

200.2021.601.AI
N° AVS
BEP/EGC

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

Jugement du 22 août 2022

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président
M. Moeckli, A.-F. Boillat, juges
Ph. Berberat, 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 2 juillet 2021



En fait:

A.

A. _____, née en 1969, a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 3 décembre 2001, indiquant souffrir de dépression. Après avoir instruit la demande, l'Office AI Berne, par décision du 12 octobre 2004, a alloué rétroactivement à l'assurée une rente entière limitée dans le temps, pour la période du 1^{er} août 2001 au 30 septembre 2002. Le 19 janvier 2016, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI, invoquant une incapacité de travail totale, présente depuis fin juin 2015, due à un ralentissement psychomoteur et un trouble dépressif récurrent avec épisode sévère sans symptôme psychotique. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office AI Berne, en vue de clarifier l'état de santé de l'assurée et les répercussions de celui-là sur la capacité de travail de celle-ci, a notamment organisé une expertise psychiatrique, dont le rapport a été produit en date du 18 avril 2017. Sur cette base, l'Office AI Berne, par décision du 23 février 2018, a alloué rétroactivement une rente entière limitée dans le temps, pour la période du 1^{er} juillet 2016 au 28 février 2017.

B.

L'assurée a été hospitalisée auprès d'une clinique de réadaptation du 12 mars au 1^{er} avril 2018 pour une réadaptation psychosomatique. Le rapport du 5 juillet 2018 relatif à cette hospitalisation, parvenu à l'Office AI Berne le 11 juillet 2018 et complété par un courrier du 16 juillet 2018 de la mandataire de l'assurée, a été considéré par cet office comme une nouvelle demande de prestations. Celui-ci a de ce fait recueilli un avis du 20 juillet 2018 d'une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), ainsi que divers rapports des médecins ayant traité l'assurée. Sur recommandation de la spécialiste du SMR du 17 décembre 2019, l'Office AI Berne a ordonné une nouvelle expertise médicale psychiatrique, dont le rapport a été produit le 7 août 2020. A l'issue de l'instruction, par préavis du 19 janvier 2021, l'Office

AI Berne a informé l'assurée qu'il prévoyait de lui allouer une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} janvier 2019. Le 17 février 2021, la nouvelle représentante de l'assurée a formulé des objections quant au début du droit à la rente, requérant une rente entière à partir du 1^{er} mars 2017. Par décision formelle du 2 juillet 2021, l'Office AI Berne a confirmé son préavis du 19 janvier 2021.

C.

Par acte du 3 septembre 2021, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru contre la décision de l'Office AI Berne du 2 juillet 2021 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Elle a conclu à l'annulation de cette décision et, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2017 avec intérêt moratoire de 5% l'an, subsidiairement au renvoi de la cause à l'autorité précédente pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a également requis le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Par ordonnance et décision incidente du 27 septembre 2021, le juge instructeur a rejeté la requête d'assistance judiciaire. Dans son mémoire de réponse du 25 octobre 2021, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Le 17 novembre 2021, le mandataire de la recourante a produit sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 2 juillet 2021 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et alloue à la recourante une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} janvier 2019. L'objet du litige porte sur l'annulation de ladite décision, dans la mesure où elle n'accorde une rente à la recourante que dès le 1^{er} janvier 2019, et principalement sur l'octroi d'une rente entière déjà à partir du 1^{er} mars 2017,

subsidièrement sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Est particulièrement critiqué par la recourante, le fait que l'intimé ait rendu sa précédente décision du 23 février 2018 sans prendre en considération certaines de ses objections et qu'il n'ait pas valablement notifié cette décision à sa mandataire de l'époque.

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'AI [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 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 Le 1^{er} janvier 2022 est entrée en vigueur la modification du 19 juin 2020 de la LAI (Développement continu de l'AI, RO 2021 705). Sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou au moment de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 146 V 364 c. 7.1, 144 V 210 c. 4.3.1). En l'occurrence, dans la mesure où la décision entreprise date d'avant l'entrée en vigueur de la modification de la LAI du 19 juin 2020 et que la disposition transitoire relative à cette modification ne concerne pas la

situation d'espèce, le droit à la rente de la recourante doit être examiné d'après le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

2.2 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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).

2.3 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). 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). Les experts médicaux doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

2.4 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 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'ancien art. 28 al. 2 LAI (RO 2007 5129), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.5 Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (ancien art. 17 al. 1 LPG [RO 2002 3371]). Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'AI [RAI, RS 831.201]). Si l'administration accepte d'entrer en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner la cause quant au fond (examen matériel) et vérifier si la modification du degré d'invalidité alléguée par l'assuré s'est réellement produite. Pour ce faire, elle procédera d'une manière analogue à celle qui est applicable à un cas de révision selon l'art. 17 al. 1 LPG (SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2), c'est-à-dire en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 c. 5.3, 130 V 71 c. 3.2.3; VSI 1999 p. 84 c. 1b).

2.6 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 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). 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).

2.7 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 (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a). 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, 138 V 218 c. 6).

3.

3.1 Dans la décision contestée du 2 juillet 2021, l'Office AI Berne a notamment rappelé que, par sa décision du 23 février 2018, il avait alloué à la recourante une rente entière limitée pour la période allant du 1^{er} juillet 2016 au 28 février 2017. A propos de cette décision, il a précisé avoir indiqué le 17 janvier 2019 à l'ancienne représentante de l'assurée qu'elle était entrée en force à défaut de recours et que les nouvelles pièces étaient considérées comme une nouvelle demande de prestations. L'intimé a souligné que ce n'était que le 22 janvier 2019, c'est-à-dire environ une année après la

notification de la décision du 23 février 2018, que la représentante de l'assurée avait protesté, faisant valoir que la décision du 23 février 2018 ne lui avait pas été notifiée. L'intimé est finalement d'avis que la décision du 23 février 2018 n'était pas manifestement erronée et qu'il n'y avait ainsi pas lieu de procéder à une reconsidération. C'était à juste titre qu'il avait traité le courrier de la clinique de réadaptation reçu le 11 juillet 2018 comme une nouvelle demande.

3.2 Pour sa part, la recourante fait tout d'abord valoir que c'est à tort que l'intimé a traité son courrier du 16 juillet 2018, lui transmettant le rapport du 5 juillet 2018 de la clinique de réadaptation, comme une nouvelle demande de prestations. Elle se plaint de ce que l'intimé a rendu la décision de rente du 23 février 2018 sans prendre en considération les compléments des 16 février et 16 juillet 2018 à ses objections du 17 septembre 2017 contre le préavis du 21 juillet 2017. Elle se prévaut également d'une absence de notification valable de la décision du 23 février 2018, ayant pour conséquence de reporter son droit à la rente du 1^{er} mars 2017 au 1^{er} janvier 2019. La recourante ajoute que ce n'est que le 17 janvier 2019 que l'intimé lui a expliqué avoir constaté qu'une décision avait malheureusement été notifiée par erreur en date du 23 février 2018. Elle conclut en substance que l'instruction de son dossier est entachée de plusieurs erreurs consécutives qui ont eu pour conséquence de rallonger inutilement la procédure et dont le résultat final a pour corollaire de lui faire perdre presque deux ans de droit à une rente entière.

4.

4.1 Pour octroyer une rente entière à la recourante, l'Office AI Berne s'est fondé essentiellement sur l'expertise psychiatrique du 7 août 2020, qu'il a organisé sur recommandation du 17 décembre 2019 de la spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de son SMR appelée à prendre position sur le dossier.

4.1.1 Après avoir synthétisé l'ensemble des avis médicaux figurant au dossier, l'experte psychiatre a relaté l'entretien approfondi qu'elle a mené avec la recourante, puis décrit une anamnèse détaillée sur les plans

personnel, familial, psychosocial, professionnel, affectif et social. Elle a diagnostiqué, comme atteintes ayant des effets sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychiques, ainsi qu'une anxiété généralisée (ch. F32.2 et F41.1 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]). Dans son évaluation, l'experte a expliqué notamment que l'amélioration thymique constatée antérieurement par l'expert précédent en mars 2017 n'avait été que passagère; elle a indiqué qu'en septembre 2017, la situation parlait déjà en faveur d'une dépression sévère, qu'en février 2018, les rapports des psychiatres traitants évoquaient un état stationnaire, voire aggravé, et que de janvier à avril 2019, une nouvelle hospitalisation et des symptômes psychotiques étaient relevés, l'état dépressif étant ensuite qualifié de moyen en septembre 2019. Elle a aussi mentionné des périodes de légère amélioration, peu durables, et a conclu que la présence d'un trouble dépressif récurrent ne faisait aucun doute, la gravité des épisodes ayant évolué vers une aggravation de la symptomatologie avec l'apparition de symptômes psychotiques, et qu'on assistait progressivement à l'installation d'un état qui se chronicisait, l'état dépressif au moment de l'expertise pouvant être qualifié de sévère, mais sans symptômes psychotiques. Après avoir encore examiné l'évolution des traitements, des mesures de réadaptation, des chances de guérison, ainsi que la cohérence et la plausibilité des troubles décrits par l'assurée, puis apprécié les capacités, les ressources et les difficultés de celle-ci, l'experte est parvenue à la conclusion qu'aucune activité lucrative n'était actuellement adaptée et que l'assurée ne disposait de plus aucune capacité de travail, le pronostic étant sombre et l'incapacité totale devant être considérée comme probablement définitive. S'agissant de l'évolution dans le temps, elle a estimé qu'hormis une brève période en fin 2016 – début 2017, durant laquelle la capacité de travail pouvait être de 50%, cette incapacité était totale depuis 2015.

4.1.2 Cela étant, la force probante formelle du rapport d'expertise psychiatrique du 7 août 2020, qui n'est remise en cause par aucune des parties, doit être admise. Il remplit en effet les conditions exigées par la jurisprudence à ce propos (voir c. 2.6 ci-dessus), fournissant les

renseignements et évaluations devant permettre à l'administration et au juge d'estimer le caractère invalidant de l'atteinte à la santé et l'évolution de cette atteinte, ainsi que ses répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Elaborée sur la base d'entretiens personnels avec celle-ci et de l'ensemble du dossier médical, qui est décrit chronologiquement en détail, l'expertise comprend des anamnèses précises et détaillées. Les autres avis médicaux antérieurs ont été largement retranscrits dans l'expertise, démontrant une étude fouillée et consciencieuse du dossier. L'experte, dont la qualification ne peut être mise en doute, a également soigneusement consigné les plaintes subjectives de l'assurée, tout comme les constatations objectives découlant de ses propres observations ainsi que ses évaluations diagnostiques. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions de l'experte sont motivées. Ces conclusions, tant sur le plan des diagnostics que de l'exigibilité d'une activité lucrative adaptée et de la capacité de travail, se fondent sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assurée par le biais, tant des avis médicaux antérieurs que des éléments rapportés de l'anamnèse et des plaintes subjectives exprimées, et restituent de manière claire l'ensemble des faits qui s'en dégagent. Les conclusions de l'experte sont détaillées, bien étayées, s'avèrent topiques et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Elles ont par ailleurs été élaborées à la lumière des critères de classification, des motifs d'exclusion et des indicateurs définis par la jurisprudence, applicables à l'évaluation du caractère invalidant des troubles psychiques (voir ci-dessus c. 2.3).

4.2 A l'instar de l'experte psychiatre, il convient donc de retenir que la recourante ne dispose plus d'aucune capacité de travail résiduelle. Elle a dès lors bien droit à une rente entière d'invalidité.

5.

La recourante fait valoir que la décision datée du 23 février 2018 figurant au dossier, lui allouant une rente entière du 1^{er} juillet 2016 au 28 février 2017, ne lui a jamais été notifiée, ni à elle-même personnellement, ni à sa

représentante de l'époque. Elle estime par ailleurs que l'intimé, malgré la décision qu'il affirme avoir rendue en bonne et due forme le 23 février 2018, a poursuivi l'instruction de sa demande de prestations en invitant le SMR le 11 juillet 2018 à se prononcer sur les objections émises à l'encontre du préavis du 21 juillet 2017. Dès lors, selon elle, on ne saurait lui reprocher de ne pas avoir recouru au TA contre la décision du 23 février 2018, et le fait que l'intimé ait considéré le courrier de sa représentante du 16 juillet 2018 comme une nouvelle demande serait contraire à la bonne foi. La recourante fait encore valoir que l'intimé a rendu la décision de rente du 23 février 2018, lui allouant une rente limitée dans le temps pour la période allant du 1^{er} juillet 2016 au 28 février 2017, sans prendre en considération les compléments des 16 février et 16 juillet 2018 à ses objections du 17 septembre 2017 contre le préavis du 21 juillet 2017. Elle fait dès lors valoir une violation de son droit d'être entendue.

5.1

5.1.1 D'après la jurisprudence constante, la preuve de la notification d'une décision et de la date à laquelle cette notification a eu lieu incombe à l'administration (ATF 103 V 63 c. 2a; DTA 2000 p. 118 c. 1b; SVR 2011 IV n° 32 c. 4.1; TF 2C_1010/2020 du 26 février 2021 c. 4.2 et les références citées). Le degré de preuve de la vraisemblance prépondérante est applicable aux faits déterminants pour la notification de la décision de l'autorité (ATF 121 V 5 c. 3b). A l'instar d'autres domaines du droit administratif, le droit des assurances sociales ne comporte pas de prescription imposant à l'assureur de procéder à la notification de ses décisions selon un mode particulier. D'après le Tribunal fédéral, il s'ensuit que les autorités peuvent en principe choisir librement la manière de notifier leurs décisions. La notification doit uniquement avoir lieu de telle manière qu'elle permette au destinataire de prendre connaissance de la décision et de pouvoir cas échéant attaquer celle-ci à bon escient (ATF 142 III 599 c. 2.4.1; SVR 2019 UV n° 24 c. 5). La notification de la décision est un acte juridique unilatéral soumis à réception, n'exigeant toutefois pas d'acceptation; elle déploie ainsi ses effets juridiques dès la notification correctement effectuée. Il n'est pas déterminant que la personne concernée

prenne effectivement connaissance du contenu de la décision (ATF 119 V 89 c. 4c).

Lorsqu'un assuré a dûment mandaté un représentant pour l'assister face à l'assureur dans la procédure administrative, tant que la partie ne révoque pas la procuration, l'assureur adresse ses communications au mandataire (art. 37 al. 3 LPGA). La notification d'une décision à l'assuré directement et non à son mandataire ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (voir art. 37 al. 3 et 49 al. 3 LPGA). Conformément à la jurisprudence, un tel vice ne conduit toutefois pas purement et simplement à la nullité de l'acte administratif. La décision notifiée irrégulièrement acquiert bien plutôt force de chose décidée si elle n'est pas attaquée dans un délai raisonnable dès la connaissance de son contenu. En règle générale, l'assuré doit se renseigner auprès de son mandataire quant à la suite de son dossier au plus tard le 30^e jour après que la notification a eu lieu. Le délai de recours de 30 jours prévu par l'art. 60 al. 1 LPGA commence à courir dès le jour suivant (SVR 2021 IV n° 39 c. 2.3).

5.1.2 Le principe de la bonne foi (art. 9 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 [Cst., RS 101]) comprend, d'une part, le droit du citoyen ou de la citoyenne à être protégé, à certaines conditions, dans la confiance légitimement placée dans des promesses des autorités ou tout autre comportement de celles-ci de nature à faire naître une telle confiance, pour autant que ces actes visent une situation concrète concernant le citoyen ou la citoyenne en cause. D'autre part, ce principe interdit aussi bien aux autorités qu'aux personnes privées de se comporter de façon contradictoire ou abusive dans leurs rapports de droit public. Il y a abus de droit notamment lorsqu'une institution juridique est utilisée à l'encontre de son but pour réaliser des intérêts que cette institution ne veut pas protéger (ATF 130 I 26 c. 8.1, 127 II 49 c. 5a; TF H 157/04 du 14 décembre 2004 c. 3.3.1). Eu égard au principe de la bonne foi, que les administrés doivent également respecter, et de l'interdiction de l'abus de droit (art. 5 al. 3 Cst.), les griefs ayant trait au déroulement de la procédure doivent être invoqués sans délai, soit à la première occasion après que la partie qui entend s'en prévaloir en a eu connaissance. Il est contraire au principe de la bonne foi de ne faire valoir un tel grief qu'à un stade ultérieur de la procédure en cours, voire même

dans le cadre d'une procédure subséquente, si le grief en question pouvait être constaté et invoqué déjà plus tôt. Quiconque s'engage dans une procédure sans faire valoir un vice de procédure à la première occasion possible est en principe déchu de son droit de l'invoquer plus tard (ATF 143 V 66 c. 4.3; SVR 2019 IV n° 40 c. 5.3.2, 2018 IV n° 74 c. 5.2).

5.1.3 Le droit d'être entendu est à la fois une institution servant à l'instruction de la cause et une faculté de la partie, en rapport avec sa personnalité, de participer au prononcé de décisions qui lèsent sa situation juridique. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., en particulier le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui d'obtenir qu'il soit donné suite à son offre de preuves pertinentes, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos. Le droit d'être entendu, en tant que garantie de participation à la procédure, comprend ainsi toutes les attributions nécessaires à une partie pour faire valoir efficacement son point de vue en procédure (ATF 143 V 71 c. 4.1; SVR 2019 AHV n° 7 c. 3.1.1). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner 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). Selon la jurisprudence, une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque la personne concernée se voit donner la possibilité de se prononcer sur sa cause devant une autorité de recours jouissant d'un pouvoir d'examen étendu tant à l'égard des faits que du droit (ATF 137 I 195 c. 2.3.2, 126 V 130 c. 2b; SVR 2019 IV n° 65 c. 4.3). Même en présence d'une violation grave du droit d'être entendu, il convient de s'abstenir de renvoyer l'affaire à l'administration pour exercice du droit d'être entendu pour réparer le vice, lorsque et pour autant que ce renvoi constituerait une formalité vide de sens et provoquerait ainsi une prolongation inutile de la procédure incompatible avec l'intérêt (d'égale valeur avec le droit d'être entendu) de la partie

concernée à ce que l'affaire soit traitée avec célérité (ATF 137 I 195 c. 2.3.2; SVR 2019 AHV n° 7 c. 3.1.1, 2013 IV n° 26 c. 4.2).

5.2 Au dossier de l'intimé figure une copie de la décision du 23 février 2018, dont la destinataire est la recourante. En outre, la feuille de couverture accompagnant ce prononcé fait état d'un envoi à l'ancienne représentante de la recourante (dossier [dos.] AI 95/3). Toutefois, rien n'indique que la notification de cette décision ait été effectuée par courrier recommandé. Bien au contraire, puisque sur demande du 24 juillet 2019 de l'Office AI Berne, la Caisse de compensation compétente pour le versement de la rente n'a pas été en mesure de remettre une quelconque preuve de notification de la décision du 23 février 2018 (dos. AI 121). Si la notification de la décision du 23 février 2018 ne saurait être prouvée, le dossier permet toutefois de faire les constatations suivantes. La représentation était connue de l'Office AI Berne dès le 5 septembre 2017 (date de réception par l'intimé du courrier de la représentante du 4 septembre 2017 [dos. AI 80]). Les pièces figurant au dossier de l'intimé postérieurement à la décision du 23 février 2018 consistent dans la copie du rapport de sortie du 5 juillet 2018 de la clinique de réadaptation, parvenue à l'intimé en date du 11 juillet 2018, et le courrier interne du même jour, par lequel l'intimé a invité son SMR à prendre position à cet égard. Le 16 juillet 2018, la représentante de l'assurée a par ailleurs communiqué à l'intimé que sa cliente consultait dorénavant une nouvelle psychiatre (dos. AI 96, 97 et 98). Aucune autre pièce ne figure au dossier de l'intimé pour les six mois qui suivent, si ce n'est une détermination du SMR du 20 juillet 2018 (dos. AI 99/3). Le 17 janvier 2019, l'Office AI Berne a communiqué à la représentante de l'assurée avoir constaté qu'une décision avait malheureusement été notifiée par erreur le 23 février 2018. A cette occasion, il n'a pas donné d'information quant à cette erreur de notification. On peut toutefois relever à ce propos que le 14 novembre 2017, l'Office AI Berne avait expressément demandé à la caisse de compensation de ne pas notifier la décision (dos. AI 85), ce que cette caisse a néanmoins fait le 23 février 2018. De plus, dans son courrier du 17 janvier 2019, l'intimé a également expliqué à la représentante de la recourante que les objections déposées à l'encontre du préavis du 21 juillet 2017 seraient traitées comme une nouvelle demande, sur laquelle il était déjà entré en matière (dos. AI 101). En réaction à cet écrit, la représentante de l'assurée a déclaré, par

courrier du 22 janvier 2019, qu'aucune décision ne lui avait été notifiée le 22 février 2018. Elle a précisé qu'en date du 23 janvier 2018, l'intimé lui avait accordé un délai supplémentaire au 22 février 2018 pour se déterminer et qu'en adressant ses observations à l'Office AI Berne le 16 février 2018, elle estimait qu'il ne pouvait en l'occurrence en aucun cas s'agir d'une nouvelle demande (dos. AI 107). Au cours de la procédure administrative devant l'Office AI Berne, l'intervention suivante de la représentante de l'assurée a consisté dans un courrier du 8 avril 2019 informant l'intimé que l'assurée allait sortir le mercredi suivant de l'unité psychiatrique d'un l'hôpital régional et qu'elle avait changé de généraliste traitant (dos. AI 113). Par la suite, le 5 juillet 2019, la représentante a demandé à l'intimé de lui indiquer le suivi de la procédure en cours et de lui faire parvenir l'entier du dossier AI, dossier qui lui a été envoyé le 24 juillet 2019 (dos. AI 119). Elle ne s'est ensuite plus manifestée jusqu'au 10 décembre 2019, lorsqu'elle a informé l'Office AI Berne de la fin de son mandat (dos. AI 119 et 128).

5.3 Sur le vu du dossier et du déroulement des faits exposé ci-dessus, il faut reconnaître que l'Office AI Berne n'a pas été en mesure d'établir la notification de la décision du 23 février 2018, ni à la recourante, ni à sa représentante de l'époque. Toutefois, même sans preuve de notification, l'existence de cet acte ne peut être niée, car il ressort du dossier qu'il a été communiqué par l'intimé à la caisse de compensation compétente en vue de la fixation du montant de la rente et que celle-ci a effectivement procédé à cette opération. On ignore certes ce qui s'est concrètement passé après le traitement du dossier par la caisse de compensation, notamment si le paiement rétroactif de rente d'un montant de Fr. 15'792.- a bel et bien été effectué. Force est toutefois d'admettre que la représentante de l'assurée a eu une connaissance certaine de l'existence de la décision du 23 février 2018 au plus tard après réception du courrier de l'intimé du 17 janvier 2019, dans lequel celui-ci reconnaît que cette décision avait été notifiée par erreur. Malgré cela, à aucun moment depuis cette date, la représentante de l'assurée n'a demandé un exemplaire de la décision ou contesté celle-ci (si l'on suppose qu'elle n'a pas eu connaissance de son contenu; voir JAB 2016 p. 261 c. 4.4 et TF 2C_570/2011 du 24 janvier 2012 c. 4.3 quant à l'obligation faite au destinataire d'une décision de s'informer de son contenu lorsqu'il connaît l'existence de l'acte). *A fortiori*, dès le 24 juillet 2019 et la réception

du dossier de la cause, l'assurée, par sa représentante, avait une connaissance certaine du contenu de la décision du 23 février 2018. S'il faut ici relever qu'une notification irrégulière ne doit certes pas porter préjudice à la partie destinataire (voir art. 49 al. 3 LPG), cela ne signifie toutefois pas que l'acte irrégulièrement notifié n'existe pas, mais uniquement qu'il faut laisser à cette partie la possibilité de recourir dans le délai de recours légal (MICHEL DAUM, in Herzog/Daum [éd.], *Kommentar zum bernischen VRPG*, 2^e éd. 2020, ad art. 44 n. 58; voir également UELI KIESER, *Kommentar ATSG*, 4^e éd. 2020, ad art. 49 n. 72). Or, dans sa réponse du 22 janvier 2019 au courrier de l'intimé du 17 janvier 2019, la représentante n'a pas recouru ni contesté la décision en question, mais s'est contentée de déclarer en substance que ses observations complémentaires ne constituaient en aucun cas une nouvelle demande et qu'aucune décision ne lui avait été notifiée le "22 février 2018". Même après avoir pris connaissance du contenu de cette décision en juillet 2019 à la réception du dossier, elle n'a pas recouru. Cela étant, il est permis de s'étonner que la représentante de l'assurée, si tant est qu'elle et sa cliente aient été en désaccord avec la décision du 23 février 2018, ne se soit aucunement manifestée dans ce sens, que ce soit pour recourir contre cet acte, ou au moins pour requérir des informations auprès de l'Office AI Berne sur ses tenants et ses aboutissants. En tout état de cause, compte tenu de la jurisprudence applicable en la matière (voir ci-dessus c. 5.1.2), en n'ayant pas contesté la décision du 23 février 2018 après avoir eu connaissance de son existence, respectivement de son contenu, la recourante ne saurait se prévaloir valablement ni d'un procédé de l'intimé contraire au principe de la bonne foi, ni d'une violation de son droit d'être entendue. S'agissant de ce dernier grief, on remarquera au demeurant que l'intimé a pris en considération les compléments des 16 février et 16 juillet 2018 aux objections du 17 septembre 2017 contre le préavis du 21 juillet 2017 dans le cadre de la procédure ayant abouti à la décision du 2 juillet 2021 et qu'il ne les a donc nullement ignorés. A l'instar des considérations émises par l'intimé dans son mémoire de réponse du 25 octobre 2021, il y a dès lors lieu de retenir que la décision du 23 février 2018 allouant à l'assurée une rente entière limitée dans le temps du 1^{er} juillet 2016 au 28 février 2017 est entrée en force, faute de recours interjeté par l'assurée elle-même ou par sa représentante.

6.

6.1 En conséquence de ce qui précède, l'intimé était en droit de considérer la production du rapport du 5 juillet 2018 de la clinique de réadaptation, qui lui est parvenu le 11 juillet 2018, complété par le courrier du 16 juillet 2018 de la représentante de l'assurée, comme une nouvelle demande de prestations. La décision du 2 juillet 2021 qui s'en est suivie alloue à la recourante une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} janvier 2019, début du droit que celle-ci conteste en l'espèce.

6.2 Aux termes de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. L'art. 29^{bis} du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), qui prévoit une reprise de l'invalidité après la suppression d'une rente en raison de l'abaissement du degré d'invalidité et selon lequel il convient de déduire de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI celle qui a précédé le premier octroi, ne s'applique pas en ce qui concerne la fixation du délai de carence de six mois ressortant de l'art. 29 al. 1 LAI (et dès lors non mentionné dans ledit art. 29^{bis} RAI; ATF 142 V 547 c. 3.2; SVR 2019 IV n° 71 c. 3.1.3).

6.3 C'est ainsi à bon droit que l'intimé, dans la décision contestée du 2 juillet 2021, a fixé le début du droit à la rente de la recourante au 1^{er} janvier 2019, soit le sixième mois après la réception du rapport de la clinique de réadaptation, premier document transmis par la recourante postérieurement à la décision du 23 février 2018 et considéré comme constituant une nouvelle demande de prestations.

7.

7.1 Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

7.2 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 soumis à

des frais judiciaires. Les frais de procédure sont mis à la charge de la partie qui succombe, à moins que le comportement d'une partie au cours de la procédure permette une répartition différente ou qu'il soit justifié par des circonstances particulières de ne pas percevoir de frais (art. 108 al. 1 LPJA). En l'occurrence, bien que la recourante succombe, il faut reconnaître que la confusion issue de l'erreur de notification de la décision du 23 février 2018, expressément reconnue par l'intimé, a conduit la recourante à introduire la présente procédure de recours de droit administratif. L'examen de cette question et de la violation du droit d'être entendu qui y est liée a par ailleurs représenté l'essentiel de l'examen du présent jugement. Pour ces raisons, bien que la recourante succombe sur le fond, il se justifie de répartir les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, par moitié entre les parties. Le solde de l'avance de frais versée de Fr. 800.- sera rétrocédé à la recourante à raison de Fr. 400.-, après l'entrée en force du présent jugement.

7.3 Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens ni d'indemnité de partie à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge des parties par moitié, à raison de Fr. 400.- chacune. Le solde de l'avance de frais versée par la recourante lui sera restitué après l'entrée en force du présent jugement, à raison de Fr. 400.-.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - 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).