

200.2023.279.AI
N° AVS
BOR/EGC

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

Jugement du 5 février 2024

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président
G. Zürcher et A.-F. Boillat, juges
D. Borel, 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 3 mars 2023



En fait:

A.

A. _____, née en 1973, est célibataire et mère de deux enfants majeurs nés en 2001 et 2005. Au bénéfice d'une formation certifiée de vendeuse (CFC), elle a été employée dès le mois d'octobre 2007 en qualité d'aide-concierge, à un taux de 45%. Par un formulaire daté du 13 novembre 2012, l'assurée s'est annoncée une première fois à l'assurance-invalidité (AI), en faisant valoir une incapacité de travail à 100% depuis le 21 mai 2012 et en précisant souffrir de dépression. Par décision du 14 mai 2013, l'Office AI Berne a exclu tout droit à des mesures professionnelles, pour le motif que l'assurée avait pu reprendre, dès le mois de janvier 2013, son activité professionnelle d'aide-concierge. Au moyen d'une demande du 25 février 2016, l'assurée a sollicité une deuxième fois des prestations de l'AI, en invoquant une incapacité de travail à 100% depuis le 15 août 2015 et en indiquant présenter, outre une dépression, une maladie de la peau rosacée (sous traitement). Elle a également mentionné avoir été opérée (en 2014) d'une tumeur bénigne du menton. En mai 2016, l'assurée a été opérée du genou droit (arthroscopie avec ménisectomie externe partielle), puis en août 2016, son contrat de travail a été résilié avec effet au 30 novembre 2016. En se fondant sur des informations médicales actualisées, ainsi que sur une expertise psychiatrique réalisée à sa demande le 27 novembre 2017, l'Office AI Berne a nié tout droit à des prestations de l'AI, par décision du 19 avril 2018. Cette décision est entrée en force.

B.

Le 13 avril 2021, l'assurée, avec l'aide du service social de sa commune, a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'Office AI Berne. Hormis sa dépression, une hypersensibilité et sa pathologie dermatologique, elle a évoqué une maladie de Dupuytren, présente depuis deux ans. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a recueilli de nouveaux documents médicaux du médecin traitant et du département de santé

mentale d'un hôpital, ainsi que l'avis du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR). Après avoir indiqué dans un préavis du 26 octobre 2021 qu'il envisageait de nier tout droit à des prestations, l'Office AI Berne, au vu des objections déposées par l'assurée contre cet acte et sur recommandation du SMR, a diligenté une expertise psychiatrique. L'assurée ne s'étant pas présentée à deux reprises à l'entretien expertal auquel elle avait été convoquée, l'Office AI Berne a d'abord indiqué, dans un nouveau préavis du 18 mars 2022, qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur la troisième demande. Saisi d'objections contre ce préavis, l'Office AI Berne a finalement adressé à l'assurée une nouvelle convocation et un rapport d'expertise a été établi le 13 juin 2022. Sur ce fondement, l'autorité précitée a informé l'assurée, dans un préavis subséquent du 25 juillet 2022, qu'il envisageait (toujours) de rejeter sa demande. Suite aux objections soulevées le 15 septembre 2022 par l'assurée contre ce dernier préavis, complétées par la production d'un nouveau rapport émanant d'un département de santé mentale hospitalier, l'Office AI Berne a invité l'expert à se déterminer. Après avoir reçu la réponse du spécialiste, datée du 14 novembre 2022, cette autorité a confirmé son préavis, par décision du 3 mars 2023.

C.

Par acte du 17 avril 2023, l'assurée, représentée par un avocat, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, à ce que la décision du 3 mars 2023 soit annulée et la cause renvoyée à l'Office AI Berne pour que celui-ci complète l'instruction en mettant en œuvre une nouvelle expertise, puis statue à nouveau. La recourante a également requis l'octroi de l'assistance judiciaire (limitée aux frais de procédure), requête qu'elle a complétée le 15 mai 2023, par la production de trois pièces justificatives. Dans son mémoire de réponse du 4 mai 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours. La recourante a répliqué le 25 mai 2023, persistant dans ses conclusions. L'autorité précédente en a fait de même dans une duplique du 5 juin 2023. Le 25 mai 2023, le mandataire de la recourante a transmis sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 3 mars 2023 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et nie tout droit de la recourante à des prestations de l'AI. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et le renvoi de la cause à l'intimé afin que celui-ci mette en œuvre une nouvelle expertise, puis rende une nouvelle décision. La recourante critique en particulier la valeur probante de l'expertise du 13 juin 2022 et de son complément.

1.2 Interjeté en temps utile et 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] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

1.4 Le 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 La modification du 19 juin 2020 de la LAI (Développement continu de l'AI, RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou à l'époque de l'état de fait

ayant des conséquences juridiques (ATF 148 V 162 c. 3.2.1 et les références). En l'occurrence, si la décision entreprise est certes postérieure au 1^{er} janvier 2022, le droit éventuel de la recourante à une rente (voire à d'autres prestations de l'AI) est pour sa part né antérieurement à cette date, si bien qu'il doit être examiné selon les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (voir VGE IV/2023/619 du 5 juillet 2023 c. 3.1).

2.2 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 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 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). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier l'art. 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 145 V 215 c. 5.1; SVR 2020 IV n° 48 c. 8.1.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte

clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante (ATF 142 V 106 c. 4.4).

2.3 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 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 (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 [RO 2007 5129]), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.4 Lors d'une nouvelle demande ou demande de révision, l'assuré doit rendre plausible une modification des circonstances. 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; elle procédera alors 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). Si elle constate que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié depuis la décision précédente passée en force, elle rejette la nouvelle demande. Sinon, elle examine d'abord si la modification constatée suffit pour admettre, cette fois, une invalidité ouvrant droit à une rente et rend une décision en conséquence. En cas de recours, la même obligation d'examiner l'affaire quant au fond incombe aussi au juge (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1).

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). Il incombe tout d'abord au médecin (expert) d'évaluer l'état de santé et, si nécessaire, de décrire son évolution dans le temps, c'est-à-dire de réunir les résultats des investigations en procédant à un examen médical selon les règles de l'art, en tenant compte des plaintes subjectives, puis de poser un diagnostic en se fondant sur ces résultats. En cela, l'expert accomplit sa tâche spécifique, pour laquelle l'administration et les tribunaux ne sont pas compétents. Le médecin n'a en revanche pas la compétence de statuer en dernier ressort sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Il se contente bien plus de prendre position sur l'incapacité de travail, à savoir de procéder à une évaluation qu'il motive de son point de vue le plus substantiellement possible. En fin de compte, les données fournies par le médecin constituent un élément important pour l'appréhension juridique de la question des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré. Au besoin, afin de déterminer la capacité économiquement exploitable, il convient, de recourir, en complément du dossier médical, aux spécialistes de l'intégration et du conseil professionnels (ATF 140 V 193 c. 3.2; SVR 2017 IV n° 75 c. 4.1.1).

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 moyens de preuve 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).

2.7 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 Sur la base essentiellement du rapport rédigé par l'expert le 13 juin 2022 et de son complément du 14 novembre 2022, qu'il a jugés probants, l'intimé a considéré que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé de nature invalidante, propre à entraver de façon permanente sa capacité de travail et de gain. Selon l'intimé, en l'absence d'une telle atteinte, l'intéressée n'avait pas droit à des prestations de l'AI. S'agissant des objections soulevées contre le préavis de décision du 25 juillet 2022, l'intimé a rétorqué qu'il n'en ressortait aucun élément qui n'aurait déjà été pris en compte par l'expert et qu'au surplus, dans le complément qu'il avait rédigé, ce spécialiste s'était dûment déterminé sur tous les griefs formulés. A l'appui de sa réponse, l'intimé a encore réfuté toute partialité de l'expert et fait valoir, entre autres, que l'expertise du 13 juin 2022 n'avait mis en évidence aucune modification notable de l'état de santé par rapport à la situation qui prévalait au moment du prononcé de la décision du 19 avril 2018.

3.2 Pour sa part, devant le TA, la recourante persiste essentiellement à contester la valeur probante du rapport du 13 juin 2022. D'une part, elle estime que l'expert aurait donné une apparence de partialité en laissant entendre, dans un courrier adressé à l'Office AI Berne le 16 mars 2022 (suite à son absence à l'entretien prévu ce jour-là), que sa demande de rente reposerait sur une motivation exclusivement financière. D'autre part, elle souligne que le point de vue de l'expert consistant à écarter toute maladie psychique et à expliquer son état dépressif récurrent principalement par sa situation personnelle – notamment des difficultés à élever ses deux filles – entre en contradiction avec l'appréciation de ses propres médecins, lesquels lui ont diagnostiqué une dépression. La recourante ajoute que les points de vue divergents exprimés par l'expert et ses médecins traitants au sujet de la nature de sa problématique

dépressive justifient à tout le moins la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

4.

A titre liminaire, il faut souligner qu'après réception de la troisième demande de la recourante du 13 avril 2021, puis de divers rapports émanant du médecin généraliste traitant, ainsi que du département de santé mentale d'un hôpital, l'intimé a ordonné une expertise psychiatrique. Il est donc entré en matière sur la nouvelle demande, si bien que ce point n'a plus à être examiné par le TA (ATF 109 V 108 c. 2b), auquel il appartient bien plutôt de procéder à un examen matériel du cas d'espèce (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; SVR 2019 IV n° 39 c. 5). Cet examen porte ainsi sur la question de savoir si la modification du degré d'invalidité alléguée par l'assurée s'est réellement produite (SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2) entre le 19 avril 2018, date de la dernière décision entrée en force que l'intimé a rendue sur la base d'un examen matériel du droit, et le 3 mars 2023, date du prononcé contesté. Dans celui-ci, l'intimé a implicitement nié une telle modification, puisqu'il a déduit de l'expertise de juin 2022 (ainsi que de la détermination subséquente du spécialiste) que la recourante ne présentait aucune atteinte à la santé de nature invalidante, à l'instar de ce qu'il avait déjà constaté en 2018.

5.

5.1 Pour rendre sa précédente décision matérielle du 19 avril 2018, niant le droit à toute prestation de l'AI, l'intimé s'était notamment fondé sur une expertise psychiatrique qu'il avait ordonnée. Dans son rapport du 27 novembre 2017, l'expert avait retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'état après trouble de l'adaptation au sens d'une réaction dépressive prolongée (ch. F43.21 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé). Sans effet sur la capacité de travail, il avait retenu ceux de status post opérations de l'articulation du

genou droit et d'ablation chirurgicale d'un ganglion lymphatique au niveau du cou (dossier [dos.] AI 72.1/1). En bref, l'expert avait considéré que la symptomatologie dépressive décrite par l'assurée et ses médecins devait être mise sur le compte d'un trouble de l'adaptation sans valeur de maladie, puisqu'elle n'était pas suffisamment grave pour justifier un diagnostic plus spécifique, tel que ceux d'épisode dépressif ou de trouble anxieux. L'expert était parvenu à la conclusion que l'assurée était capable d'exercer, à plein temps, toute profession au sein d'un environnement valorisant (y compris les activités précédemment exercées de femme de ménage et de vendeuse). L'intimé s'était également basé sur un avis du 10 avril 2018, dans lequel un spécialiste en médecine nucléaire du SMR avait retenu les diagnostics incapacitants de status après biopsie d'excision d'un lipome de la mâchoire inférieure (avril 2014), de status après arthroscopie du genou avec méniscectomie partielle (mai 2016), de rupture du ménisque latéral, ainsi que de chondropathie du plateau tibial latéral et du condyle fémoral latéral (dos. AI 80/2). Sans effet sur la capacité de travail, le spécialiste du SMR avait retenu ceux de status après opération d'une tumeur de la glande sous-mandibulaire (2012), ainsi que de lymphadénopathie cervicale. S'agissant du profil d'exigibilité, ce médecin avait considéré qu'en dépit des atteintes somatiques, l'on pouvait exiger de l'assurée l'exercice à plein temps et sans diminution de rendement de toute activité légère, permettant d'alterner les charges et d'éviter les travaux exercés principalement debout ou en marchant sur du terrain irrégulier, ainsi qu'en position penchée, accroupie ou agenouillée, de même qu'en montant des échelles ou des escaliers.

5.2 Entre la date du prononcé du 19 avril 2018 et celle de la décision contestée du 3 mars 2023, les sources suivantes renseignent sur la situation médicale de l'assurée.

5.2.1 A l'appui de sa troisième demande de prestations AI, l'assurée a transmis, outre divers certificats émanant du département de santé mentale d'un hôpital et attestant d'une incapacité de travail à 100% du 1^{er} janvier au 30 avril 2021 (dos. AI 92/1), un rapport établi le 7 mai 2021 par son médecin généraliste traitant, retenant les diagnostics de dépression depuis 2001 et de maladie de Dupuytren au niveau de la main droite depuis 2018.

Ce médecin a fait état d'une aggravation de la dépression depuis la première demande AI et conclu qu'en raison de cette atteinte, sa patiente ne disposait que d'une capacité de travail de 50%. Il a également signalé l'inaptitude de l'assurée à porter des charges lourdes (dos. AI 100/2). L'intéressée a également produit un rapport du 25 mai 2021, établi par un médecin du département de santé mentale d'un hôpital et contresigné par une psychologue. Les thérapeutes hospitaliers ont retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen (ch. F33.1 CIM-10). Ils ont attesté d'une capacité de travail exigible de 50% au maximum, tout en expliquant qu'il s'agissait du "taux idéal" pour la patiente, afin que celle-ci puisse faire face à ses obligations familiales et continuer son traitement (dos. AI 102/2). Dans un rapport subséquent du 22 juillet 2021, les thérapeutes hospitaliers ont confirmé leur diagnostic ainsi que l'existence d'une capacité résiduelle de travail de 50%. Ils ont ajouté qu'une amélioration était intervenue depuis deux mois (dos. AI 115/2). Par la suite, dans un rapport du 12 octobre 2021, le médecin généraliste traitant a confirmé les diagnostics incapacitants de dépression et d'anxiété. Il a considéré que l'on pouvait raisonnablement exiger de sa patiente qu'elle travaille à raison de quatre à cinq heures par jour, et a précisé qu'une augmentation ultérieure de cet horaire était possible. Enfin, ce médecin a qualifié le potentiel de réadaptation de "bon" et a répondu par la négative à la question de savoir si l'assurée était limitée dans l'accomplissement de ses tâches ménagères (dos. AI 119/3).

5.2.2 Dans une prise de position du 25 novembre 2021, un spécialiste en médecine psychosomatique et psychothérapie du SMR a jugé notamment qu'il ne se justifiait pas de mettre en œuvre une expertise dermatologique, après avoir fait remarquer que le médecin généraliste de l'assurée avait lié son évaluation de la capacité de travail à une affection psychiatrique et non à des constatations d'ordre somatique (dos. AI 126/2). Dans un avis médical du 9 décembre 2021, le spécialiste du SMR a estimé qu'aucun rapport probant n'avait été fourni à l'appui de la troisième demande de prestations. En effet, les médecins traitants de l'assurée avaient mis en évidence d'importants facteurs psychosociaux, en parallèle d'une aggravation alléguée de l'état psychique. Par ailleurs, l'évaluation par ces médecins du taux d'incapacité de travail (50%) n'était pas compréhensible,

faute pour ceux-ci d'avoir fourni des résultats psychopathologiques et procédé à une évaluation des capacités de l'assurée. Selon le SMR, même si les documents produits à l'appui de la dernière demande ne mettaient en évidence aucune détérioration vérifiable de l'état de santé, il y avait lieu d'ordonner une expertise psychiatrique, pour des raisons formelles et au vu de la divergence entre sa propre appréciation ainsi que celle des médecins traitants (dos. AI 128/1). Le 29 octobre 2022, le spécialiste du SMR a maintenu qu'il n'y avait pas lieu de mettre sur pied une expertise dermatologique (dos. AI 168/3).

5.2.3 Dans le rapport d'expertise psychiatrique établi le 13 juin 2022, l'expert a indiqué qu'il ne lui était (toujours) pas possible d'identifier chez l'assurée un quelconque trouble psychique ayant valeur de maladie. Après avoir résumé la teneur des différents rapports versés au dossier suite à l'expertise du 27 novembre 2017, puis ses propres constatations cliniques, l'expert a exposé en substance que l'apparition occasionnelle de symptômes dépressifs chez l'assurée, telle que rapportée par les médecins et thérapeutes traitants, ne correspondait pas à un phénomène pathologique, mais s'expliquait par le "fardeau" que représentait parfois pour l'assurée la conduite d'un ménage de trois personnes, en parallèle de l'exercice d'une activité lucrative à temps partiel. A l'issue de son analyse, l'expert a conclu que l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail de 100% dans toute profession, sans diminution de rendement. Il a précisé que, par rapport à l'expertise de novembre 2017, l'état de santé s'était amélioré, l'assurée ayant pu s'adapter aux circonstances et reprendre une activité professionnelle à raison d'une matinée par semaine (dos. AI 163.1/1).

5.2.4 Dans leur rapport du 1^{er} septembre 2022, répondant à un questionnaire que leur avait transmis la mandataire de l'assurée, les thérapeutes hospitaliers ont maintenu leur diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen. Ils ont relaté que l'assurée se plaignait de fluctuations de l'humeur, d'une (grande) fatigabilité, d'un manque de motivation pour les activités de la vie quotidienne et de troubles du sommeil. Différents éléments pouvaient déclencher ces changements d'humeur (maladie de l'une des filles ou retour d'un séjour chez leur père, charge administrative avec les services sociaux, courriel demeuré sans

réponse, remarques indélicates provenant de la famille ou d'amies). S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations psychiques, la patiente disait l'estimer à 50%, ce qui devait lui permettre de concilier ses "investissements" en tant que mère, de proche aidante de sa fille, souffrant d'un trouble d'Asperger, ainsi que de personne devant soigner sa dépression. Les thérapeutes hospitaliers ont précisé que l'assurée ne prenait plus de traitement médicamenteux, puisqu'elle avait cessé de prendre l'antidépresseur qui lui avait été prescrit (au motif qu'elle se sentait "assommée") et n'avait pas voulu que celui-ci soit substitué par un autre. Quant au pronostic, qu'ils ont jugé réservé, les thérapeutes ont relevé que des progrès visibles étaient intervenus depuis le début de leur prise en charge, deux ans auparavant, mais que l'état psychique demeurait encore fragile (dos. AI 165/6).

5.2.5 Prenant position sur les objections formulées contre le préavis du 25 juillet 2022 et le rapport du 1^{er} septembre 2022 produit à l'appui de celles-ci, l'expert a indiqué, le 14 novembre 2022, qu'il maintenait l'appréciation exprimée dans son rapport du 13 juin 2022. En substance, il a rétorqué que les médecins hospitaliers ne s'étaient pas appuyés sur une véritable dépression pour attester d'une incapacité de travail de 50%, mais sur une situation psychologique et socioéconomique défavorable, liée à des difficultés familiales.

6.

6.1 A l'instar du SMR dans ses avis successifs (dos. AI 126/2, 128/3, 168/3), il convient de relever d'emblée que le médecin généraliste traitant a exclusivement corrélié à une atteinte psychique (dépression) l'incapacité de travail de 50% qu'il a attestée dans le cadre de la troisième demande (dos. AI 100/2). Dans son rapport du 12 octobre 2021 (dos. AI 119/3), ce médecin a d'ailleurs expressément confirmé que le diagnostic somatique de maladie de Dupuytren de la main droite – tel qu'évoqué dans la dernière demande – était sans effet sur la capacité de travail. S'agissant de l'atteinte dermatologique mentionnée dans cette demande (maladie de la peau rosacée), aucun rapport n'atteste d'une quelconque incapacité de travail en

résultant. De surcroît, cette dernière atteinte avait déjà été signalée à l'appui de la seconde demande et n'est donc pas nouvelle (dos. AI 17/6). Dans ces conditions, c'est à bon droit que l'intimé a écarté toute aggravation déterminante de l'état de santé au plan somatique depuis sa décision du 19 avril 2018 et qu'en conséquence, il n'a ordonné qu'une expertise psychiatrique. Cela n'est plus remis en question au stade du recours. Cela étant, il reste à examiner la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique du 27 mars 2022 et du complément rédigé par l'expert le 4 décembre 2022, sur lesquels se fonde essentiellement la décision attaquée.

6.2 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a). Les expertises recueillies par les assureurs en procédure administrative auprès de médecins spécialistes externes, réalisées sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, en pleine connaissance du dossier et qui aboutissent à des résultats convaincants, revêtent une pleine valeur probante, tant qu'il n'existe pas d'indices concrets contre leur fiabilité (ATF 137 V 210 c. 1.3.4, 135 V 465 c. 4.4, 125 V 351 c. 3b/bb; SVR 2020 IV n° 71 c. 2.2).

6.3 La constatation d'une modification propre à justifier une révision intervient au moyen d'une comparaison de faits passés avec la situation actuelle. L'objet de la preuve porte ainsi sur l'existence d'une différence déterminante, aux fins de la décision à rendre, parmi les éléments de fait à extraire des documents médicaux. La valeur probante d'une expertise établie en vue d'une révision de rente dépend par conséquent essentiellement du point de savoir si celle-ci se rapporte de manière

suffisante à l'objet de la preuve – soit une ou des modifications notables de l'état de fait. Une appréciation médicale en soi complète, compréhensible et convaincante, qui s'avérerait probante en vue d'une première évaluation du droit à la rente, est en principe dénuée de la valeur probante nécessaire lorsque l'évaluation médicale (divergeant d'une précédente appréciation) ne se prononce pas à suffisance sur la survenance effective d'une modification de l'état de santé. Sont toutefois réservées les situations de fait dans lesquelles il est manifeste que les circonstances médicales se sont modifiées (SVR 2018 IV n° 13 c. 4.2 et 4.2.1). En raison du caractère comparatif de l'objet de la preuve en cas de révision et de la nécessité de différencier des modifications de fait notables de simples appréciations divergentes, il est indispensable que les éléments factuels qui motivent la modification soient nouveaux ou que l'état de fait préexistant se soit substantiellement modifié quant à sa nature ou sa portée. L'on ne parvient pas à une délimitation sûre en vue d'une preuve matérielle suffisante de la modification effectivement intervenue et de celle uniquement supputée, si seules sont établies des différences nominales de diagnostics. Par contre, la constatation d'une modification effective intervenue depuis la précédente évaluation est suffisamment étayée lorsque les experts médicaux mettent en évidence les aspects concrets de l'évolution de la maladie et de l'incapacité de travail qui ont mené à leur nouvelle évaluation diagnostique et estimation de la gravité des atteintes (SVR 2018 IV n° 13 c. 4.2.2).

6.4 En l'occurrence, d'un point de vue formel, il convient tout d'abord de relever que les qualifications de l'expert psychiatre ne donnent pas matière à discussion. L'expert a procédé à un examen personnel de la recourante et tenu compte des plaintes subjectives de celle-ci, après avoir restitué l'anamnèse et résumé les documents recueillis par l'intimé depuis l'expertise de novembre 2017, ayant servi de fondement à la décision entrée en force du 19 avril 2018 (dos. AI 163.1/4-6). Par ailleurs, dans la mesure où elle se prononce de manière circonstanciée sur la question d'une modification significative de l'état de santé, l'expertise se rapporte de manière suffisante à l'objet de la preuve. A cet égard, l'expert a étayé de façon satisfaisante les aspects concrets de l'évolution de l'état de santé et son estimation de la gravité des troubles (SVR 2018 IV n° 13 c. 4.2.2). Toujours sous l'angle formel, c'est en vain que la recourante cherche à

remettre en question l'impartialité de l'expert, sur la base de sa propre interprétation d'un courrier adressé par ce spécialiste à l'Office AI Berne le 16 mars 2022 (dos. AI 143/1). D'emblée, on rappellera que, selon la jurisprudence, quiconque s'engage dans une procédure sans faire valoir un vice procédural à la première occasion ou sans délai est en principe déchu de son droit de l'invoquer plus tard. Sans délai signifie qu'il faut le faire valoir dans un délai de six à sept jours; il n'est déjà plus admissible d'attendre deux à trois semaines (ATF 148 V 225 c. 3.2, 143 V 66 c. 4.3 et 132 V 93 c. 7.4.2; SVR 2019 IV n° 85 c. 4.2). Dans le cas particulier, après avoir consulté le dossier AI par l'intermédiaire de sa représentante le 23 mars 2022, l'assurée n'a pas remis en cause l'impartialité de l'expert dans le cadre de ses objections contre le préavis de décision du 18 mars 2022 (dos. AI 146/1 et 148/1). Ce n'est que dans son recours du 17 avril 2023 – plus d'une année après avoir pu prendre connaissance du courrier litigieux du 16 mars 2022 et donc tardivement – que l'assurée a soulevé pour la première fois son grief tiré d'une prétendue partialité de l'expert, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de s'appesantir sur ce point. Par surabondance, on relèvera néanmoins qu'aucune apparence de partialité ne peut de toute façon être déduite de la teneur du courrier du 16 mars 2022. L'unique extrait cité par la recourante à l'appui du moyen soulevé ("Die Versicherte ist auch heute nicht erschienen, obwohl ich die Einladung per Mail und per Post zugestellt habe. Eventuell hat sie keine Lust auf Begutachtung oder einen Job gefunden, wo sie über Fr. 5000.- verdient, dann hat sie auch keine Rente mehr nötig. Wie wollen wir weiterfahren?") ne fait que refléter une interrogation de l'expert au sujet du maintien éventuel de l'expertise, après que l'intéressée ne se fût pas présentée à deux reprises à l'entretien qu'il avait agendé. L'on ne saurait y voir un jugement de valeur porté sur la personne de la recourante, ou un signe que le résultat de l'expertise aurait été prédéterminé (ATF 120 V 357 c. 3b, SVR 2013 IV n° 30 c. 5.3.2). Le reproche selon lequel l'expert aurait ainsi exprimé l'idée que la recourante était malhonnête (voir p. 2 de la réplique) procède d'une pure interprétation et relève d'un ressenti subjectif, ce qui ne constitue pas en soi un indice de prévention. Partant, le grief de la recourante visant à contester l'impartialité de l'expert doit être écarté.

6.5

6.5.1 Sur le plan matériel, l'expert s'est déterminé clairement sur la question – ici déterminante – de savoir si un changement substantiel était intervenu du point de vue psychique. Il a ainsi exposé que, depuis l'expertise de novembre 2017, l'état de santé ne s'était pas sensiblement détérioré et qu'il n'y avait (toujours) aucune limitation de la capacité de travail. Selon l'expert, c'était bien plutôt une amélioration qui était intervenue sous l'angle psychique, l'assurée ayant pu s'adapter aux circonstances. A cet égard, le spécialiste a notamment souligné que les thérapeutes hospitaliers avaient décrit une telle amélioration dans leur rapport du 22 juillet 2021, après avoir chiffré la capacité de travail à 50% depuis le mois de mai 2021. L'assurée avait en effet pu retrouver une activité lucrative à temps partiel (10%) et une vie sociale, grâce à une stabilisation sur le plan émotionnel. L'expert a en outre relevé qu'entre février 2018 et janvier 2019, le traitement psychiatrique avait pu être interrompu, suite à une précédente amélioration de l'état de santé (dos. AI 163.1/3 et 163.1/11-15). Il convient d'observer que l'amélioration relatée dans l'expertise, depuis mai 2021, coïncide avec les informations fournies par l'assurée elle-même, cette dernière ayant indiqué à l'expert qu'elle allait dans l'ensemble mieux, quand bien même elle se fatiguait très facilement et que ses angoisses rendaient encore difficile l'utilisation des transports publics (dos. AI 163.1/7). En tant qu'il nie toute péjoration de l'état de santé, le point de vue de l'expert rejoint également l'avis exprimé par le SMR dans sa prise de position du 25 novembre 2021.

6.5.2 S'agissant toujours de la valeur probante (du point de vue matériel) de l'expertise du 13 juin 2022 et de son complément, on constate que l'expert psychiatre a pris position de façon succincte mais intelligible sur les rapports produits à l'appui de la troisième demande AI, y compris sur le diagnostic retenu par les médecins hospitaliers de trouble dépressif récurrent, épisode moyen (ch. 33.1 CIM-10). A cet égard, l'expert a notamment exposé qu'il ne lui était toujours pas possible d'identifier chez la recourante un trouble psychique ayant valeur de maladie. Il a souligné que les thérapeutes hospitaliers, dans leurs rapports, avaient surtout mis en évidence une situation familiale stressante depuis des années, liée aux

problèmes psychiques affectant les deux filles de l'assurée. De façon "incompréhensible", ces thérapeutes avaient fait état du recouvrement, depuis mai 2021, d'une capacité de travail de 50%, tout en continuant de diagnostiquer un épisode dépressif moyen (dos. AI 163.1/9-11). Selon l'expert, la symptomatologie décrite par les médecins hospitaliers correspondait davantage à un trouble de l'adaptation prenant la forme d'une réaction dépressive qu'à une véritable dépression, telle que ces derniers l'avaient évoquée. Le score de Beck – auquel les médecins hospitaliers s'étaient référés – était issu d'une autoévaluation et convenait mal pour diagnostiquer une pathologie dépressive, selon la littérature médicale. Plaidait également en faveur d'un trouble de l'adaptation la circonstance que les thérapeutes n'avaient jamais envisagé de modifier le faible dosage de la médication antidépressive (20 mg de fluoxétine), ni de remplacer celle-ci par un autre traitement. Ce choix thérapeutique tenait manifestement au fait que la situation familiale, sociale et financière difficile évoquée par ces médecins, qui engendrait régulièrement certains symptômes (notamment du stress), ne pouvait être améliorée par un traitement. La médication avait même été récemment interrompue sans être substituée par une autre, la recourante n'ayant pas souhaité d'autre traitement psychotrope (dos. AI 171/3-4). Sous l'angle diagnostique, l'appréciation fournie par l'expert en 2022 confirme celle qu'il avait déjà exprimée dans son rapport antérieur du 27 novembre 2017. Dans le document précité, l'expert, à la lumière des critères diagnostics relatifs au trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (ch. 43.21 CIM-10), avait expliqué que le trouble précité était apparu à la suite du syndrome d'Asperger que l'une des filles de la recourante s'était vue diagnostiquer, ainsi qu'à la "double charge" qu'avait représenté pour l'intéressée l'exercice d'une activité professionnelle en parallèle de la tenue d'un ménage de trois personnes (sans aide extérieure). L'expert avait également précisé que dans le cadre d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée – qui était un trouble psychique léger –, les symptômes (humeur dépressive, anxiété, angoisse, sentiment d'impossibilité à faire face) n'étaient pas suffisamment graves pour justifier un diagnostic plus spécifique, tel qu'un épisode dépressif ou un trouble anxieux, de sorte que l'on ne se trouvait pas en présence d'une maladie psychique (dos. AI 72.1/8-10).

6.5.3 Au regard de l'argumentation exposée par l'expert dans ses rapports successifs, force est d'admettre que l'expertise du 13 juin 2022, à l'instar de celle du 27 novembre 2017, n'a pas permis de mettre en évidence une quelconque maladie mentale grave et donc potentiellement invalidante (voir à ce sujet ATF 148 V 49 c. 6.2.2). Ce constat s'impose également au regard des explications fournies par l'expert en lien avec la modicité du traitement médicamenteux entrepris (puis son interruption), le descriptif d'une journée-type et les ressources mobilisables de la recourante (évaluées au moyen du canevas Mini-CIF-APP, soit d'un instrument d'évaluation des aptitudes psychiques, notamment), telles qu'elles ressortent du rapport du 13 juin 2022, dont la teneur est largement similaire à celui du 27 novembre 2017 sur ces aspects (voir pour le détail dos. AI 163.1/7, 163.1/12, 72.1/6 et 72.1/9). Pour le reste, les conclusions de l'expert afférentes au maintien d'une pleine capacité de travail dans toute profession, moyennant un environnement professionnel bienveillant, ainsi qu'à l'absence de toute détérioration notable de l'état de santé depuis l'expertise du 27 novembre 2017, s'avèrent cohérentes avec ses constatations cliniques. Dans son rapport du 13 juin 2022, l'expert a en effet indiqué, entre autres, que la recourante avait pu se concentrer sans difficultés et répondre à toutes les questions posées pendant l'entretien. Eveillée, orientée et capable de flexibilité émotionnelle, l'intéressée ne présentait pas de caractéristiques pathologiques de la personnalité, ni de troubles de l'attention, de la mémoire, de problème de psychomotricité ou de motivation, seul ayant été constaté un rythme accéléré de la parole en lien avec le besoin de communiquer. Pour le reste, les facultés intellectuelles paraissaient se situer dans la moyenne (dos. AI 163.1/8). En définitive, il convient d'admettre que, sous l'angle matériel également, l'expertise du 13 juin 2022 (complétée le 14 novembre 2022) s'avère convaincante.

6.6 Dans le but de mettre en doute la valeur probante de l'expertise du 13 juin 2022 et de son complément, la recourante insiste sur la divergence entre l'analyse diagnostique de l'expert et celle de ses médecins traitants, dans la mesure où ses thérapeutes, contrairement à l'expert, lui ont diagnostiqué une dépression, soit une véritable maladie psychique. A l'argumentation invoquée, il convient toutefois d'objecter que, selon la

jurisprudence rendue en matière de révision, une incapacité de travail attestée de manière différente par rapport à des évaluations médicales antérieures ou une classification diagnostique différente de l'affection invoquée ne suffisent pas pour conclure à une détérioration de l'état de santé. Il faut bien plutôt que les constatations se soient modifiées (SVR 2012 IV n° 18; TF 9C_135/2021 du 27 avril 2021 c. 2.1 et 3.4.2 et les références, 9C_418/2010 du 29 août 2011 c. 4.2). Ainsi, le fait qu'il existe une divergence (essentiellement nominale) entre le diagnostic retenu par l'expert et celui posé par les médecins traitants (voir c. 6.5.2) n'est pas déterminant, ce d'autant qu'une expertise psychiatrique offre pratiquement toujours à l'expert une certaine marge de manœuvre à l'intérieur de laquelle différentes interprétations médico-psychiatriques sont possibles (TF 9C_353/2015 du 24 novembre 2015 c. 4.1). Dans le cas particulier, il s'avère bien plutôt décisif que les rapports versés au dossier ne témoignent d'aucune péjoration sensible de l'état de santé psychique qui serait intervenue depuis la décision entrée en force du 19 avril 2018. En effet, à l'instar de l'expertise du 13 juin 2022 et de l'avis du SMR du 9 décembre 2021, les rapports établis par les médecins de l'assurée ne mettent pas non plus en évidence de modification des constatations allant dans le sens d'une péjoration des troubles psychiques. Ceux établis les 8 juin et 29 novembre 2016 (dos. AI 38/3 et 48/2) par un médecin d'un service psychiatrique hospitalier, dans le cadre de la deuxième demande de prestations, évoquaient (déjà) un trouble dépressif récurrent, épisode moyen à sévère, entraînant une totale incapacité de travail. Dans un rapport du 21 février 2018 émanant de la même unité psychiatrique, il était toujours fait mention d'un trouble dépressif récurrent (cette fois-ci sans précision quant à l'intensité de l'épisode dépressif) empêchant l'assurée de travailler (dos. AI 78/3). En ce qui concerne les rapports psychiatriques produits à l'appui de la troisième demande, notamment ceux des 25 mai, 22 juillet 2021 et 1^{er} septembre 2022 (dos. AI 102/2, 115/2 et 165/6), il y a été attesté un trouble dépressif récurrent, épisode moyen, ainsi qu'une capacité résiduelle de travail de 50% depuis le 1^{er} mai 2021. Il en résulte que la capacité de travail estimée par les médecins hospitaliers postérieurement au dépôt de la troisième demande (50%) est supérieure à celle que ces praticiens attestaient dans le cadre de la seconde demande (0%). Cela ne plaide pas en faveur d'une péjoration notable qui serait

intervenue depuis la dernière décision entrée en force, bien au contraire. Milite également contre une telle aggravation le fait que, dans leur rapport du 1^{er} septembre 2022, les médecins hospitaliers ont eux-mêmes fait état d'un trouble dépressif récurrent connu chez la patiente "depuis des années", tout en évoquant des "progrès visibles", malgré un état psychique jugé encore fragile (dos. AI 165/6-8). De surcroît, comme l'a fait remarquer l'expert, les médecins hospitaliers ont motivé le taux de capacité de travail de 50% attesté depuis mai 2021 par le souhait de l'assurée de "concilier travail et vie familiale" et par son statut de "proche aidante" de sa fille aînée, souffrant d'un syndrome d'Asperger (dos. AI 115/6 et 165/8). Il apparaît ainsi que si les médecins hospitaliers ont jugé l'assurée apte à reprendre une activité lucrative à temps partiel (plutôt qu'à plein temps) depuis mai 2021, ils ont justifié cette appréciation essentiellement par des facteurs psychosociaux, lesquels sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité et ne sauraient donc justifier principalement celle-ci (ATF 127 V 294 c. 5a, voir aussi ATF 139 V 547 c. 3.2.2; TF 8C_544/2022 du 3 mars 2023 c. 4.7, 9C_55/2019 du 26 avril 2019 c. 3.1, 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 c. 4.1). Quant au médecin généraliste de l'assurée, il a certes brièvement évoqué, dans un rapport du 7 mai 2021, une aggravation de la dépression, ainsi qu'une capacité résiduelle de travail de 50%, avant de confirmer, dans un rapport subséquent du 12 octobre 2021, une capacité de travail exigible de quatre à cinq heures par jour, susceptible d'augmenter. On soulignera toutefois que contrairement à l'expert, le généraliste traitant ne dispose pas d'une spécialisation en psychiatrie et n'a étayé ses conclusions par aucune motivation circonstanciée, en particulier en ce qui concerne l'aggravation alléguée sur le plan psychique. En outre, le juge doit tenir compte du fait que le médecin de famille, à l'instar du psychiatre traitant, aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser son patient (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances [TFA, ancienne dénomination des Cours de droit social du Tribunal fédéral] I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4). Eu égard à ces considérations, les appréciations émises par les médecins de l'assurée ne sauraient prévaloir sur celle de l'expert.

6.7 Dans la mesure où la recourante a fait valoir que le rapport du 13 juin 2022 lui paraissait incomplet au regard des indicateurs prévus par la

jurisprudence applicable aux troubles somatoformes douloureux et aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418, 141 V 281), d'où la nécessité d'une nouvelle expertise, il doit être précisé qu'il n'appartenait de toute façon pas à l'expert de réexaminer de façon exhaustive tous les aspects couverts par les indicateurs standards, du moment qu'il n'avait pas pu constater d'aggravation de l'état de santé depuis l'expertise du 27 novembre 2017. En effet, en l'absence de motif de révision, la procédure probatoire structurée prévue par l'ATF 141 V 281 n'a pas à être mise en œuvre (TF 8C_295/2021 du 9 août 2021 c. 7, 8C_719/2020 du 7 avril 2021 c. 7.2.2, 8C_539/2020 du 3 novembre 2020 c. 6.2.3). Par ailleurs, au vu des rapports versés au dossier et du caractère probant de l'expertise du 13 juin 2022, l'instruction de la cause se révèle suffisante, ce qui permet d'exclure la nécessité d'une nouvelle expertise, ainsi que de toute autre mesure probatoire.

6.8 En conclusion, le rapport d'expertise du 13 juin 2022 et son complément satisfont aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante, notamment en ce qui concerne la question ici déterminante. Il en découle, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'absence de modification notable des circonstances depuis la décision du 19 avril 2018 et donc de motif de révision (art. 17 LPGA). Partant, c'est à bon droit que, dans sa décision du 3 mars 2023, l'intimé a retenu que la recourante ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante, de sorte qu'un droit aux prestations de l'AI ne pouvait (toujours) pas lui être reconnu.

7.

7.1 Il s'ensuit que le recours s'avère mal fondé et doit être rejeté.

7.2 Aux termes de l'art. 61 let. f^{bis} LPGA, en lien 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. En l'occurrence, la recourante, qui succombe, doit supporter les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.- (art. 108 al. 1 LPJA) et n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario et art. 104 LPJA).

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

7.3.1 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).

7.3.2 Compte tenu des pièces produites à l'appui de la requête (voir PJ 3 à 5 de celle-ci), la condition financière est remplie, la recourante bénéficiant de l'assistance des services sociaux (ATF 144 III 531 c. 4.1, 122 I 5 c. 4a; SVR 2017 IV n° 87 c. 2.1). En outre, les chances de succès du recours ne pouvaient être d'emblée niées (ATF 140 V 521 c. 9.1; SVR 2021 ALV n° 13 c. 8.1). La requête doit donc être admise et la recourante mise au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle.

7.3.3 La recourante doit toutefois être rendu 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], applicable 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 judiciaires, est admise.
3. Les frais judiciaires, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi 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, par son mandataire,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué (B):
 - à la C._____.

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).