la requête d'assistance judiciaire déposée par la recourante sans objet, si bien qu'elle doit être rayée du rôle du Tribunal.

**7.4** Au vu de ce qui précède, la violation du droit d'être entendu reste sans conséquence sur les frais et dépens (voir c. 2 ci-dessus).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis et la décision contestée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. La requête d'assistance judiciaire est rayée du rôle du Tribunal.
3. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
4. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 1'404.60 (débours et TVA compris) au titre de dépens.
5. Le présent jugement est notifié (R):
  - à la recourante, par son mandataire,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

Le greffier:

**Voie de recours**

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