

200.2020.414.AI
N° AVS
BOA/REN

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

Jugement du 1^{er} juin 2021

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
A.-F. Boillat, greffière

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 1^{er} mai 2020



En fait:

A.

A. _____, née en 1967, divorcée depuis 2007, mère de quatre enfants (nés de 1987 à 1999), est détentrice d'un CFC d'employée de commerce. Après la naissance des aînées et avec des interruptions lors des naissances des cadettes, elle a travaillé à des taux variables dans les sociétés (produits manufacturés) dirigées par son ex-mari et d'autres membres de la famille de celui-ci, en dernier lieu, jusque vers mi-2014, à un taux d'environ 40%, en entreprenant depuis 2012-2013 une formation d'aromathérapie et massage qu'elle n'a pas terminée (dossier [dos.] AI 1/4, 12, 13/2, 28.2/5 et 143/3).

En avril 2015, sur la base de troubles anxieux dépressifs, l'assurée a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité (AI). Après que l'Office AI lui eut successivement octroyé des conseils à la réadaptation au titre de mesures d'intervention précoce (communication du 12 mai 2015), puis refusé un droit à des mesures professionnelles (décision du 9 juin 2016), par préavis du 24 juin 2016 confirmé par décision formelle du 25 octobre 2016, cet office lui a nié tout droit à l'obtention de prestations de l'AI. Le recours interjeté auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), le 25 octobre 2016, contre la décision précitée, a été admis par jugement du 26 mars 2018 (JTA 2016/1161 du 26 mars 2018) et la cause renvoyée à l'Office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

B.

Saisi à nouveau de la cause, après avoir recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins traitant l'assurée (psychiatres, somaticien), puis sollicité l'avis de la psychiatre du Service médical des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR, avis médical du 19 juin 2018), l'Office AI a requis la mise sur pied d'une expertise bidisciplinaire sur les plans orthopédique et psychiatrique (centre C. _____ à D. _____; conclusions interdisciplinaires du 10 décembre 2018). Le 12 mars 2019,

sur requête de l'Office AI, le service des enquêtes a procédé à une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée (rapport d'enquête du 23 mai 2019). Dans un préavis daté du 3 juin 2019, intitulé "Refus de rente d'invalidité", l'Office AI a informé l'assurée qu'il envisageait, sur la base d'un degré d'invalidité de 30%, de lui nier un droit à une rente AI. L'assurée, désormais représentée par un avocat, a formulé des objections à l'encontre de cette préorientation, en y joignant de nouveaux documents médicaux. Après avoir à nouveau sollicité l'expert psychiatre et lui avoir soumis les questions complémentaires déposées entre-temps par l'assurée, l'Office AI a confirmé le contenu de sa précédente préorientation par décision formelle du 1^{er} mai 2020.

C.

Par acte daté du 2 juin 2020, l'assurée, toujours représentée, a porté le litige devant le TA. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 1^{er} mai 2020 et à l'octroi d'une rente entière de l'AI dès le 9 avril 2015, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'Office AI pour instruction complémentaire (mise sur pied d'une nouvelle expertise sur le plan psychiatrique) et nouvelle décision. Dans son mémoire de réponse du 10 juillet 2020, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Par courrier du 23 juillet 2020, la recourante a renoncé à répliquer et transmis sa note d'honoraires. En date des 9 février et 20 avril 2021, le mandataire de l'assurée a adressé deux courriers spontanés au TA, en joignant à son dernier écrit un bilan d'ergothérapie et de physiothérapie daté du 10 mars 2021, courriers qui ont été communiqués à l'Office AI.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI du 1^{er} mai 2020 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de la recourante à une rente AI. L'objet du litige porte, quant à lui, sur l'annulation de cette décision et l'octroi d'une rente entière de l'AI à la recourante dès le 9 avril 2015. L'assurée critique particulièrement la force probante des conclusions de l'expertise bidisciplinaire, l'expert psychiatre ayant, selon elle, largement sous-estimé, sous l'angle dépressif, ses limitations psychiques, pourtant admises de manière univoque, tant par ses médecins que par l'expert mandaté en 2015 par l'assureur perte de gain de son employeur.

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 constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20], art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

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

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA, dans sa teneur en vigueur [en français] jusqu'au 31 décembre 2020; voir art. 83 LPGA).

2.2 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 LPGA en relation avec l'art. 7 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2016 IV n° 2 c. 4.2, 2014 IV n° 2 c. 3.1). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

2.3 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). Les experts 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).

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 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

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

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

3.

3.1 Sur la base des conclusions interdisciplinaires des experts du 10 décembre 2018 et du complément d'expertise rédigé le 23 septembre 2019 par l'expert psychiatre, l'Office AI, dans sa décision litigieuse du 1^{er} mai 2020, a nié le droit de l'assurée à l'obtention d'une rente AI. Pour motiver le degré d'invalidité retenu (30%), l'intimé a considéré que la recourante, depuis mai 2015, disposait d'une capacité de travail de 60% dans son ancienne activité et 70% dans un emploi adapté sur la base de restrictions psychiatriques uniquement, aucune limitation ne devant être retenue sur le plan orthopédique.

3.2 La recourante, quant à elle, a conclu à l'annulation de la décision contestée et à l'octroi d'une rente entière de l'AI depuis le 9 avril 2015. Avançant que le corps médical, de manière unanime (psychiatres et généraliste traitants, expert psychiatre mandaté par assureur perte de gain en 2015), avait attesté la présence d'une pathologie dépressive marquée, parallèlement à un trouble anxieux, empêchant toute activité professionnelle, l'assurée a estimé que le rapport d'expertise (et son complément du 23 septembre 2019), en ne retenant, dans l'altération des troubles de l'humeur, qu'une dysthymie non invalidante, n'était pas probant. Mettant également en exergue, dans l'évaluation de la capacité de travail sous l'angle juridique, les constatations erronées de l'expert (qui décrit l'assurée comme exagérant la gravité de ses atteintes à la santé et disposant de ressources avérées, ch. 2 et 3 mémoire de recours), la recourante a conclu qu'elle était dans l'incapacité totale à travailler et que, partant, elle avait droit à une rente entière de l'AI.

4.

4.1 Jusqu'à la décision contestée, les rapports médicaux suivants renseignent principalement sur l'état de santé de la recourante:

4.1.1 L'expert psychiatre qui avait examiné la recourante en juillet 2015 sur mandat de l'assureur perte de gain de l'employeur de l'assurée avait retenu, comme pathologie ayant des répercussions sur la capacité de

travail, un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'organisation mondiale de la santé [OMS]) et des autres troubles anxieux mixtes (F41.3 CIM-10), générant une incapacité totale à travailler.

4.1.2 Le séjour stationnaire de l'assurée du 25 août au 25 septembre 2015 dans une unité psychiatrique spécialisée s'était achevé par un sevrage et la mise en place de stratégies, notamment afin de contrecarrer ses comportements d'évitement. La réadaptation psychosomatique stationnaire ayant suivi en clinique (2 au 22 novembre 2015) et organisée dans le but de consolider les acquis avait été qualifiée de bénéfique (aucune tentation de consommer de l'alcool, gestion progressive de l'anxiété par la pratique du sport). Les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11 CIM-10) et d'anxiété généralisée (F41.1 CIM-10) avaient été évoqués. Dans leur rapport subséquent de novembre 2016, les médecins psychiatres avaient précisé que leur patiente était dans l'incapacité totale à travailler.

4.1.3 Après avoir procédé à un examen personnel de la recourante, la psychiatre du SMR avait retenu, dans son rapport du 7 mars 2016, comme diagnostic ayant des effets sur la capacité de travail, des autres troubles anxieux mixtes (F41.2 CIM-10). Sans effets sur celle-ci, elle avait mentionné une dépendance secondaire à l'alcool et aux benzodiazépines, tout en précisant que l'assurée était abstinente (à l'alcool). Le médecin du SMR avait évalué, dès fin novembre 2015 (voire au plus tard en mars 2016), à hauteur de 40% ou 50% la capacité de travail de la recourante dans la profession exercée (soit le taux effectif avant l'incapacité), mais avec un rendement fluctuant dans un premier temps, pour atteindre, au terme d'une durée de six mois, un pensum de 40% ou 50% (sans perte de rendement) si la recourante restait abstinente à l'alcool, s'affranchissait de sa dépendance aux benzodiazépines et poursuivait ses thérapies visant à vaincre ses angoisses. Dans un rapport subséquent du 21 juin 2016, la psychiatre du SMR avait modifié ses conclusions dans le sens qu'au vu des résultats obtenus à fin 2015 lors du séjour en clinique, sans alcool, il ne

subsistait plus, selon elle, aucune atteinte psychiatrique à la santé entraînant une incapacité de travail.

4.2 Subséquemment au JTA précité (cf. let. A) ayant statué le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, de nouveaux documents médicaux ont été versés au dossier AI.

4.2.1 Le rapport médical en lien avec le nouveau séjour en clinique de la recourante dans une unité de réadaptation psychosomatique en vue de consolider son abstinence à l'alcool, du 26 février au 19 mars 2018, a mis en exergue la présence d'un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11 CIM-10), une anxiété généralisée (F44.1 CIM-10) et un syndrome de dépendance à l'alcool (assurée actuellement abstinent). Les médecins psychiatres de la clinique ont décrit leur patiente comme ayant une humeur abaissée, sujette à une baisse d'énergie et une grande fatigabilité, habitée par un trouble anxio-dépressif non stabilisé. Sur la base d'une incapacité totale à travailler, ils ont émis un pronostic défavorable.

4.2.2 Dans leur rapport bidisciplinaire du 10 décembre 2018 (voir let. B supra: expertise requise par la psychiatre du SMR) et son complément du 23 septembre 2019, les experts mandatés ont retenu une anxiété généralisée (F41.1 CIM-10) et des cervicalgies, pathologies ayant une incidence sur la capacité de travail de l'assurée. Sans effets sur celle-ci ont été évoqués une dysthymie (F34.1 CIM-10), un status après des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et des lombalgies basses (M54.5 CIM-10). Dans leurs conclusions interdisciplinaires, sur la base de restrictions d'ordre psychiatrique uniquement, les experts ont conclu que l'assurée, depuis novembre 2014, était à même d'exercer une activité lucrative à hauteur de 60% dans son ancienne activité d'employée de commerce et 70% dans une activité mieux adaptée, sans perte de rendement.

4.2.3 L'avis médical du 24 juin 2019 de la psychiatre traitante de la recourante, que cette dernière a joint à l'appui de ses objections au préavis du 3 juin 2019, a retenu la présence d'un trouble dépressif récurrent (F33 CIM-10) et d'une anxiété généralisée (F41.1 CIM-10), cette dernière

affection se manifestant, aux yeux de la spécialiste en psychiatrie, dans toutes les situations de la vie quotidienne. Rappelant le contexte de la survenance des fragilités psychiques de l'assurée (notamment en lien avec son divorce dès 2006) et l'exacerbation de celles-ci dès 2013, tout en insistant sur les nombreuses limitations fonctionnelles endurées de manière marquée (perte d'énergie, fatigabilité, diminution de l'endurance, vulnérabilité au stress) qui empiètent sur la capacité de travail, la psychiatre traitante a estimé que sa patiente, qui ne dispose que de faibles ressources, était dans l'incapacité totale à travailler.

4.2.4 Le dernier contrôle post-cure (juin 2019) opéré par les médecins psychiatres de la clinique suivant à intervalles réguliers (semestriellement) la recourante depuis ses hospitalisations, a mis en exergue une péjoration de l'état psychique de cette dernière, sujette à des insomnies, à une perte d'appétit, une fatigue marquée et des ruminations importantes. Ils ont estimé que cette situation était propice à la survenance de phases de décompensation n'excluant pas des séjours en milieu hospitalier. Invoquant des difficultés pour l'assurée à maintenir, (déjà) sans exercer une quelconque activité professionnelle, une stabilité d'humeur, les médecins psychiatres ont réitéré que leur patiente était dans l'incapacité totale à travailler. Ils ont encore précisé que même si l'assurée parvenait, à l'avenir, à stabiliser quelque peu son humeur et à se départir de ses angoisses, un risque permanent de rechute anxio-dépressive perdurerait.

5.

La recourante conteste le caractère probant de l'expertise (y compris son complément) qui sert de fondement principal à la décision de l'intimé en avançant des critiques d'ordre formel.

5.1 De manière générale, la recourante reproche à l'expertise psychiatrique de ne pas être aboutie (en comparaison avec l'expertise en psychiatrie rédigée en 2015, qui a duré 2h40) du fait que l'examen clinique de l'assurée n'a duré que 70 minutes (voire même moins dans la mesure où l'expertise a nécessité la présence d'un interprète, réduisant ainsi encore de surcroît la durée effective de celle-ci). Dans ces conditions, à

ses yeux, les conclusions de l'expert psychiatre, en contradiction avec celles de l'expert mandaté par l'assureur perte de gain en 2015, ne sauraient primer.

5.1.1 La valeur probante d'une expertise médicale ne dépend en principe pas de la durée de l'examen; il est avant tout déterminant que l'expertise soit complète au niveau du contenu et que son résultat soit concluant. Le temps consacré aux questions et à l'évaluation de la psychopathologie nécessaires à toute expertise psychiatrique doit toutefois être adéquat. La durée estimée de celle-ci au cas particulier relève toutefois, en définitive, des connaissances spécialisées et du pouvoir d'appréciation des experts impliqués (SVR 2019 IV n° 85 c. 6, 2017 IV n° 75 c. 4.3, 2016 IV n° 35 c. 3.2.2). En pratique, il est vrai que la valeur du travail de l'expert psychiatre consiste à porter un jugement sur l'état de santé de la personne à expertiser dans un délai relativement bref (cf. arrêt TF 9C_87/2018 du 5 avril 2018 c. 3 et les références citées). Il n'en demeure pas moins que l'argument du caractère insuffisamment cohérent de l'expertise psychiatrique, sur la base de seules données temporelles, semble pour le moins réducteur. En effet, une telle critique fait tout d'abord abstraction du travail de préparation que l'expert a dû déployer en amont, avant l'examen clinique, afin d'avoir la connaissance théorique du dossier médical (comportant de nombreux avis médicaux rédigés sur un laps de temps conséquent [demande de rente AI déposée en 2015]) et de la situation générale lui permettant d'analyser de manière ciblée les multiples pathologies envisagées, et de rédiger de manière efficace le rapport d'expertise. L'expertise psychiatrique ne saurait donc perdre sa valeur probante pour ce seul motif.

5.2 Quant à l'argument invoqué par la recourante (ch. 5 p. 10 de son mémoire de recours) selon lequel l'expertise psychiatrique perdrait toute valeur probante dès lors qu'elle ne fait nullement référence à la CIF ou à la mini-CIF-APP ([petite] échelle de classement fondée sur la Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé permettant d'évaluer les conséquences des troubles psychiatriques sur l'activité et la participation), il ne saurait être admis.

5.2.1 Selon la jurisprudence du TF, l'expert mandaté est libre de définir les examens cliniques qu'il souhaite pratiquer, de confronter ses observations cliniques avec celles des médecins traitants et de recourir à des tests complémentaires (notamment de type psychométrique ou sanguin) qu'il juge nécessaires à la bonne exécution de son mandat (TF 9C_843/2019 du 3 septembre 2020 c. 4.3).

S'agissant en particulier de la (mini-)CIF, s'il est vrai que la pratique a précisé que le fait d'y avoir recours, en tant que complément à la CIM-10, était autorisé pour évaluer la capacité de travail (SVR 2015 IV n°10 c. 4.3.2), il n'en demeure pas moins que l'expert mandaté n'a pas l'obligation de s'y référer, cette manière de procéder ne constituant qu'un complément pouvant, dans certaines situations, s'avérer utile (arrêt TF 9C_157/2019 du 28 octobre 2019), au même titre que d'autres instruments à disposition (comme le seraient notamment l'évaluation de la capacité de performance fonctionnelle [ECF], l'auto-appréciation des propres capacités fonctionnelles [PACT]), ceux-ci ne constituant également que des aides à l'orientation pour les spécialistes désignés, servant à concrétiser leur pratique par rapport aux aspects normatifs importants (cf. société suisse des médecins-conseils et médecins d'assurance, www.medecins-conseils.ch/manual/4/aufarztzeugnis/hilfsmittelbeurt). Dans la mesure où la recourante a joint à son mémoire de recours (PJ 4) un extrait des lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance édictées par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP) en mettant en évidence certains extraits, le TA a rappelé à ce sujet, dans son JTA 2017/932 du 29 avril 2019 c. 4.1.1, que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), les lignes directrices de la SSPP ne constituent également qu'une aide à l'orientation pour les spécialistes désignés comme experts, servant à concrétiser leur pratique par rapport aux aspects normatifs importants. Ni la loi, ni la jurisprudence n'exigent toutefois qu'une expertise psychiatrique soit établie d'après les standards ou lignes directrices susmentionnés. Aussi, une expertise ne perd-elle pas de sa force probante du seul fait qu'elle ne s'appuie pas sur les standards de qualité précités (arrêts TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 [publié dans SVR 2018 IV n° 76] c. 5.4 et 8C_433/2017 du 12 septembre 2017 c. 3.4.1 et les références citées). La question de la force probante d'une expertise médicale doit être

tranchée à la lumière des critères posés par la jurisprudence du TF relative à la valeur probante des documents médicaux (c. 2.6 supra) et non en fonction de recommandations édictées dans la pratique (voir à ce sujet encore: arrêt TF 9C_538/2015 du 25 février 2016 c. 5.2 et les références citées).

5.3 Pour le surplus et toujours sur le plan formel, l'expertise bidisciplinaire rendue sur mandat de l'Office AI (y compris les précisions qui y ont été apportées le 23 septembre 2019) répond à tous les égards aux réquisits formels posés par la jurisprudence du TF et apparaît comme étant complète et convaincante. Elaborée sur la base de deux entretiens personnels (menés successivement par les spécialistes en psychiatrie et orthopédie) avec l'assurée, elle fournit les renseignements et évaluations devant permettre à l'administration et au juge d'estimer le caractère invalidant des atteintes à la santé de la recourante. Elle comporte en effet une anamnèse explorant les volets professionnel, familial, psychosocial et psychiatrique (dos. AI 138.2/3 et 4). Les avis médicaux antérieurs figurant au dossier ont été énumérés et pris en considération par les experts, démontrant une étude approfondie et consciencieuse du dossier. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions des experts sont motivées.

6.

Sur le plan matériel, les tâches spécifiques et exclusives incombant à l'expert impliquent essentiellement qu'il pose un diagnostic et décrive l'incidence des atteintes à la santé constatées sur la capacité de travail (voir c. 2.4. et par ex. TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 c. 7.1).

6.1 Sous l'angle orthopédique tout d'abord, il appert que c'est sur la base du dossier radiologique de l'assurée et suite à un examen clinique fouillé de la recourante (des membres inférieurs/supérieurs, du bassin et des hanches, examens qualifiés de sans particularités, dos. AI 138.3/3 et 4), que l'expert orthopédiste a retenu, au niveau dorsal, des cervicalgies chroniques (M54.2 CIM-10) dues à des altérations dégénératives de la colonne cervicale, celles-ci ayant une incidence sur la capacité de travail

de l'assurée. Sans effets sur celle-ci ont été évoquées des lombalgies chroniques récidivantes non irradiantes (M54.5 CIM-10). Ne négligeant pas la présence avérée de phénomènes d'usure au niveau des vertèbres cervicales (dos. AI 138.3/6), tout en n'omettant pas d'évoquer les lombalgies éprouvées par l'assurée (que cette dernière considère néanmoins comme n'ayant pas d'effets significatifs [*wesentlich*] sur sa capacité de travail), l'expert a estimé que la recourante était à même d'exercer, sur le plan orthopédique, une activité professionnelle n'imposant pas le port de charges allant au-delà de 10 kilos, des postures exigeantes au niveau de la tête ou encore des mouvements répétitifs des bras au-dessus de la tête.

Au vu du raisonnement médical de l'expert en orthopédie, devant être qualifié d'abouti et demeuré par ailleurs incontesté, il n'y a pas lieu de mettre en doute les conclusions arrêtées par ce dernier.

6.2

6.2.1 Toujours au niveau matériel, mais sur le plan psychiatrique, le raisonnement de l'expert psychiatre fait montre d'une réflexion médicale soigneuse. En effet, après avoir pris en considération les plaintes et le mal-être exprimés par la recourante (qui se sent angoissée, fatiguée et sans énergie), l'expert a exposé ses propres observations. Il a ainsi décrit l'assurée comme étant orientée, sans altération de la pensée ou souffrant d'une quelconque forme de délire ou d'hallucination, sans altération de la concentration, de l'attention ou de la mémoire. D'un point de vue psychomoteur, il n'a relevé aucune agitation, la recourante étant dépeinte comme étant à l'aise lors de l'entretien, à même de soutenir le regard de son interlocuteur et capable de répartie. L'expert psychiatre n'a également pas omis de rappeler, dans un premier temps, le contexte dans lequel l'assurée avait été submergée par ses souffrances, en 2006 et en 2013 (séparation douloureuse, puis épisodes de violence sexuelle endurée par une de ses filles, assurée ayant basculé dans la dépendance à l'alcool). Sur ces bases, l'expert a ensuite livré une analyse logique en vue de déterminer au plus précis les pathologies psychiatriques entrant en considération.

6.2.2 Dans la lignée des troubles névrotiques, conscient que des fragilités de nature anxieuse avaient été invariablement évoquées par ses confrères, l'expert a essayé d'arrêter au plus précis l'affection incriminée. Contrairement aux critiques émises par la recourante, l'expert n'a pas fait montre d'un raisonnement réducteur, qui aurait consisté, en l'absence d'éléments constitutifs marqués (l'expert n'ayant pu percevoir d'angoisses ou de craintes marquées lors du déroulement de l'expertise), à exclure toute pathologie névrotique. Il a, bien au contraire, tenu compte de l'avis de ses confrères et de l'expert psychiatre mandaté en 2015, et, partant, tempéré son jugement en estimant que l'on pouvait admettre la présence d'un trouble anxieux invalidant chez la recourante, qu'il a qualifié, au moment de l'expertise, en raison de ses observations cliniques, de généralisé ou persistant ("flottant" *flottierende Angst*, dos. AI 138.2/7), par opposition à la présence de manifestations anxieuses qui seraient déclenchées exclusivement par l'exposition à une situation déterminée. Le TA estime, contrairement à l'avis de la recourante, qu'une évolution encourageante dans l'état de santé psychique de l'assurée est rendue crédible par l'expert psychiatre (ce dernier ne parle pas d'une amélioration en tant que telle, mais bien plutôt d'une tendance vers un mieux-être: *Besserungstendenz*, dos. AI 138.2/7). En effet, l'examen comparatif de la description de l'assurée opérée par l'expert en 2018 (cf. c. 6.2) contraste avec l'état constaté en 2015 par son confrère, ce dernier ayant alors décrit l'assurée comme étant fébrile, sous tension et donnant l'impression d'être à bout. Par exemple, la recourante contrôle mieux ses appréhensions qui se manifestaient, par le passé, par de l'agoraphobie, et il n'est plus question, désormais, que de comportements d'évitement. Dans le même ordre d'idée et toujours sous l'angle des troubles anxieux, l'assurée a gagné en mobilité (conduite de son véhicule, voyages en train), alors qu'en 2015 (dos. AI 28.2/14), la recourante n'était plus à même de faire ses courses, de prendre l'avion ou de faire un trajet en voiture qui ne lui était pas familier.

Au vu de l'analyse opérée par l'expert psychiatre, il ne se justifie pas de s'écarter des conclusions de ce dernier, qui a retenu, dans la lignée des troubles névrotiques, une anxiété généralisée (F41.1 CIM-10).

6.2.3 Conscient que, par le passé, un trouble dépressif (récurrent) de moyenne intensité avait été diagnostiqué, l'expert psychiatre a pris en considération les éléments permettant d'identifier la nature et l'intensité du trouble de l'humeur dont souffre l'assurée. Ainsi, après ses premières observations, qui n'ont mis en lumière aucune particularité (cf. c. 6.2.1), l'expert a observé la présence d'une humeur (seulement) mélancolique chez l'assurée, non oppressante, par opposition à un sentiment de profonde tristesse ou encore d'idées suicidaires qu'aurait une patiente sous l'emprise d'un trouble plus marqué. C'est également en tenant compte de son rapport affectif à l'autre, non altéré, de l'absence de tout signe de repli ou d'introspection, en présence d'une assurée décrite comme étant vivante, au même titre que son discours qualifié de fluide, que l'on peut aisément déduire les raisons qui ont amené l'expert à ne retenir qu'une dysthymie en lieu et place d'une pathologie dépressive plus marquée, tout en relevant néanmoins que l'expert n'a pas négligé le fait que des phases dépressives un peu plus accentuées pourraient survenir à intervalles réguliers. Dans ces conditions, l'on ne saurait reprocher à l'expert de n'avoir pas pratiqué un examen comparatif avec les conclusions de ses confrères, les motifs ayant guidé son raisonnement par rapport au leur pouvant aisément être compris.

6.3 Partant, il apparaît que c'est de manière probante que le spécialiste en psychiatrie a retenu que la recourante souffrait d'un trouble anxieux généralisé (F41-1 CIM-10) et d'une dysthymie (F34.1 CIM-10). Contrairement à l'avis de la recourante, c'est en tenant compte des fragilités psychiatriques susmentionnées et de la présence de cervicalgies que les experts, dans leur synthèse répondant aux questions du mandat d'expertise, ont arrêté un profil d'exigibilité correspondant à une activité n'impliquant dans la mesure du possible pas de travail en équipe mais bien plutôt exercée dans un environnement calme et ne sollicitant que peu ou moyennement le rachis (permettant de varier les positions, n'imposant pas de postures exigeantes au niveau de la nuque ni de ports de charges au-delà de 10 kilos). En respectant ce profil, l'expertise a conclu à une capacité de travail de 60% dans la dernière activité exercée, et de 70% dans une activité adaptée. Les experts se sont également prononcés sur l'opportunité d'organiser d'éventuelles mesures d'accompagnement, qu'ils

ont niée, dans la mesure où l'assurée n'est pas à même de se projeter dans une quelconque activité professionnelle. Les experts ont donc rempli la mission qui leur incombe matériellement, en déduisant des maux évoqués par les autres médecins et la recourante une liste censée de diagnostics restreignant les capacités fonctionnelles et en les profilant de façon raisonnée. Ils en ont aussi proposé une estimation quantifiée étayée en ampleur et dans le temps (qu'il conviendra de vérifier sous l'angle juridique, cf. ci-après: c. 6.5). Il en découle que l'évaluation des experts est cohérente sur le plan médico-théorique et qu'il n'y a pas lieu d'organiser d'autres mesures d'instruction.

6.4 L'appréciation commune des experts, corroborée par celle du corps médical unanime (seul le généraliste traitant ayant évoqué des lombalgies récidivantes, dos. AI 124/4), selon laquelle aucune incapacité somatique ne vient s'ajouter à celle psychique si l'activité exercée ne sollicite pas le corps de manière importante, ne prête pas davantage le flanc à la critique.

6.5 Concernant la capacité de travail (devant être examinée sous l'angle psychiatrique uniquement, cf. c. 6.4), le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine désormais (cf. c. 2.3), et pour autant qu'une telle atteinte résiste préalablement déjà aux motifs d'exclusion, au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée qui s'applique à l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7, 143 V 409 et 141 V 281 c. 4.1). En l'occurrence, il appert que les diagnostics retenus par l'expert psychiatre résistent à d'éventuels motifs d'exclusion (même si un soupçon d'inconsistance a été évoqué par l'expert, qu'il a néanmoins mis en balance avec une légère tendance de l'assurée à s'appesantir sur ses difficultés et à douter de ses capacités [*schwaches Selbstvertrauen*], dos. AI 138.2/7 et 8). Dans son analyse, l'expert psychiatre a également attesté la présence de facteurs de compensation. Il a ainsi évoqué le fait que l'assurée faisait preuve d'une bonne compliance médicamenteuse, disposait d'une formation professionnelle certifiée et d'expériences professionnelles diversifiées, qu'elle bénéficiait certes d'un réseau social restreint, mais de qualité, entretenant des liens familiaux privilégiés avec ses parents (dans le voisinage duquel elle s'était installée, sa mère préparant le repas de midi),

ses filles et ses petits-enfants (dont elle s'occupe) et quelques voisins avec qui elle entretient des contacts réguliers. L'expert psychiatre n'a également pas négligé les facteurs de contrainte ayant entamé les ressources de la recourante entravant son rendement (fatigabilité, diminution de l'endurance, vulnérabilité au stress). Partant, c'est logiquement qu'il a retenu un pensum exigible à hauteur de 70% dans un emploi adapté (exercé de préférence seule et sans contrainte de rendement). Ce faisant, l'expert psychiatre a pris en considération les évaluations des psychiatres traitants rédigées depuis le dépôt de la demande AI de la recourante (2015), ces derniers ayant invariablement estimé que leur patiente était dans l'incapacité totale à travailler, sans perspective d'évolution. La confirmation de leur appréciation même après l'expertise, sans éléments nouveaux, ne remettait donc pas en cause les conclusions de cette dernière, ce qui a été confirmé par l'expert psychiatre dans les réponses apportées le 23 septembre 2019. Il est au demeurant intéressant de relever que le généraliste traitant avait émis, quant à lui, en juin 2018 (dos. AI 124/5), un pronostic favorable (non chiffré), si l'assurée était bien entourée (médicalement, professionnellement). Les nouvelles informations communiquées pendant la procédure judiciaire (en février et avril 2021), y compris le bilan d'ergothérapie et physiothérapie produit à l'appui, ne sont pas de nature à influencer sur l'évaluation de l'état de santé de la recourante jusqu'à la date déterminante de la décision (ATF 131 V 242 c. 2.1; SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4).

6.6 Au vu de ce qui précède, tant en raison des diagnostics retenus, que de l'estimation de la capacité de travail, il convient de suivre le raisonnement des experts exposé dans leurs conclusions interdisciplinaires du 10 décembre 2018 (et le complément psychiatrique du 23 septembre 2019), lesquelles emportent la conviction du TA. Partant, la recourante dispose d'une capacité de travail à hauteur de 70% dans un emploi adapté (60% dans l'ancienne activité exercée).

7.

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

7.1 Dans sa décision contestée, l'Office AI, en se basant sur la méthode ordinaire de comparaison des revenus, a évalué à 30% le degré d'invalidité de la recourante, en procédant à la comparaison d'un revenu annuel sans invalidité de Fr. 61'027.- et d'un revenu exigible, compte tenu du handicap, de Fr. 42'719.- par an sur un marché du travail équilibré. Pour ce faire, l'intimé a pris en considération, tant pour le revenu de personne valide que celui d'invalides, les chiffres émanant de la table TA1 de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée (aussi en ligne) par l'Office fédéral de la statistique (OFS) en se fondant sur le salaire mensuel brut du secteur privé (2014 indexé à 2015), rubrique "total" (tous les domaines économiques), femmes, niveau 2 (tâches pratiques par ex. administratives).

La recourante, quant à elle, requiert la prise en compte, au titre de revenu de valide, du dernier salaire réalisé en 2014 dans son activité lucrative en tant qu'employée de commerce (correspondant à un montant annualisé de Fr. 89'351.-), tout en précisant (dans la mesure où le TA devrait s'écarter de ce dernier revenu) que même si elle avait changé d'employeur, elle occuperait un poste se situant au moins au niveau 3 du revenu du secteur privé, TA1, femmes, total, auquel correspond un salaire annuel (minimum) de Fr. 77'587.-.

7.2 Pour calculer le taux d'invalidité, le revenu que l'assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide, est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle après les traitements et mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale de comparaison des revenus; art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 c. 3.4.2, 128 V 29 c. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être prises en compte (ATF 129 V 222, 128 V 174).

7.3 En l'espèce, l'année de référence pour procéder à la comparaison des revenus est 2015. En effet, selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, dans l'hypothèse la plus favorable à l'assurée, celle-ci a présenté une incapacité totale à travailler au moins pendant une année sans interruption notable au plus tôt à partir d'avril 2015 (dos. AI 4, voire dans l'hypothèse la moins favorable en août 2015, dos. AI 29/3). L'assurée ayant déposé sa demande de prestations en avril 2015, le droit à une rente, contrairement aux conclusions du recours, ne pourrait ainsi pas prendre naissance dès la date de l'exercice du droit (art. 29 LPGGA) mais au plus tôt à partir du mois d'octobre 2015, année de référence pour procéder à la comparaison des revenus (art. 29 al. 1 LAI).

7.4 S'agissant du revenu de valide, contrairement à l'avis de la recourante, le TA considère qu'il n'est pas possible de se fonder sur les derniers salaires réalisés par l'intéressée dans la mesure où cette dernière n'aurait de toute manière pas conservé son poste de travail, au vu des relations conflictuelles et dégradées existant avec son ex-mari et la famille de ce dernier (propriétaires de l'entreprise qui employait alors l'assurée), cette dernière ayant même été invitée à quitter son emploi (cf. notamment Protokoll per 10.07.2020, p. 3). Des indices concrets déterminants faisant défaut pour fixer le revenu réalisable sans atteinte à la santé, il convient donc de se référer, à l'instar de l'Office AI, aux données statistiques de l'ESS (2014). Si l'on table sur les salaires bruts des femmes dans le secteur privé de la TA1, plus précisément dans le domaine d'activité 77 et 79-82, "Activités de service administratifs sans activités liées à l'emploi", niveau 3 (la recourante est titulaire d'un diplôme de secrétariat et dispose de connaissances professionnelles spécialisées), soit Fr. 5'698.- par mois (y compris part du 13^e salaire) donc 12 fois l'an, l'on parvient à un revenu annuel de Fr. 68'376.- (une indexation à l'année 2015 et une adaptation au nombre d'heures étant superflues dans la mesure où, voir infra c. 7.5, une double prise en compte analogue [tant pour le revenu de valide que celui d'invalidé] rend l'opération superflue).

7.5 La recourante n'ayant plus exercé d'activité lucrative exigible adaptée à son état depuis la cessation de son activité professionnelle en 2014, il se justifie de recourir, également pour le revenu d'invalidé, aux

tables de l'ESS. Au vu des conclusions des experts, la profession d'employée dans un bureau (*Bürokraft*, dos. AI 138.2/8) reste exigible moyennant une perte de rendement à hauteur de 30% si l'activité est adaptée. Le TA relève, à l'instar des experts, que les limitations fonctionnelles de l'assurée consistant notamment en une fatigabilité accrue, un manque de résistance et une perte d'énergie, sont tout à fait compatibles avec une activité commerciale et administrative. L'on peut donc tabler, également pour le revenu d'invalidé, sur le salaire du secteur privé du domaine d'activité 77 et 79-82, "Activités de service administratifs sans activités liées à l'emploi". Pour prendre en considération le fait que le poste de travail (adapté aux limitations de l'assurée) doit être peu stressant, calme, organisé, rattaché à une organisation peu hiérarchique et impliquer des activités individuelles préservant l'assurée de tâches complexes à résoudre, celle-ci devant se contenter de mandats moins exigeants, bien structurés et n'imposant pas de décisions importantes, il y a lieu de recourir au niveau 2 (et non plus au niveau 3) pour le domaine d'activité concerné. Il en résulte un salaire annuel au taux exigible de 70% à hauteur de Fr. 40'412.- (Fr. 57'732.- à plein temps).

7.6 De la comparaison du revenu de valide (de Fr. 68'376.-) avec le revenu d'invalidé (de Fr. 40'412.-), soit une perte de gain de Fr. 27'964.-, il résulte un taux d'invalidité arrondi à 41%, ouvrant ainsi un droit à un quart de rente.

A noter que si l'on prenait en considération la capacité de travail de 60% dans l'ancienne activité, telle qu'également évaluée par les experts, la comparaison de deux revenus identiques mènerait à un taux d'invalidité de 40% (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 c. 3a; SVR 2019 BVG n° 16 c. 4.4.2). Le seuil d'invalidité donnant droit à un quart de rente serait aussi atteint.

7.7 S'agissant de l'abattement d'au moins 15% revendiqué par la recourante (sur le maximum de 25% admis par la jurisprudence: ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2018 IV n° 46 c. 3.3), force est de constater que les limitations fonctionnelles énumérées par l'intéressée ont déjà été prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail (voir notamment c. 6.5 supra). Accorder un abattement lié au handicap dans une

telle situation aboutirait à une double comptabilisation du même aspect (SVR 2018 IV n° 45 c. 2.2). Le grief de la recourante selon lequel les nombreuses limitations fonctionnelles (activité individuelle, calme et dépourvue de stress sans port de charges contraignantes) justifieraient un abattement d'au moins 15% ne résiste pas à l'examen. En effet, la notion théorique de marché équilibré du travail qui sert de référence (critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'AI; voir ATF 110 V 273 c. 4b) implique qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si une personne invalide peut être placée eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander si elle pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (SVR 2016 IV n° 2 c. 4.4). En outre, le fait de se référer à un niveau inférieur de qualification moins bien rémunéré tient déjà compte de ces entraves à l'emploi.

A toutes fins utiles, le TA précise que même si l'on devait prendre en compte un abattement sur le revenu statistique d'invalide, celui-ci ne saurait être supérieur à 10% et le taux d'invalidité n'atteindrait toujours pas les 50% ouvrant le droit à une demi-rente (revenu d'invalide avec abattement de Fr. 36'370.- [cf. c. 7.4: $0,9 \times \text{Fr. } 40'412.-$], représentant une perte de gain de Fr. 32'006.-, dont résulte un degré d'invalidité de 46,8%, soit 47% arrondis; ATF 130 V 121 c. 3.2). Ainsi, même en tenant compte d'un abattement de 10%, le degré d'invalidité resterait inférieur à 50%.

8.

8.1 Au vu de ce qui précède, on ne peut donc suivre l'intimé lorsqu'il nie tout droit à des prestations AI. Par conséquent, le recours doit être partiellement admis et la décision contestée du 1^{er} mai 2020 annulée dans la mesure où elle refusait toute rente d'invalidité à l'assurée. Un quart de rente d'invalidité est alloué à la recourante dès le 1^{er} octobre 2015. Pour le surplus, le recours est rejeté. L'intimé fera procéder au calcul du montant

des rentes (y compris éventuelles rentes accessoires pour enfants) dues à la recourante.

8.2 En l'espèce, l'assurée a conclu, à titre principal, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 9 avril 2015. Selon la jurisprudence, si les divergences entre les conclusions et le jugement relatives à la quotité et la durée d'une prestation d'assurance sociale n'ont pas eu d'influence sur l'ampleur de l'examen judiciaire, elles n'en ont pas non plus sur la répartition des frais et dépens. Tel est le cas en l'espèce et le gain de cause partiel, à cet égard, équivaut à un gain de cause total (ATF 117 V 401 c. 2c; TF 9C_580/2010 du 16 novembre 2010 c. 4.1; SVR 2016 IV n° 12 c. 5).

8.3 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^{bis} LAI et 108 al. 1 et 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

8.4 La recourante devant être considérée comme obtenant totalement gain de cause, représentée par un avocat, a droit au remboursement de ses dépens dans la mesure fixée par le Tribunal (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 23 juillet 2020, 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 dans des cas semblables, sont fixés à un montant de Fr. 3'128.45 (honoraires: Fr. 2'835.-, débours: Fr. 69.80 et TVA: Fr. 223.65).

Par ces motifs:

1. Le recours est partiellement admis et la décision contestée est annulée dans la mesure où elle refuse toute rente d'invalidité. Un quart de rente d'invalidité est alloué à la recourante dès le 1^{er} octobre 2015. L'intimé fera procéder au calcul et au versement de cette prestation ainsi que des éventuelles rentes pour enfant qui en dépendent. Le recours est rejeté pour le surplus.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais de Fr. 800.- versée par la recourante sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 3'128.45 (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,
 - à E._____.

La présidente:

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).