

200.2021.488.AI
N° AVS A. _____
BEP/REN

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

Jugement du juge unique du 10 janvier 2022

Droit des assurances sociales

C. Tissot, juge
P. Berberat, greffier

A. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 21 mai 2021



En fait:

A.

A. _____, née en 1966, a déposé le 11 juin 2020 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office AI Berne, sans toutefois donner d'indications quant aux atteintes à sa santé.

B.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'Office AI Berne a recueilli des rapports médicaux des médecins et de la psychologue ayant traité l'assurée, desquels il est ressorti que celle-ci souffrait d'histaminose et d'un trouble de la personnalité (personnalité borderline). L'Office AI Berne a ensuite invité un psychologue de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR) à se prononcer sur le dossier. Dans son rapport du 27 avril 2021, celui-ci a recommandé de procéder à une expertise médicale bidisciplinaire (psychiatrie et médecine générale), afin de pouvoir se déterminer sur la capacité de travail de l'intéressée. Le 30 avril 2021, l'Office AI Berne a informé l'assurée de l'expertise médicale prévue et de l'institution spécialisée désignée à cet effet, l'avertissant que sans expertise médicale, il ne pourrait pas décider de manière concluante de son droit aux prestations et que si elle ne collaborait pas ou de manière insuffisante aux mesures d'instruction médicales exigibles, il statuerait en l'état du dossier ou n'entrerait pas en matière sur sa demande de prestations. Par courrier du 17 mai 2021, l'assurée a fait part à l'Office AI Berne qu'il lui apparaissait impossible de participer à une telle expertise en raison des risques sanitaires qu'elle estimait courir. Le 21 mai 2021, après avoir recueilli l'avis de son SMR, l'Office AI Berne a une nouvelle fois invité l'assurée à se soumettre à une expertise bidisciplinaire. Par décision du même jour, l'Office AI Berne a par ailleurs maintenu le mandat d'expertise auprès du centre d'expertises médicales désigné à cet effet. Par courrier du 3 juin 2021, l'assurée a réagi aux deux écrits de l'Office AI Berne, réitérant en substance qu'elle n'était pas en mesure de se rendre à l'expertise prévue, tout en précisant que cela ne signifiait en aucun cas qu'elle n'était

pas prête à coopérer et qu'elle restait à disposition pour trouver des alternatives et des solutions dans le but de continuer la procédure d'instruction de sa demande de prestations AI. Dans une préorientation du 8 juin 2021, l'Office AI Berne a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations, dans la mesure où, malgré la mise en demeure écrite qui lui avait été adressée, elle n'était pas d'accord de se rendre à l'expertise prévue, alors qu'il était médicalement raisonnablement exigible de sa part qu'elle s'y soumette.

C.

Par acte adressé le 28 juin 2021 au Tribunal administratif du canton de Berne (TA), l'assurée a derechef déclaré s'opposer à la décision du 21 mai 2021, se référant notamment à ses courriers des 17 mai et 3 juin 2021 et exposant une nouvelle fois les motifs qui l'empêchaient de donner suite à la demande d'expertise de la manière enjointe par l'intimé; à l'appui de son recours, elle a produit un certificat médical de son médecin généraliste du 11 mai 2021. Elle a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire, requête qu'elle a complétée en date du 19 juillet 2021. Dans son mémoire de réponse du 20 août 2021, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 21 mai 2021 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et prononce l'obligation de la recourante de se soumettre à une expertise médicale bidisciplinaire auprès de l'institution désignée à cet effet. Au vu des motifs du recours, l'objet du litige porte quant à lui sur la poursuite de l'instruction de la demande de prestations de la recourante par d'autres

modalités que l'expertise en question. Est particulièrement critiquée l'exigibilité pour la recourante, en raison de son état de santé et de la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), de se déplacer à Nyon pour se soumettre à l'expertise bidisciplinaire prévue.

1.2 L'indication d'entreprendre une expertise constitue une décision incidente (art. 55 al. 1 LPGA en corrélation avec les art. 5 al. 2 et 46 PA); une telle décision peut notamment être contestée si elle est susceptible de provoquer un dommage irréparable pour la personne assurée. Cette condition de recevabilité doit être admise pour ce qui concerne les recours de première instance en matière d'AI, et la décision incidente peut dès lors être contestée en invoquant tous les griefs en droit et en fait prévus par la loi (ATF 138 V 271 c. 1.2.1 et 1.2.3, 137 V 210 c. 3.4.2.7).

1.3 Interjeté en temps utile (voir l'ordonnance du 22 juillet 2021), dans les formes prescrites et par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.4 S'agissant d'un recours contre une décision incidente, le jugement de la cause incombe au juge unique de la Cour des affaires de langue française du TA (art. 54 al. 1 let. c et 57 al. 2 let. b de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.5 Le TA 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 Aux termes de l'art. 28 LPGA, les assurés et les employeurs doivent collaborer gratuitement à l'exécution des différentes lois sur les assurances

sociales (al. 1). Quiconque fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit, fixer les prestations dues et faire valoir les prétentions récursoires (al. 2). Selon l'art. 43 al. 1 phr. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (voir également l'art. 69 al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 10961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGA). L'art. 49 al. 1 LPGA dispose par ailleurs que l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord.

2.2 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité et, partant, le droit aux prestations de l'AI, l'administration 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. 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 (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1).

2.3 Si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions (art. 44 LPGGA). Dans un premier temps, l'Office AI communique à la personne assurée qu'une expertise va être entreprise et lui indique le genre de l'expertise (pluri-, mono- ou bidisciplinaire), ainsi que les disciplines médicales envisagées et les questions qui seront posées aux experts. A ce stade, la personne assurée peut tout d'abord faire valoir ses objections matérielles (non liées aux personnes) contre le principe de procéder à une expertise ou contre le genre ou l'ampleur de celle-ci (par exemple en faisant valoir qu'il s'agit d'une "second opinion" inutile ou s'agissant du choix des disciplines médicales). Par ailleurs, elle est en droit de prendre position face aux questions à poser aux experts (ATF 138 V 271 c. 1.1, 137 V 210 c. 3.4.2.9). Dans un second temps, l'Office AI indique à la personne assurée le centre d'expertises médicales attribué par le système "SuisseMED@P" ou, en cas d'expertise mono- ou bidisciplinaire, l'identité de l'expert ou des experts désignés, ainsi que les noms des spécialistes (avec les titres professionnels correspondants) des disciplines médicales concernées. A ce stade, des motifs de récusation (formels ou matériels) spécifiques à la personne des experts peuvent également être soulevés (ATF 140 V 507 c. 3.1, 139 V 349 c. 5.2.2.2, 138 V 271 c. 1.1, 137 V 210 c. 3.4.2.7).

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

3.

3.1 Dans la décision contestée, l'intimé a confirmé la nécessité d'un examen médical, afin de se prononcer sur le droit de la recourante aux prestations de l'AI, considérant qu'au vu de la prise de position de son SMR du 20 mai 2021, il était raisonnablement exigible que l'assurée se rende à Nyon auprès du centre d'expertise médicale mandaté pour entreprendre l'expertise envisagée.

3.2 Pour sa part, la recourante fait valoir en substance qu'il lui est impossible de se rendre à l'examen prévu en raison de sa peur malade de contracter la COVID-19. Elle expose que, durant plus de 14 mois, elle a tout fait pour éviter d'être contaminée, en particulier en ne sortant pratiquement plus de chez elle et en ne rencontrant plus personne. Dans sa prise de position adressée le 17 mai 2021 à l'intimé, à laquelle elle se réfère dans son recours, la recourante déclare notamment que l'idée de se retrouver parmi beaucoup de gens, dans un lieu public tel qu'un centre médical, de surcroît durant plusieurs heures, lui est absolument inconcevable. Elle ajoute que le temps de trajet jusqu'à Nyon depuis son domicile, ainsi que la durée et les examens spécialisés prévus, augmentent le nombre de personnes qu'elle serait amenée à rencontrer et, partant, les risques potentiels de contracter la COVID-19. Dans son recours, la recourante souligne encore qu'elle désire coopérer avec l'AI et ne s'oppose pas à une expertise, mais ajoute que le problème réside dans la procédure choisie par l'Office AI Berne (lieu, genre d'endroit). Pour cette raison, elle a proposé à ce dernier des alternatives ne mettant pas sa santé en jeu et a demandé que le dialogue se poursuive dans la recherche de solutions, y compris celle de remettre l'expertise à plus tard, après une nette diminution du risque lié à la COVID-19.

3.3 Les éléments médicaux suivants ressortent du dossier.

3.3.1 Dans un rapport du 2 mars 2020, rédigé à la suite d'une consultation du 18 février 2020, le médecin-chef adjoint d'un service de neurologie hospitalier a diagnostiqué chez la recourante la présence de migraines communes et probables migraines avec aura visuelle, de douleurs diffuses au niveau de l'ensemble du corps, survenant

éventuellement dans le cadre d'une tendance à la somatisation, ainsi que d'un probable pseudo-déclin cognitif, lié à une thymie probablement assombrie et à des troubles attentionnels dans le même contexte. Dans son anamnèse, le spécialiste a relevé que la patiente avait présenté de fortes douleurs dans tout son corps pendant environ deux semaines en été 2019, à l'occasion d'un déménagement. Il a notamment indiqué qu'elle présentait des céphalées holocrâniennes, de même que des troubles de la mémoire. Il a déclaré que l'examen neurologique pratiqué ne montrait pas de signe de latéralisation et était sans particularité. Il a conclu que les céphalées de la patiente étaient d'allure migraineuse, éventuellement avec aura visuelle, et que les troubles mnésiques représentaient plutôt un trouble attentionnel dans le cadre d'une thymie assombrie.

3.3.2 Le médecin généraliste de la recourante, dans un rapport du 21 juillet 2020 rédigé à l'attention de l'Office AI Berne, a attesté une incapacité de travail de 100% pour une durée indéterminée à partir du 29 décembre 2017. Il a indiqué voir sa patiente deux à trois fois par an et a constaté comme antécédents médicaux une histaminose, une thyroïdite d'Hashimoto, un asthme allergique, un côlon irritable, des migraines et une hystérectomie partielle. Il a relevé de l'asthénie, qui rend les gestes de la vie quotidienne compliqués et un travail encore plus lourd à supporter, un isolement social et une humeur triste.

3.3.3 Dans un rapport circonstancié du 10 février 2021, la psychologue traitant la recourante a décrit la situation de sa patiente. Comme diagnostic actuel influençant la capacité de travail, elle a retenu un trouble de la personnalité émotionnellement instable et borderline (ch. F60.31 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), présent depuis 2009. Après avoir posé une anamnèse très détaillée sur les plans familial, scolaire, professionnel, social et médical, elle a indiqué en substance que la patiente souffrait depuis des années de profonds sentiments de futilité et d'inutilité, son humeur étant nettement dépressive et sa capacité de résilience extrêmement faible. La psychologue a souligné que l'assurée vivait seule avec de nombreux chats, dans un grand isolement social parce que celle-ci estimait que les contacts humains

représentaient une perte de temps. L'assurée n'avait en particulier pratiquement plus de contacts avec sa fille et sa mère, de même qu'avec sa petite-fille de 10 ans, qu'elle avait gardé auparavant pendant trois ans. La praticienne a déclaré que sa patiente avait perdu le rythme jour/nuit, ne sortait plus du tout depuis le début de la pandémie de COVID-19 et que ses consultations psychothérapeutiques n'étaient possibles que par téléphone. Elle a précisé que la patiente possédait une structure de personnalité très stressée et ne supportait pas la pression, ce en raison des expériences traumatisantes et des lourdes pertes émotionnelles vécues et malgré les bonnes ressources intellectuelles dont elle disposait. Elle a émis un pronostic défavorable concernant la capacité de travail, considérant que les expériences faites au cours des neuf dernières années montraient que les tentatives de reclassement professionnelles entreprises avaient toujours échoué, indépendamment du taux d'occupation, et que cet état de fait était devenu chronique en raison d'un trouble psychique profond.

3.3.4 Appelé à se prononcer sur le dossier de la recourante, le psychologue du SMR, dans un premier avis du 27 avril 2021, a constaté que l'assurée souffrait depuis plusieurs années d'une symptomatologie dépressive, d'une problématique sur le plan de la personnalité et de la gestion des émotions ainsi que, sur le plan somatique, de douleurs diffuses, d'un asthme allergique, de migraines et d'une thyroïdite de Hashimoto. Il a recommandé de procéder à une expertise médicale bidisciplinaire en psychiatrie et en médecine générale. Dans son second rapport du 20 mai 2021, le psychologue du SMR a considéré qu'au vu du rapport détaillé de la psychologue traitante du 10 février 2021, il n'y avait chez l'assurée, sur le plan psychiatrique, aucune maladie significative (délire, trouble du spectre schizophrénique, etc.) justifiant son absence au rendez-vous fixé pour procéder à l'expertise bidisciplinaire prévue. Le psychologue a ajouté que la peur de la COVID-19 était concevable, mais ne faisait dans ce cas précis pas partie d'un trouble psychiatrique défini. Il a relevé que l'assurée avait d'ailleurs elle-même proposé un autre rendez-vous chez un psychiatre de la région et qu'elle poursuivait régulièrement ses séances thérapeutiques auprès de sa psychologue traitante. Il a conclu que, malgré les raisons invoquées par l'assurée, il était toujours exigible

pour celle-ci, d'un point de vue purement psychiatrique/psychologique, de se rendre à Nyon pour l'expertise prévue, même si cela allait demander un effort psychique.

3.4. Sur le vu des avis médicaux présentés ci-avant, la nécessité d'une expertise bidisciplinaire ne saurait être remise en cause. Ces avis figurant au dossier sont en effet clairement insuffisants en vue d'établir de manière complète l'état de fait déterminant d'un point de vue médical en englobant toutes les atteintes somatiques et psychiques ainsi que leurs intrications et leurs répercussions sur la capacité de travail et de rendement de la recourante dans une éventuelle activité lucrative exigible de sa part. Ces derniers aspects ne sont pas évalués de manière précise dans les avis précités, ni quant à leur ampleur, ni pour ce qui concerne leur évolution dans le temps. Il se justifie dès lors sans conteste d'organiser une expertise bidisciplinaire en psychiatrie et médecine interne; pour ce faire, le choix de l'intimé de mandater une institution spécialisée dans ce genre d'approche ne saurait être critiqué.

3.5 Cela étant, force est certes de reconnaître que les troubles dont la recourante est atteinte entraînent des difficultés dans la vie quotidienne, notamment pour ce qui concerne les déplacements; l'intimé ne le conteste d'ailleurs pas. Dans un certificat médical établi le 11 mai 2021 à la suite de la convocation par l'intimé à l'expertise médicale ici en cause, le généraliste traitant la recourante a précisé à cet égard que sa patiente présentait une certaine nosophobie entraînant un repli social encore plus important que d'habitude et qu'elle n'était pas sortie de chez elle depuis le début de la pandémie, c'est-à-dire depuis 14 mois. Il a estimé qu'il paraissait donc impossible de lui imposer un voyage de plusieurs heures dans les transports en commun pour se rendre dans un centre médical avec de nombreux passagers et donc de nombreuses possibilités d'infection. Il a considéré en revanche qu'un examen dans un milieu protégé, voire en visioconférence, à une distance acceptable du domicile de sa patiente et en compagnie d'une personne de confiance serait plus judicieux. Il n'en demeure pas moins qu'un déplacement du domicile de la recourante jusqu'au lieu de l'expertise ne saurait être d'emblée considéré comme étant inexigible pour des raisons médicales. En particulier, il ne ressort pas du

rapport du 10 février 2021 de la psychologue traitante que la recourante ne soit aucunement en mesure de se déplacer en raison du diagnostic actuel posé d'un trouble de la personnalité émotionnellement instable et borderline (voir ci-dessus c. 3.3.3), si un tel déplacement est organisé de manière judicieuse. Ce diagnostic ne s'avère donc pas incompatible avec le déroulement d'une expertise médicale dans une institution spécialisée, durant même plusieurs jours. Compte tenu des deux avis médicaux précités, il n'apparaît par exemple pas qu'un déplacement en véhicule privé du domicile de la recourante au centre d'expertise médicale ne soit pas envisageable, de manière à éviter les transports publics et tout contact avec des tierces personnes autres qu'une personne accompagnant la recourante dans une voiture individuelle. A ce propos, si le médecin traitant a certes estimé qu'un voyage de plusieurs heures paraissait impossible dans les transports en commun, il n'a toutefois pas envisagé un transport privé. Il n'a pas non plus retenu de diagnostic empêchant le déroulement de l'expertise en cause. A cet égard, le psychologue du SMR a pris position de manière circonstanciée dans son rapport du 20 mai 2021. Il est ainsi d'avis que les documents médicaux au dossier ne décrivent pas un tableau clinique ni de limitations fonctionnelles objectives qui rendrait impossible pour l'assurée un déplacement au centre d'expertise médicale de Nyon pour se soumettre aux examens médicaux prévus.

Il faut donc admettre que l'analyse détaillée de la situation faite par le SMR dans le rapport du 20 mai 2021 s'avère convaincante. A sa lecture, force est de reconnaître que, malgré les troubles dont souffre indéniablement la recourante et dont la gravité ne saurait être niée, une impossibilité absolue pour celle-ci de se déplacer à Nyon pour se soumettre à l'expertise bidisciplinaire prévue n'était pas établie selon un degré de vraisemblance prépondérante au moment où la décision contestée du 21 mai 2021 a été rendue (moment généralement déterminant en droit des assurances sociales pour l'appréciation de l'état de fait et des moyens de preuve, ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). Le cas échéant, il est loisible à la recourante de prendre contact avec l'intimé suffisamment tôt pour requérir de l'aide dans l'organisation du transport de son domicile au centre d'expertise, par exemple par un service de taxis pour personnes

handicapées, afin d'éviter les transports publics (voir JTA AI/2017/538 c. 3.5).

3.6 En conséquence, l'intimé pouvait à juste titre exiger de la part de la recourante qu'elle se rende à Nyon pour se prêter aux examens médicaux nécessaires dans le cadre d'une expertise bidisciplinaire, afin de procéder à des investigations plus approfondies quant à son état de santé et sa capacité de travail. La recourante n'ayant pas donné suite à la mise en demeure formellement conforme à ce qu'exige l'art. 43 al. 3 LPGA, qui lui a été adressée le 30 avril 2021, c'est à bon droit que l'intimé a considéré qu'elle refusait de collaborer à l'instruction de manière adéquate et a rendu la décision contestée du 21 mai 2021.

4.

4.1 Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

4.2 Aux termes de l'art. 61 let. f^{bis} LPGA en relation avec l'art.69 al. 1^{bis} LAI, la procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires. La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, doit ainsi supporter les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 500.-. Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu de lui allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

4.3 La recourante a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée aux frais de justice.

4.3.1 Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès. (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

4.3.2 Au vu des pièces produites à l'appui de sa requête, la condition financière est remplie, la recourante bénéficiant de prestations d'aide

sociale (ATF 128 I 225 c. 2.5.1). En outre, les chances de succès du recours ne pouvaient être d'emblée niées (ATF 129 I 129 c. 2.3.1, 122 I 267 c. 2b et les références). La requête peut dès lors être admise et la recourante mise au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure. Ceux-ci sont provisoirement supportés par le canton.

4.3.3 La recourante doit toutefois être rendue attentive à son obligation de remboursement envers le canton si elle devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272] par renvoi de l'art. 112 al. 2 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire, limitée aux frais de justice, est admise.
3. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 500.-, sont mis à la charge de la recourante. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le juge:

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).