

200.2024.91.AI
N° AVS
KUQ/EGC

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

Jugement du 30 avril 2025

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président
G. Zürcher et A.-F. Boillat, juges
Q. Kurth, 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 4 janvier 2024



En fait:

A.

A. _____, née en 1973, mariée et mère de deux enfants majeurs, est au bénéfice de formations de secrétaire avec certificat, de cafetière-restauratrice, ainsi que de masseuse et énergéticienne. Elle a notamment travaillé à un taux d'activité de 50% en qualité de secrétaire et réceptionniste jusqu'au 31 décembre 2017. En parallèle, elle a exercé dans le domaine de la restauration, au sein de l'entreprise familiale, de 2005 jusqu'en janvier 2019. Par un formulaire daté du 4 septembre 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations pour adulte auprès de l'assurance-invalidité (AI). Elle y a invoqué souffrir d'un burnout et de dépression, les deux atteintes à la santé étant présentes depuis 2016.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a en particulier recueilli des informations auprès de l'employeur de l'intéressée et s'est procuré des rapports de la psychiatre et de la médecin généraliste traitantes. Par décision du 11 septembre 2020, cet office a nié le droit à des mesures professionnelles. Suivant l'avis de son Service médical des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne a ensuite diligenté une expertise pluridisciplinaire et fait réaliser une enquête pour activité professionnelle indépendante, dont les rapports ont été rendus les 16 juin 2021, respectivement 15 mai 2023. En possession de ces documents et par préavis du 19 mai 2023, il a fait savoir à l'assurée qu'il envisageait de refuser tout droit à une rente d'invalidité. Nonobstant les observations formulées par l'intéressée, l'Office AI Berne a formellement statué le 4 janvier 2024, dans le sens de son préavis.

C.

Par acte du 31 janvier 2024, l'assurée, agissant par un mandataire professionnel, porte le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (ci-après: le Tribunal administratif). Sous suite de frais et dépens, elle conclut en substance à l'annulation de la décision de l'Office AI Berne du 4 janvier 2024 et principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ou une demi-rente à compter du 4 septembre 2017, subsidiairement à une mesure de reclassement et plus subsidiairement au renvoi de la cause à l'autorité précédente pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Dans sa réponse, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours. L'assurée et l'Office AI Berne ont maintenu leurs conclusions dans un échange d'écritures subséquent. Cette autorité s'est encore prononcé sur un rapport d'examen neuropsychologique, transmis spontanément au Tribunal administratif par l'assurée.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'intimé du 4 janvier 2024 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit à une rente d'invalidité en faveur de la recourante. 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 dûment représentée, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]), sous réserve de ce qui suit.

1.2 L'objet de la contestation, tel que défini ci-dessus, fixe la limite des points qui peuvent être critiqués par le recours. Il en découle qu'il n'appartient pas au Tribunal administratif de se prononcer sur l'octroi d'une mesure de reclassement, qui constitue une mesure d'ordre professionnel (voir art. 15 ss LAI). En effet, la décision rendue par l'intimé le 11 septembre 2020, qui nie le droit à l'assurée à de telles mesures, n'a pas été contestée par la recourante et est donc entrée en force. Elle ne fait dès lors pas partie de l'objet de la présente contestation (voir arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_974/2012 du 19 mars 2013 c. 1.1 et les références; JTA AI/2022/556 du 23 septembre 2023 c.1.1.2 et les références). Dans la mesure où le recours comprend de telles conclusions, il est irrecevable (sur les questions d'objet de la contestation et d'objet du litige, voir ATF 131 V 164 c. 2.1; TF 9C_86/2021 du 14 juin 2021 c. 5.2, in SVR 2021 AHV n° 21). L'objet du litige porte ainsi uniquement sur l'annulation de la décision de refus de rente et principalement sur l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au moins à compter du 4 septembre 2017, ainsi que subsidiairement sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

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

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

2.

2.1 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 150 V 323 c. 4.2, 150 V 89 c. 3.2.1). En l'occurrence, si la décision entreprise est

certaines postérieures au 1^{er} janvier 2022, le droit potentiel à la rente de la recourante est pour sa part antérieur à cette date, si bien qu'il doit être examiné selon les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (voir parmi d'autres JTA AI/2023/83 du 7 juillet 2023 c. 2.1).

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 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).

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 point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 145 V 215 c. 5.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4). Les experts doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, 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 (dans sa teneur 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.

2.5 Lors de l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité échelonnée ou limitée dans le temps, les dispositions applicables à la révision s'appliquent par analogie, car dans un tel cas, une modification notable de la situation influençant le droit à la rente est intervenue encore avant le prononcé de la première décision de rente et doit conséquemment être prise en considération dans cette décision. En cas d'octroi rétroactif d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, les bases temporelles déterminantes pour la comparaison sont, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, le moment de la modification du droit, à fixer en fonction du délai de trois mois au sens de l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201; ATF 150 V 67 c. 4.3.2, 133 V 263 c. 6.1; TF 8C_132/2020 du 18 juin 2020 c. 4.2.2, in SVR 2020 IV n° 70).

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 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'assurée 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; TF 9C_540/2020 du 18 février 2021 c. 2.3, in SVR 2021 IV n° 54).

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. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 A l'appui de sa décision litigieuse du 4 janvier 2024, l'intimé a retenu que la recourante n'était pas restreinte dans l'exercice d'une activité lucrative, dès lors que son atteinte à la santé débouchait sur un degré d'invalidité de 5%. Il a donc exclu le droit à une rente d'invalidité. Pour ce faire, l'intimé s'est basé sur le rapport d'expertise médicale pluridisciplinaire du 16 juin 2021, qu'il considère comme étant probant, ainsi que sur le rapport de son Service des enquêtes du 15 mai 2023.

3.2 La recourante, quant à elle, critique la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire, relevant en substance que les experts n'ont pas suffisamment pris en compte son état de fatigue, ses angoisses et son burnout. Elle se réfère aussi aux différents rapports de sa psychiatre traitante, qui font état d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Sur le vu de ces éléments, elle soutient être en incapacité de travail de 70%, voire 50%. Elle requiert enfin la mise en œuvre d'une expertise médicale émanant d'un psychiatre neutre et indépendant.

4.

4.1 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la

décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 c. 4.3.1; TF 8C_655/2021 du 27 juin 2022 c. 6.3.1, in SVR 2022 UV n° 46). Au cas particulier, l'assurée a produit devant le Tribunal administratif un rapport daté du 26 août 2024 qui faisait suite à un examen neuropsychologique du 12 août 2024. Les faits exposés et l'analyse qui en est faite par une spécialiste en neuropsychologie ont toutefois trait à la situation antérieure à la décision du 4 janvier 2024, de sorte que ce document doit être pris en compte (en ce sens, voir TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 c. 7.2.1). En effet, dans cet écrit, la spécialiste en neuropsychologie a résumé la situation médicale depuis l'année 1997 et se réfère notamment à l'examen neuropsychologique ayant eu lieu le 2 juin 2021. Partant, ce document est de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision entreprise a été rendue et doit donc être pris en compte (arrêt du Tribunal fédéral des assurances [TFA, ancienne dénomination des Cours de droit social du Tribunal fédéral] I 649/06 du 13 mars 2007 c. 3.4, in SVR 2008 IV n° 8). Au surplus, le dossier permet de constater les faits médicaux suivants.

4.2 Il ressort d'un rapport daté du 18 août 2017 d'une clinique dans laquelle l'assurée a été hospitalisée du 28 juin au 30 juillet 2017, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (ch. F33.1 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) et de personnalité émotionnellement labile type borderline (ch. F60.31 CIM-10; dos. AI 32/8). Une incapacité entière de travail a été attestée du 31 juillet au 13 août 2017 (dos. AI 7.2/7).

4.3 Au moyen d'un rapport établi le 23 août 2017, la psychiatre traitante de l'assurée depuis avril 2007 a énuméré les mêmes diagnostics que ceux déjà connus. Dans ce cadre, elle a rapporté que sa patiente présentait un état d'épuisement et que celle-ci ressentait une fatigue constante, un manque d'élan, un ralentissement psychomoteur et une tristesse. La psychiatre a émis un pronostic favorable, avec un risque important de rechute. Elle a en outre attesté une incapacité de travail entière pour l'activité au sein d'un restaurant depuis le 3 mai 2017 pour une durée

indéterminée. Quant à l'activité de secrétaire, elle a évalué l'incapacité de travail à 50% du 12 août 2017 au 22 août 2017, puis à 100% depuis le 23 août 2017 pour une durée indéterminée, précisant que l'assurée avait fait une rechute après une tentative de reprise du travail (dos. AI 7.2/2; voir aussi dos. AI 7.2/1 et 7.2/6). Dans un rapport du 10 novembre 2017, la psychiatre traitante a confirmé les diagnostics retenus jusqu'alors et a expliqué que l'assurée présentait des troubles anxio-dépressifs avec somatisation, une fatigue chronique (depuis l'adolescence), des céphalées mixtes, une dyspepsie haute et un côlon irritable et qu'elle avait souffert aussi de diverses douleurs musculaires et articulaires. Elle a en outre précisé que d'un point de vue médical, l'activité liée au restaurant était encore exigible (dos. AI 25/2).

4.4 La généraliste traitante de l'assurée depuis mai 2011 s'est aussi prononcée sur l'état de santé de sa patiente dans un rapport du 31 décembre 2017, où elle a évoqué une personnalité de type borderline et un trouble anxiodépressif. Sans répercussion sur la capacité de travail, elle a retenu le diagnostic d'hypothyroïdie substituée. S'agissant des symptômes, elle a rapporté que l'assurée présentait une symptomatologie dépressive et anxieuse récurrente depuis plusieurs années et qu'elle s'était progressivement épuisée. A titre de pronostic, la généraliste a noté une amélioration, avec une reprise envisageable d'une activité lucrative à temps partielle. Elle a énuméré une fatigabilité accrue, ainsi que des troubles de la mémoire et de la concentration. Quant aux limitations fonctionnelles, la généraliste a retenu que la capacité de concentration et d'adaptation, ainsi que de résistance étaient limitées, alors que la capacité de compréhension et l'aptitude à se déplacer étaient préservées (dos. AI 32/2).

4.5 Dans un rapport du 22 mai 2018, la psychiatre traitante a noté une persistance des symptômes, avec de l'anxiété, une fluctuation thymique et des crises. Elle a évalué la capacité de travail de l'assurée à 50%, précisant que celle-ci éprouvait des difficultés à tenir le rythme d'une demi-journée de travail (dos. AI 49/3). Le 18 juin 2018, cette même spécialiste a observé une dégradation de l'état de santé de l'assurée, en relevant des manifestations intenses de fatigue chronique, accompagnées par un état d'hypersomnie (dos. AI 46/2). Par écrit du 16 avril 2019, la psychiatre a

relevé une stabilisation de l'état de santé de l'assurée, précisant que celle-ci présentait une réelle motivation à réintégrer le monde du travail (dos. AI 53/2).

4.6 A teneur d'un rapport du 4 décembre 2019, la généraliste traitante a observé une amélioration de l'état de santé de l'assurée et un changement sur le plan diagnostique, évoquant un trouble anxio-dépressif chronique, un syndrome des apnées du sommeil appareillé, ainsi que des troubles digestifs d'allure fonctionnelle. Dans ce cadre, elle a noté une amélioration de la qualité du sommeil de l'assurée qui avait pu prendre un travail à 50%. Elle a en outre observé qu'hormis une importante prise de poids, l'état de santé de l'assurée était bon. A titre de limitations, la généraliste a énuméré de la fatigue et un trouble de la concentration et de la mémoire qui limitaient l'endurance et la tolérance au stress. Elle a dès lors estimé qu'une activité lucrative était exigible à 50% (dos. AI 66/2).

4.7 Le 30 décembre 2019, la psychiatre traitante a constaté une discrète amélioration de l'état de santé de l'assurée, soulignant que celle-ci avait retrouvé un emploi à 50% en tant que secrétaire depuis le 2 mai 2019. Elle a rappelé que l'assurée souffrait d'une affection psychique chronique et énuméré à titre de limitations fonctionnelles une légère altération de la faculté à s'adapter à des règles et des routines, ainsi qu'une diminution de la capacité à planifier et structurer, de même que de la faculté à appliquer les compétences professionnelles. Elle a ainsi estimé qu'une activité lucrative à 50% était exigible (dos. AI 68/2).

4.8 Sur demande de l'intimé, une spécialiste en psychiatrie du SMR, s'est prononcée par écrit du 10 mars 2020 (dos. AI 70/4). Elle a retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, au moins modéré, plus prononcé à la limite de la gravité (ch. F33.1 à 2 CIM-10) et de trouble de la personnalité dépendante (ch. F60.7 CIM-10).

4.9 Sur proposition du SMR (dos. AI 84/1), l'intimé a organisé une expertise pluridisciplinaire ressortant aux domaines de la médecine interne, de la gastroentérologie, de la neurologie, de la psychiatrie et de la rhumatologie (dos. AI 98). A l'appui de leur évaluation consensuelle du

16 juin 2021, les experts ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (ch. F33.4 CIM-10), un trouble anxieux et dépressif mixte (ch. F43.1 [*recte* F41.2] CIM-10), une accentuation de traits de personnalité (émotionnellement labile, type borderline; ch. Z73.1 CIM-10), une chondropathie de la tête humérale (ch. M19.81 CIM-10), une tendinite du moyen fessier sur le grand trochanter gauche (ch. M76.0 CIM-10), une atteinte du ménisque interne et une chondropathie fémoro-patellaire (ch. M22.2 CIM-10), des cervicalgies sans irradiation sur discopathie (ch. M54.2 CIM-10), une hypothyroïdie substituée, un syndrome de l'apnée obstructive du sommeil modéré appareillé (ch. G47.3 CIM-10), des céphalées de type tension épisodique peu fréquentes non associées à une sensibilité péricrânienne (ch. G44.2 CIM-10), un syndrome de l'intestin irritable, peu symptomatique (ch. K58 CIM-10), ainsi que des brûlures épigastriques et rétrosternales non investiguées (ch. R12 CIM-10). A l'issue de leur analyse, les experts ont conclu que l'activité habituelle d'employée administrative était une activité adaptée aux limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique, c'est-à-dire une activité n'exigeant pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol, ni d'efforts du bras droit au-delà de la ligne des épaules, ni de porter des charges de plus de 10 kg proches du corps, excluant les travaux en hauteur (échelle, escabeau, échafaudage, tabouret), de monter et descendre les escaliers de façon répétée, les mouvements en porte-à-faux du rachis cervical, le maintien d'une position en impulsion ou antépulsion du membre supérieur et sans se mettre en position à genoux ou accroupie. Dans une telle activité adaptée, les experts ont ensuite attesté d'une capacité de travail de la recourante nulle de mai à septembre 2017, de 50% entre octobre 2017 et le 22 mai 2018, puis totale dès le 23 mai 2018 (hormis une brève incapacité de travail de deux mois en raison d'une infection à la maladie à coronavirus 2019 (ci-après: la COVID-19 en mars 2020; dos. AI 98.1/7 s.).

4.10 A l'appui de ses objections, l'assurée a produit un avis de sa psychiatre traitante du 1^{er} septembre 2023, dans lequel celle-ci a en substance évoqué une dégradation de l'état psychique de sa patiente depuis la réalisation de l'expertise pluridisciplinaire précitée. Cette spécialiste a souligné que les troubles cognitifs, la fatigue chronique et

l'instabilité émotionnelle entravaient la capacité de travail de l'assurée évaluée à 50% (dos. AI 115/1). Elle s'est en outre référée à une évaluation neuropsychologique réalisée par un centre hospitalier le 2 juin 2021. Du rapport y relatif, l'existence d'un trouble neuropsychologique léger à moyen a été posé, caractérisé par des troubles attentionnels légers à modérés et des troubles exécutifs légers. Dans ce contexte, les spécialistes en neurologie et neuropsychologie ont retenu un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité présent dans l'enfance de l'assurée, des troubles anxio-dépressifs, un traitement médicamenteux par benzodiazépines, une fatigue chronique, un syndrome douloureux et des céphalées mixtes. Il a également été souligné par les spécialistes une légère limitation de la capacité fonctionnelle au quotidien et dans la plupart des sollicitations professionnelles (dos. AI 115/4).

4.11 L'assurée a encore produit un rapport d'une spécialiste en neuropsychologie daté du 8 janvier 2024 (voir c. 4.1 ci-dessus), dans lequel celle-ci a retenu le diagnostic de trouble du spectre de l'autisme de niveau de sévérité 1 sans déficit intellectuel, ni altération du langage associés (ch. 299.0 du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [DSM-5]; pièce justificative [PJ] 4 du recours).

5.

Il convient donc en premier lieu d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 16 juin 2021, sur lequel s'est fondé l'intimé pour rendre la décision contestée.

5.1 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).

5.2 Tout d'abord, sur le plan formel, l'expertise pluridisciplinaire répond aux exigences posées par la jurisprudence quant à la valeur probante des documents médicaux. Les experts, dont les qualifications médicales ne sauraient être mises en doute, ont procédé chacun à un examen personnel de la recourante. Ils ont pris en compte les plaintes subjectives de celle-ci après avoir restitué de façon détaillée l'anamnèse (médicale, personnelle, familiale et professionnelle) et résumé les principaux documents recueillis par l'intimé, y compris les imageries réalisées. Les résultats de l'expertise ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance des éléments médicaux déterminants. Les observations émises dans ce contexte, discutées et étayées, ont ensuite été intégrées dans l'évaluation finale consensuelle, à laquelle ont procédé les experts. Leurs conclusions ne laissent pas apparaître d'élément permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Par conséquent, d'un point de vue formel, l'expertise pluridisciplinaire ne prête pas le flanc à la critique.

5.3 Sur le plan matériel, les tâches spécifiques et exclusives incombant aux experts médicaux impliquent essentiellement qu'ils posent un diagnostic et décrivent l'incidence des atteintes à la santé constatées sur la capacité de travail (voir ATF 140 V 193 c. 3.2; TF 9C_660/2021 du 30 novembre 2022 c. 5.2, 9C_618/2019 du 16 mars 2020 c. 7.1). S'agissant plus particulièrement de troubles psychiques, les experts doivent motiver les diagnostics de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis. Par ailleurs, il appartient au spécialiste en psychiatrie d'évaluer la capacité de travail, en tenant compte des déficits neuropsychologiques (TF 9C_557/2023 du 18 décembre 2023 c. 4.3.4 et les références). En l'occurrence, sur le plan de l'appréciation matérielle de l'expertise pluridisciplinaire du 16 juin 2021, il faut relever ce qui suit.

5.3.1 D'un point de vue de la médecine interne générale, l'avis de l'expert mandaté permet aisément de comprendre pourquoi celui-ci a nié tout diagnostic impactant la capacité de travail relevant de sa spécialité. Dans ce contexte et s'agissant en particulier de la fatigue ressentie par l'assurée,

l'appréciation du spécialiste en médecine interne selon laquelle le syndrome d'apnée du sommeil modéré est bien appareillé et a fait l'objet d'une bonne adhésion thérapeutique par l'assurée, si bien que les troubles du sommeil de celle-ci ont pu être résorbés, rejoint les conclusions du spécialiste en pneumologie traitant de l'assurée (qui ne figurent cependant pas au dossier; dos. AI 98.2/8). Ainsi, le grief formulé par la recourante dans sa réplique, selon lequel l'intimé n'aurait jamais requis l'avis du pneumologue traitant ou pris en compte un rapport rendu par celui-ci en juillet 2023 tombe à faux. Au demeurant, on précisera qu'outre le fait que son reproche n'intervient qu'au stade de la réplique et que l'assurée n'a pas jugé utile de produire le rapport en question, il apparaît au dossier que l'intimé avait transmis l'expertise pluridisciplinaire au pneumologue sans que celui-ci se manifeste (dos. AI 111). L'expert s'est en outre fondé sur les résultats d'un bilan biologique pour exclure une origine médicale endocrinienne, immuno-hématologique ou infectieuse aux problèmes de fatigue alléguée (dos. AI 98.2/8). On rappellera à ce propos que l'étiologie des problématiques médicales en cause importe peu du point de vue de l'AI qui, en tant qu'assurance finale et non causale, doit uniquement s'attacher aux répercussions que ces atteintes peuvent avoir sur la capacité de travail de la personne assurée (voir JTA AI/2022/615 du 4 avril 2024 c. 5.3.4 et les références). Pour ce qui est des autres diagnostics mis en avant par l'expert, à savoir une hypothyroïdie substituée, des palpitations au stress, de l'eczéma aux mains et aux pieds, une sinusite chronique, des nodules mammaires bénins surveillés, une parodontopathie et une acné du visage, ils ne sont pas non plus susceptibles d'engendrer une diminution de la capacité de travail. Sur ces bases, l'expert est parvenu de façon logique à la conclusion qu'hormis une brève incapacité totale de travail temporaire en lien avec une infection à la COVID-19 survenue au mois d'avril 2020, la recourante dispose d'une pleine capacité de travail sous l'angle de la médecine interne générale (dos. AI 98.2/8), si bien que ce volet de l'expertise doit être confirmé.

5.3.2 Sur le plan de la gastroentérologie, l'expert a recensé les plaintes de l'assurée et leur a cherché d'éventuelles causes objectives. En s'appuyant sur l'anamnèse de l'expertisée, il a retenu de façon convaincante les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de

syndrome de l'intestin irritable, peu symptomatique (ch. K58 CIM-10), ainsi que de brûlures épigastriques et rétrosternales, non investiguées (ch. R12 CIM-10). Il a précisé à ce propos que l'intensité des symptômes était faible (dos. AI 98.3/5). Quant à l'évaluation de la capacité de travail en lien avec cette spécialité, à savoir pleine et entière depuis toujours, elle s'avère également concluante au vu de l'absence de limitations fonctionnelles décrites par l'expert (dos. AI 98.3/6). Le rapport d'expertise, dans son volet dédié à la gastroentérologie, est ainsi convaincant et n'a d'ailleurs, à juste titre, pas été contesté.

5.3.3 S'agissant du volet neurologique, aucun élément n'est litigieux entre les parties et ne permet de remettre en cause les conclusions de l'expert. En effet, celui-ci n'a pas retenu de diagnostic se répercutant sur la capacité de travail. Il a procédé à des investigations cliniques, avant de confronter avec soin les résultats aux plaintes formulées par l'assurée. Celles-ci ont été jugées en adéquation avec les constats objectifs. Le spécialiste a en effet admis l'existence de céphalée de type tension épisodique peu fréquente non associée à une sensibilité péricrânienne (ch. G44.2 CIM-10). Il a exposé à cet égard que cette atteinte survenait à raison d'une à deux fois par mois et qu'il y avait une bonne adhésion thérapeutique de la recourante qui répondait favorablement à la prise d'antalgiques (dos. AI 98.4/5). Cette appréciation diagnostique, qui est corroborée par les avis de la psychiatre traitante et des spécialistes en neuropsychologie et neurologie d'un centre hospitalier (voir c. 4.3 et 4.10 ci-dessus), convainc pleinement. L'expert en neurologie n'a en outre pas fait état de limitations fonctionnelles particulières sur le plan neurologique. Par conséquent, sa conclusion, aboutissant à une capacité de travail entière dans sa spécialité, sans limitation, est convaincante, ce qui n'est du reste pas contesté par la recourante.

5.3.4 Quant à l'expertise psychiatrique, l'experte de cette discipline a admis l'existence d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel en rémission (ch. F33.4 CIM-10) et d'un trouble anxieux et dépressif mixte (ch. F41.2 CIM-10). Elle a tout d'abord relaté de façon pertinente que l'assurée avait connu plusieurs épisodes dépressifs, marqués par des baisses de thymie, notamment en 1997, 2007, ainsi qu'entre 2016 et 2017.

A ce propos, elle a noté que ces épisodes dépressifs étaient survenus dans des contextes de conflits conjugaux et de surcharges professionnelles et que durant ces périodes, l'assurée avait été suivie par des psychiatres et avait bénéficié de traitements psychotropes (dos. AI 98.5/10). L'experte n'a pas occulté le fait que l'intéressée avait été hospitalisée à deux reprises. Elle a en effet relevé une première hospitalisation, d'une durée de trois semaines, survenue en 1999 dans un contexte de fatigue et d'état anxio-dépressif (dos. AI 98.5/3). Elle a également mentionné qu'à la suite du dernier épisode dépressif, qualifié de moyen, l'assurée a fait l'objet d'une nouvelle hospitalisation en été 2017 au sein d'une clinique (dos. AI 98.5/6; voir c. 4.2 ci-dessus). L'experte a ensuite démontré de manière cohérente que l'épisode dépressif était actuellement en rémission (sur cette notion, voir JTA AI/2023/678 du 25 mars 2024 c. 6.3.2 et les références). En effet, outre le fait que, comme on vient de le voir, le dernier épisode dépressif remonte à 2017, l'évolution a été qualifiée par l'experte de favorable, au moment de l'entretien ayant eu lieu le 1^{er} avril 2021, dès lors que la symptomatologie dépressive était peu marquée et intermittente. Le status psychiatrique qui motive cette conclusion est d'ailleurs étayé sous chacune de ses composantes (orientation et fonctions cognitives, humeur, troubles anxieux, troubles de la pensée, troubles de la perception). Concernant tout d'abord l'orientation et les facultés cognitives, l'experte a souligné que la recourante était vigilante et bien orientée dans le temps, l'espace, la situation et la personne, avec une intelligence évaluée dans la norme. Elle a ensuite qualifié l'humeur de l'assurée d'euthymique, sans ralentissement psychomoteur, en relevant que celle-ci ne se sentait pas spécialement triste (hormis un épisode durant lequel elle était au bord des larmes au moment d'évoquer son état d'épuisement en 2016 et qu'elle avait sangloté à une reprise), mais plutôt désabusée et résignée. Une symptomatologie maniforme ou d'euphorie a en outre été exclue et une baisse d'estime de soi et de la libido a été relevée (dos. AI 98.5/4 et 98.5/7). S'agissant des troubles anxieux, l'experte a mis en évidence une discrète anxiété, relevant que l'assurée avait nié toute idéation thanatique ou toute autre idée auto-agressive. A ce propos, les allégations de la recourante selon lesquelles elle se serait scarifiée pour soulager ses crises d'angoisses et aurait affirmé avoir des idées suicidaires, ne sont pas étayées au dossier. Certes, des idées suicidaires passives ont été évoquées, mais sans tentamen (dos. AI

98.5/4 et 98.5/7), ce qui est d'ailleurs confirmé par les appréciations de la psychiatre traitante et des médecins en charge de l'assurée durant son séjour en clinique (dos. AI 32/9 et 115/2; voir aussi dos. AI 98.4/3). L'experte a aussi précisé que l'intéressée n'avait plus qu'occasionnellement des attaques de panique à raison d'une à deux fois par mois. Ce raisonnement est d'ailleurs corroboré par une compliance médicamenteuse intermittente, admise par l'assurée, et confirmée par une absence de prise d'antidépresseurs durant les sept jours précédant la date du prélèvement sanguin, c'est-à-dire le 9 avril 2021, ainsi que cela ressort des résultats d'analyse du 20 avril 2021 (dos. AI 98.5/8 s. et 98.8/2). De plus, aucun trouble de la pensée ou de la perception n'a été décelé. Pour le surplus, l'experte a constaté une bonne mémoire d'anciens souvenirs de l'assurée, mais des difficultés à gérer le quotidien en raison de nombreux petits oublis depuis 2016, décrivant également d'occasionnels troubles de la concentration. Elle a toutefois retenu que la mémoire était cliniquement adéquate avec un récit autobiographique chronologique et sans lacune particulière et qu'hormis le fait que l'assurée avait perdu le fil à deux reprises durant l'entretien, elle avait été en mesure de reprendre la suite de la conversation sans difficultés (dos. AI 98.5/4 et 98.5/7). S'agissant de l'existence de troubles cognitifs liées à la fatigue, décrits par l'assurée comme devenant toujours plus importants, l'experte a observé l'apparition de ceux-ci après une heure d'entretien. Cela étant, elle a estimé de façon probante que l'intensité de ces troubles était légère et que ceux-ci n'interféraient pas significativement avec le quotidien de l'assurée ou dans une activité lucrative adaptée (dos. AI 98.5/8). L'experte a ainsi fait la distinction entre les troubles cognitifs rapportés par la recourante et ses observations médicales objectives à l'examen clinique (voir TF 8C_604/2023 du 20 juin 2024 c. 5.3). Cette analyse est d'ailleurs corroborée par les résultats de l'examen neuropsychologique réalisé le 2 juin 2021 (voir c. 4.10 ci-dessus). Dans le rapport y relatif, outre le fait qu'un diagnostic de trouble neuropsychologique léger à modéré a été posé selon les critères établis par l'Association Suisse des Neuropsychologues (ASNP), les spécialistes du centre hospitalier ont estimé que la capacité fonctionnelle de l'assurée n'était que légèrement altérée au quotidien et dans la plupart des sollicitations professionnelles (dos. AI 115/6). A cet égard, la recourante ne peut pas être suivie lorsqu'elle fait valoir que

l'expertise ne tiendrait pas suffisamment compte de son état de fatigue et d'angoisse, de même que de son burnout. En effet, l'experte psychiatre a dûment mentionné, sans les remettre en question, les plaintes de l'assurée afférentes à son état de fatigue, ses angoisses et son épuisement, doléances qu'elle a abordées aussi bien dans l'anamnèse de son rapport que dans son appréciation médicale (voir dos. AI 98.5.1-4 et 98.5/7-10). En particulier, elle a rapporté que l'assurée décrivait une fatigue importante, déjà existante depuis son adolescence (dos. AI 98.5/8). La spécialiste en psychiatrie a aussi expliqué que la fatigue et les troubles du sommeil dont souffrait l'assurée avaient connu une nette amélioration en 2018 à la suite de la découverte d'un syndrome des apnées du sommeil et de la mise en place d'un dispositif de ventilation en pression positive continue. Elle a aussi évoqué que l'infection de l'assurée à la COVID-19 en avril 2020, nécessitant une hospitalisation de l'assurée durant six semaines, avait provoqué une péjoration de l'état de fatigue. L'experte est ainsi d'autant plus crédible qu'elle n'a pas minimisé la fatigue de l'assurée (dos. AI 243.2/6). Cela étant, elle a considéré que cette fatigue ne trouvait pas son origine dans l'état psychique et l'anxiété sporadique de l'expertisée, mais bien plus dans un contexte plurifactoriel prenant la forme de surmenage et de conflits conjugaux (dos. AI 243.2/9; en ce sens, voir JTA AI/2023/330 du 26 février 2024 c. 6.3.3). Elle a noté à ce propos que la fatigue alléguée par l'assurée semblait être plus subjective que réelle au regard de la description donnée par celle-ci de ses journées (dos. AI 98.5/10). L'experte a de plus expliqué que la rémission des troubles résultait de la dernière hospitalisation, laquelle avait permis à la recourante de reprendre une activité professionnelle au sein de l'entreprise familiale entre avril et décembre 2018. Elle n'a par ailleurs retenu aucune comorbidité (dos. AI 98.5/9). Sur le vu de tous ces éléments, c'est de façon convaincante que l'experte psychiatre a conclu que l'évolution de l'état de santé psychique de l'assurée était favorable et que la symptomatologie dépressive et anxieuse était légère. Quant au diagnostic d'accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile, type borderline (ch. Z73.1 CIM-10), l'experte psychiatre a relevé chez l'assurée une difficulté à poser des limites à autrui, une labilité émotionnelle, ainsi qu'une tendance à la projection et à l'autosacrifice. Elle a en outre expliqué que ces traits de personnalité existaient depuis plusieurs années et qu'une accentuation de ceux-ci était

survenue à la suite d'un burnout, l'assurée présentant de plus grandes difficultés d'adaptation. Cette appréciation diagnostique est d'autant plus probante que l'experte a exposé de façon compréhensible les raisons pour lesquelles elle avait écarté le diagnostic de trouble de la personnalité, pourtant retenu par les médecins en charge de la recourante durant son séjour en clinique, ainsi que par la psychiatre traitante (voir c. 4.2 à 4.4 ci-dessus). Pour ce faire, elle a nié l'existence d'antécédent de passage à l'acte, de comportement à risque ou de traits dysfonctionnels. En outre, elle a rapporté que l'assurée avait connu plusieurs périodes de stabilité dans la vie, ce qui excluait un trouble de la personnalité (dos. AI 98.5/8 s.). On relèvera encore que l'accentuation de traits de la personnalité mentionnée par l'experte ne peut pas être considérée comme une atteinte à la santé invalidante, ni même comme une comorbidité juridiquement pertinente (en ce sens, voir TF 9C_279/2020 du 15 juillet 2020 c. 5.3 et les références; voir aussi JTA AI/2023/496 du 23 septembre 2024 c. 6.5.1 et les références). Il en va de même pour un "burnout", qui n'est pas une maladie au sens des systèmes internationaux de classification reconnus. Il n'est donc en tant que tel pas non plus couvert par la notion d'atteinte à la santé juridiquement pertinente (TF 9C_298/2020 du 28 septembre 2020 c. 3.2 et les références; voir aussi JTA AI/2022/481 du 19 novembre 2023 c. 6.2). Par conséquent, les conclusions de l'experte relatives aux diagnostics sont logiques, compréhensibles et convaincantes. En ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail, l'experte a analysé minutieusement les ressources et difficultés de l'assurée. Tout en reconnaissant que l'assurée éprouvait des difficultés à poser des limites, l'experte a retenu que les ressources psychologiques et les mécanismes adaptatifs de l'intéressé n'étaient pas diminués. Sur ces bases, elle a donc conclu de manière probante qu'il n'existait aucune limitation fonctionnelle au motif psychiatrique (dos. AI 98.5/10). La capacité de travail arrêtée par l'experte, à savoir nulle du 3 mai au 30 septembre 2017, puis à 50% du 1^{er} octobre 2017 au 22 mai 2018 et entière dès le 23 mai 2018, résulte en particulier de la discussion relative à la stabilisation de l'état de santé de l'intéressée depuis le dernier épisode dépressif (de degré moyen) survenu entre 2016 et 2017. Ce résultat est d'autant plus cohérent qu'entre avril et décembre 2018, l'expertisée a repris une activité professionnelle à 50% dans l'entreprise familiale, puis elle a ensuite travaillé à 50% en tant

qu'assistante achats entre mai 2019 et février 2020, de même que depuis le 1^{er} mars 2020 en tant que secrétaire à 50% (dos. AI 98.5/5 s.). On ne voit donc rien à dire dans le fait que l'experte a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail entière depuis le 23 mai 2018 (dos. AI 98.5/10 s.). Cette évaluation de la spécialiste en psychiatrie se heurte néanmoins aux appréciations de la psychiatre et de la médecin traitantes, lesquelles retiennent une capacité de travail de 50% depuis le 23 mai 2018 en raison d'une persistance des symptômes (anxiété, fluctuation thymique et crises), de la fatigue sévère et des pertes cognitives (voir c. 4.5 à 4.7 ci-dessus). Il convient dans ce contexte de relever la différence de mandat donné à un médecin traitant et à un médecin agissant en tant qu'expert. S'agissant des avis du médecin de famille, le juge peut et doit tenir compte du fait qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, ce médecin aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; TF 8C_616/2014 du 25 février 2015 c. 5.3.3.3, in SVR 2015 IV n° 2; JAB 2016 p. 121 c. 4.6). Il n'en va pas seulement ainsi du médecin de famille praticien généraliste, mais également du spécialiste traitant (TFA I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4). Dans ces circonstances, on doit relativiser l'incapacité de travail de 50% évaluée par la psychiatre traitante. Cela vaut d'autant plus que celle-ci n'explique nullement de façon précise et documentée les raisons les ayant conduits à un tel résultat, pas plus qu'elle ne se prononce sur la capacité de travail dans une activité adaptée ou habituelle. On relèvera également que le 1^{er} septembre 2023 (dos. AI 115/1-3), cette spécialiste traitante s'est adressée directement à l'intimé pour défendre sa patiente à la suite du préavis du 19 mai 2023, démontrant ainsi tout manque d'impartialité. Il en va de même de la généraliste traitante, qui se réfère notamment aux incapacités de travail attestées par la psychiatre traitante. Au contraire des médecins traitantes, l'experte a procédé à une appréciation circonstanciée et a détaillé les incidences de chacune des limitations sur la capacité de travail ou le rendement de l'assurée et ce, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée (dos. AI 98.5/10). Partant, cette différence d'appréciation ne saurait remettre en cause l'évaluation de la capacité de travail de l'experte en psychiatrie, qui doit ainsi être confirmée.

5.3.5 Quant au volet rhumatologique, les conclusions de l'expert de cette discipline s'avèrent également logiques et cohérentes au vu des rapports médicaux au dossier et des résultats de l'examen clinique et d'imagerie médicale de l'assurée. La recourante ne conteste d'ailleurs pas ce point. L'expert a cherché à expliquer les différentes douleurs évoquées par la recourante, à savoir des douleurs au niveau des cervicales, de l'épaule droite, du genou droit et de la hanche gauche, en procédant à un examen méticuleux de celle-ci (rachis, épaules, poignets/mains hanches, genoux et chevilles; dos. AI 98.6/7). C'est ainsi que l'expert a constaté au niveau du genou droit l'existence d'une douleur à la palpation du compartiment fémoro-patellaire à droite, ainsi qu'à la palpation du compartiment fémoro-tibial interne et externe. L'expert s'est également appuyé sur des résultats d'IRM du genou droit réalisée en février 2018, qui faisait état de l'existence d'une fissuration de grade III de la corne postérieure du ménisque interne, une ulcération cartilagineuse de grade II du cartilage patellaire externe et à moindre degré interne, ainsi qu'une chondropathie trochléenne interne. Une seconde IRM effectuée en mars 2021 a relevé une fissuration de stade III de la corne postérieure du ménisque médial (dos. AI 98.6/8). Sur ces bases, l'expert a évoqué de façon convaincante une atteinte au ménisque interne et une chondropathie fémorales-patellaire. De la même façon, l'expert s'est aussi fondé sur les résultats d'une IRM de février 2018, laquelle montrait une importante discopathie au niveau C5-C6 et C6-C7, pour retenir le diagnostic de cervicalgies sans irradiation sur discopathie (ch. M54.2 CIM-10). Ensuite, après avoir observé l'existence d'une douleur à la palpation du grand trochanter à gauche et une douleur aux mouvements d'étirement de cette zone (dos. AI 98.6/7), il a retenu de manière logique le diagnostic de tendinite du moyen fessier sur le grand trochanter gauche (ch. M76.0 CIM-10). Concernant l'épaule droite, l'examen clinique a mis en évidence une douleur globale au niveau de cette épaule à la mobilisation. A ce propos, l'expert a expliqué que l'assurée avait subi une opération en novembre 2020 par ténotomie du long biceps et acromioplastie, ce qui avait révélé une chondropathie de la tête humérale de grade II/III (dos. AI 98.6/7 s.). Par ailleurs, le profil d'exigibilité dressé par l'expert en rhumatologie tient compte des limitations fonctionnelles établies lors de son examen clinique et sur la base du dossier, à savoir une activité n'exigeant pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du

sol, pas de port de charges de plus de 10 kg proches du corps, pas de travaux en hauteur, pas de monter et descendre les escaliers de façon répétée, pas de mouvements en porte-à-faux du rachis cervical, pas d'efforts du bras droit au-delà de la ligne des épaules et le maintien d'une position en impulsion ou antépulsion du membre supérieur droit et pas de position à genoux ou accroupie maintenue (dos. AI 98.6.9; voir aussi c. 4.9 ci-dessus). Ce profil d'exigibilité ne prête pas flanc à la critique. Quant à l'évaluation de la capacité de travail, il en va de même en tant que l'expert a conclu que l'activité de serveuse n'était pas adaptée à ces limitations, si bien que la capacité de travail était nulle depuis le mois de février 2018, c'est-à-dire au moment où l'atteinte au niveau du genou droit avait été diagnostiquée. On ne voit rien à redire à propos du fait que l'expert a évalué la capacité de travail à 100% dans une activité adaptée, telle que celle de secrétaire.

5.3.6 Enfin, l'évaluation consensuelle livre une appréciation coordonnée des diagnostics retenus, des limitations fonctionnelles constatées et de leurs répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. C'est ainsi de manière probante que les experts se sont entendus, au terme de leur consensus, sur une capacité de travail nulle, quelle que soit l'activité exercée, de mai à septembre 2017, puis sur une capacité de travail de 50% d'octobre 2017 au 22 mai 2018, puis finalement sur une capacité totale depuis le 23 mai 2018 (hormis une incapacité totale de travail en raison d'une infection à la COVID-19 en mars 2020) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées par le spécialiste en rhumatologie (dos. AI 98.1/7; voir c. 4.9 et 5.3.5 ci-dessus).

5.3.7 Il faut aussi relever que les autres rapports médicaux figurant au dossier, déjà mentionnés ci-avant, ne sont pas de nature à remettre en cause la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire. On ne saurait tout d'abord ignorer que dans sa prise de position datée du 10 mars 2020 (voir c. 4.8 ci-dessus), la spécialiste en psychiatrie du SMR avait retenu un trouble dépressif récurrent, au moins modéré, plus prononcé à la limite de la gravité (ch. F33.1 à 2 CIM-10) et un trouble de la personnalité dépendante (ch. F60.7 CIM-10). Cela étant, on relèvera que la psychiatre du SMR n'avait pas examiné personnellement l'assurée et s'était fondée

essentiellement sur les avis de la psychiatre traitante qui, comme on l'a vu, n'emportent pas conviction sur l'expertise pluridisciplinaire. Qui plus est, l'experte psychiatre qui a tenu compte de cet avis médical dans son appréciation (dos. AI 98.7/5), a écarté de façon convaincante tout trouble de la personnalité et expliqué en quoi le trouble dépressif était en rémission (voir c. 5.3.4 ci-dessus). S'agissant ensuite de l'écrit du 1^{er} septembre 2023 de la psychiatre traitante (voir c. 4.10 ci-dessus), postérieure au rapport d'expertise du 16 juin 2021, celle-ci a certes évoqué une dégradation de l'état psychique de l'assurée, sans pour autant critiquer les diagnostics retenus par les experts, et a conclu à une capacité de travail restreinte à 50%. Cela étant, elle n'a pas expliqué en quoi les troubles cognitifs, la fatigue chronique et l'instabilité émotionnelle qu'elle invoque pourraient limiter la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, pas plus qu'elle n'a étayé les raisons pour lesquelles elle a arrêté une incapacité de travail de 50%. Quant au rapport du 26 août 2024, il est vrai que la spécialiste en neuropsychologie a invoqué l'existence d'un nouveau diagnostic, à savoir un trouble du spectre de l'autisme de niveau de sévérité 1 sans déficit intellectuel, ni altération du langage associés (voir c. 4.11 ci-dessus). Cela étant, pour les besoins de l'assurance-invalidité, ce n'est pas le diagnostic qui est déterminant mais uniquement les conséquences d'une maladie sur la capacité de travail. A cet égard, il n'est pas possible de déduire directement d'un diagnostic une atteinte à cette capacité (TF 8C_287/2022 du 17 août 2022 c. 5.1.2 et les références; voir aussi JTA AI/2023/890 du 26 mai 2024 c. 5.3.2). Or, bien qu'elle ait observé un déficit persistant de la communication et des interactions sociales et un caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts spécifiques et envahissants avec attachement et préoccupations relatifs à des objets insolites, des hyperréactivités et hypo-réactivités sensorielles et un mode de pensée rigide, la neuropsychologue n'a pas directement déduit d'incapacité de travail de ce trouble. A cet égard, il faut aussi rappeler que d'après la jurisprudence, il appartient au médecin spécialiste en psychiatrie d'évaluer la capacité de travail en tenant compte des déficits neuropsychologiques. Une expertise neuropsychologique ne revêt ainsi qu'un caractère complémentaire au volet psychiatrique d'une expertise médicale pluridisciplinaire, l'experte ou l'expert en neuropsychologie n'étant par ailleurs, en règle générale, pas médecin (TF

9C_752/2018 du 12 avril 2019 c. 5.3, 9C_557/2018 du 12 février 2019 c. 7.1). Elle peut servir d'aide mais n'a pas la même valeur qu'une évaluation spécialisée dans un domaine de compétence à part entière (TF 8C_11/2021 du 16 avril 2021 c. 4.2).

5.3.8 Sur le vu de ces considérants qui précèdent, il faut conclure que l'expertise pluridisciplinaire du 16 juin 2021 s'avère claire, convaincante et complète. Elle répond aux critères posés par la jurisprudence pour lui accorder une pleine valeur probante (voir c. 5.1 ci-dessus), de sorte qu'il n'y a pas lieu d'entreprendre ou d'ordonner des investigations médicales supplémentaires qui n'apporteraient rien de nouveau au dossier déjà suffisamment instruit. Cette conclusion s'impose tant pour les aspects spécifiquement médicaux de l'expertise, que pour la proposition qui y est formulée relative à l'estimation de la capacité de travail et de son évolution. Par le fait d'avoir évalué les déficits fonctionnels sur une base objectivée, les experts mandatés par l'intimé ont en effet respecté le cadre normatif déterminant (art. 7 al. 2 LPG; voir c. 2.3 ci-dessus). On doit commencer par relever qu'au premier niveau de l'analyse structurée définie par la jurisprudence, l'experte psychiatre n'a pas retenu de motifs d'exclusion, quand bien même une certaine incohérence a été soulignée entre ses propres observations et les plaintes subjectives exprimées au sujet de la fatigue (dos. AI 98.5/10; voir aussi dos. AI 98.1/7). Ensuite, le degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte a notamment été évalué en tenant compte de la rémission du trouble dépressif récurrent, de la symptomatologie anxiodépressive peu marquée et intermittente ou encore au vu de l'absence de diagnostic de trouble de la personnalité. De plus, l'experte psychiatre a émis un pronostic favorable, dès lors que l'assurée avait pu reprendre une activité professionnelle (dos. AI 98.5/8). A cela s'ajoute qu'outre une compliance médicamenteuse irrégulière, la poursuite d'un suivi psychothérapeutique a été préconisée, étant précisé que la gestion des émotions et des mécanismes défensifs pouvait par ce biais continuer à être travaillée (dos. AI 98.5/9). Force est ainsi de constater que les options thérapeutiques ne sont pas épuisées (voir à cet égard: ATF 141 V 281 c. 4.4.2). Les éléments qui précèdent doivent être considérés comme autant d'indices minimisant la gravité des affections diagnostiquées (voir le complexe "atteinte à la santé"; ATF 141 V 281 c. 4.3.1; voir aussi TF

9C_618/2019 du 16 mars 2020 c. 8.2.1.3.1). En outre, concernant le complexe "personnalité" et "contexte social" (ATF 141 V 281 c. 4.3.2 et 4.3.3), l'experte a certes retenu une accentuation des traits de la personnalité, soulignant une difficulté à poser des limites à autrui, une labilité émotionnelle, ainsi qu'une tendance à la projection et à l'autosacrifice. Elle a néanmoins exclu l'existence d'un trouble de la personnalité. L'experte a de plus relevé chez l'assurée des ressources mobilisables, dont notamment une capacité à s'adapter à des règles de routine, à planifier et structurer ses tâches, ainsi qu'à s'assumer elle-même. Sur le plan social, l'experte a souligné qu'hormis des difficultés relationnelles avec sa sœur et son mari, l'assurée était plutôt sociable, possédait un cercle d'amis et côtoyait également des collègues à son travail où elle se sentait bien intégrée (dos. AI 98.5). Elle a également évoqué les importantes ressources de l'assurée, dont notamment la maîtrise de plusieurs langues, ses différentes formations certifiées, son expérience professionnelle variée, ainsi que son rôle de mère de famille (dos. AI 98.5/10). Les observations de l'experte montrent aussi que des facteurs de stress psychosociaux ont été déterminants dans la survenance de l'épuisement chez l'assurée. Elle a mis en évidence que l'assurée avait subi plusieurs situations conflictuelles et vécu plusieurs déménagements au cours de ces dernières années, ce qui avait contribué à son état de fatigue (dos. AI 98.5/3 et 8; voir TF 8C_213/2022 du 4 août 2022 c. 4.5.1). Sous l'angle de la cohérence, l'experte a expliqué que la description que fait l'assurée de sa journée suggérait une certaine subjectivité de la fatigue ressentie par l'intéressée. Cela étant, outre une fatigue et une fatigabilité persistante, il n'a pas été constaté de limitation pour les activités de la vie quotidienne, ni de restrictions quant aux activités occupationnelles, distractives et de loisirs (dos. AI 98.5/6 s. et 10; ATF 141 V 281 c. 4.4.1; en ce sens, voir également TF 9C_585/2019 du 3 juin 2020 c. 4.2). Dès lors, sur le vu de l'examen méticuleux et détaillé des indicateurs par l'experte psychiatre, la proposition de celle-ci de retenir une portée incapacitante temporaire du 3 mai 2017 au 23 mai 2018 au trouble dépressif récurrent apparaît pleinement convaincante et fondée. Au regard de ce qui précède, les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire s'avèrent dès lors aussi probant d'un point de vue juridique.

6.

Il reste à examiner le degré d'invalidité de la recourante.

6.1 A l'instar de ce qu'a fait l'intimé, la comparaison de revenus (art. 16 LPGA) doit être opérée sur la base de données valables en 2018, année correspondant à la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 150 V 67 c. 4.1, 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222 c. 4.1). En l'espèce, l'assurée ayant déposé sa demande de prestations en septembre 2017, le droit à une rente pourrait prendre naissance au plus tôt à partir du 1^{er} mars 2018 (art. 29 al. 1 et 3 LAI). Cela étant, à ce moment-là, l'assurée ne présentait pas encore une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI). En effet, les experts ont attesté une incapacité de travail entière depuis le 3 mai jusqu'au 30 septembre 2017, puis partielle du 1^{er} octobre 2017 au 22 mai 2018 (dos. AI 98.1/7). Il s'ensuit que le droit à une éventuelle rente ne pouvait naître qu'à compter du 1^{er} mai 2018 (art. 29 al. 3 LAI). S'agissant de la modification dans la capacité de travail consécutive à l'amélioration médicale constatée dès le 23 mai 2018, la jurisprudence précise à ce propos que la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (art. 88a al. 1 phr. 1 RAI). On attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (art. 88a al. 1 phr. 2 RAI). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (TF 9C_78/2018 du 26 juin 2018 c. 4.1 et les références). En l'espèce, le point de savoir si l'amélioration de la capacité de gain de l'assurée était de nature durable et stable et serait ainsi susceptible de produire ses effets immédiatement dès le 1^{er} juin 2018 peut néanmoins rester indécis au vu de l'issue du litige.

6.2 Pour déterminer le revenu de personne valide, il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser selon un degré de vraisemblance prépondérante sans atteinte à la santé, en vertu de ses aptitudes professionnelles et des circonstances personnelles, au

moment du début potentiel du droit à la rente. Il y a lieu en règle générale de prendre pour base le dernier salaire gagné par la personne assurée, en l'adaptant le cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires réels (ATF 145 V 141 c. 5.2.1, 134 V 322 c. 4.1; TF 8C_134/2021 du 8 septembre 2021 c. 3.2, in SVR 2022 UV n° 4).

6.2.1 En l'espèce, s'agissant tout d'abord du revenu de valide de l'assurée dans son activité salariée, au contraire de l'intimé qui s'est fondé sur les données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS; dos. AI 106/5), il convient de se référer, aux indications données par l'ancien employeur (rapporté à un taux d'occupation de 50%). Selon celles-ci, le salaire mensuel était de Fr. 2'901.-, versé douze fois par an, ce qui représente un revenu annuel en 2017 de Fr. 34'812.- pour un taux de 50% (dos. AI 16/2 et 5 et 102/1). Indexé à l'année de naissance du droit, c'est-à-dire 2018, ce montant est porté à Fr. 34'745.45 (2017 = 104.6; 2018 = 104.4 selon la Table ESS T1.2.10, Indice des salaires nominaux, femmes, 2011-2023, ch. 77-82, Activités de services administratifs et de soutien).

6.2.2 Quant à l'activité indépendante, l'ancien art. 25 al. 2 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021; RO 1968 43) prévoit que les revenus déterminants pour l'évaluation de l'invalidité d'un indépendant qui exploite une entreprise en commun avec des membres de sa famille seront fixés d'après l'importance de sa collaboration. La jurisprudence précise à ce propos que le revenu total doit être ainsi réparti entre l'assuré et les membres de sa famille, proportionnellement à l'activité de chacun. La part du revenu qui dérive de l'activité des autres membres de la famille ne doit pas être prise en compte (TFA I 152/02 du 15 janvier 2003 c. 2.3 et la référence; RCC 1972 p. 289 c. 1a). En l'occurrence, il ressort du dossier que l'assurée était associée gérante d'une société, fondée en 2006, principalement active dans le domaine de la restauration et dont son conjoint et elle-même détenaient chacun une part sociale de Fr. 10'000.- (dos. AI 20). Au cours d'un entretien avec un collaborateur de l'intimé, le 11 novembre 2017, l'assurée a notamment déclaré qu'elle gérait une partie de l'administratif de la société et participait aux activités de service. Elle a en outre indiqué qu'elle n'avait jamais perçu de revenu pour cette activité,

sa présence dans l'entreprise familiale permettant d'éviter d'engager un collaborateur (dos. AI 28/1 s.; voir aussi dos. AI 98.4/2 s. 98.5/3), ce qui est confirmé par son extrait du compte individuel (dos. AI 102; voir aussi dos. AI 45.7). Elle a cependant annoncé à l'assureur perte de gain un salaire assuré annuel de Fr. 37'000.- pour l'année 2017, décrivant un taux d'occupation de 50% (dos. AI 7.4). La lecture des pièces comptables permet en outre de constater que l'entreprise a réalisé des bénéfices de Fr. 7'469.34 en 2013, Fr. 7'094.97 en 2014 et Fr. 4'254.23 en 2015. Des pertes ont été enregistrées pour les exercices suivants, à savoir Fr. 4'087.49 en 2016, Fr. 10'001.11 en 2017 et Fr. 31'840.39 pour la période courant du 1^{er} janvier 2018 au 30 janvier 2019, date de la cessation de l'exploitation de l'entreprise (dos. AI 42.5 à 45.6 et 100.1). Sur le vu de ces éléments, on ne saurait, comme l'a fait l'intimé, se fonder sur les statistiques de l'ESS pour déterminer le revenu sans invalidité de l'activité indépendante (dos. AI 106/4). Au contraire, il conviendrait d'appliquer l'ancien art. 25 al. 2 RAI. Cela étant, dans la mesure où l'entreprise familiale était déficitaire durant les trois dernières années de son existence, il n'y avait aucun revenu à répartir entre l'assurée et les membres de sa famille en fonction de l'importance de leur collaboration. Partant, le revenu de valide de la recourante liée à l'exercice de son activité indépendante doit être fixé à Fr. 0.-, étant précisé que d'après la jurisprudence, si une personne assurée s'est contentée pendant plusieurs années d'un revenu modeste issu de l'exercice d'une activité lucrative indépendante, ce revenu sera déterminant pour la fixation du revenu sans invalidité, même si des possibilités d'activités mieux rémunérées existaient (ATF 135 V 58 c. 3.4.6; TFA I 428/04 du 7 juin 2006 c. 6.2 et les références; voir aussi VGE IV/2014/398 du 18 août 2015 c. 4.1.3 et 4.3.2).

6.2.3 En définitive, le revenu sans invalidité, qui résulte donc uniquement de l'exercice de l'activité salariée de l'assurée, doit être fixé à Fr. 34'745.45. En tout état de cause, même à supposer que l'on prenne en compte un revenu pour l'activité indépendante correspondant à celui perçu par l'époux de la recourante en 2017, c'est-à-dire un salaire annuel brut de Fr. 42'180.- (dos. AI 45.7), indexé à l'année 2018 (2017 = 105.9; 2018 = 106.4 selon la Table ESS T1.2.10, op. cit., ch. 55-56, Hébergement et restauration, ce qui donne un montant de Fr. 42'379.15), puis divisé par moitié pour tenir

compte du taux d'occupation de l'assurée et additionné à Fr. 34'745.45, ce qui aboutirait à un revenu sans invalidité total de Fr. 55'935.- (= [Fr. 42'379.15 x 50% + Fr. 34'745.45]), celui-ci ne serait pas susceptible d'influer sur l'issue du litige, comme on le verra ci-après (voir c. 6.4 ci-dessous).

6.3 Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne intéressée (ATF 148 V 174 c. 6.2, 143 V 295 c. 2.2). Lorsqu'après la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée exerce une activité lucrative dont on peut admettre – cumulativement – qu'elle repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est en principe ce salaire effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 148 V 174 c. 6.2; TF 8C_663/2022 du 30 novembre 2023 c. 6.3). En l'espèce, il ressort de l'extrait du compte individuel que l'assurée a repris une activité lucrative au sein d'un établissement de restauration depuis octobre 2018 jusqu'en janvier 2019. Elle a ensuite travaillé à un taux d'activité de 50% depuis le 1^{er} mai 2019 en qualité d'assistante achats (dos. AI 55/2), puis dès le 1^{er} mars 2020 en tant qu'employé d'administration (dos. AI 73.2; voir aussi dos. AI 102/3). Il est établi que d'après l'expertise pluridisciplinaire, l'emploi actuel de l'assurée est adapté aux restrictions fonctionnelles de l'assurée (voir c. 5.3.6 ci-dessus; dos. AI 98.1/7). En outre, cette activité doit être considérée comme étant stable, l'assurée travaillant depuis le 1^{er} mars 2020. Selon l'extrait du compte individuel, elle a touché un revenu mensuel brut de Fr. 3'069.20 en 2020 (= Fr. 30'692.- / 10 mois), puis de Fr. 3'096.60 en 2021 (= Fr. 37'159.- / 12 mois). Dans ces circonstances, il sied de se baser sur le salaire annuel de Fr. 36'830.40 (= Fr. 3'069.20.- x 12 mois) perçu en 2020 par la recourante en tant qu'employé d'administration exercé en dernier lieu, rapporté au taux exigible de sa part (50%), reconnue d'un point de vue médical au moment de la naissance du droit à la rente en mai 2018. Ce montant doit ensuite être "désindexé" à l'évolution des salaires nominaux en 2018 (2020 = 106.0; 2018 = 104.5 selon la Table ESS T1.2.10, op. cit., ch. 72-82, Activités de services administratifs et de soutien; en ce sens,

voir JTA AI/2015/1047 du 31 janvier 2017 c. 5.5.2), ce qui donne un montant de Fr. 36'309.20. S'agissant de la période consécutive à l'amélioration de la capacité de travail à 100%, le travail effectivement réalisé (à 50%) n'épuise certes pas la capacité de travail que l'on peut raisonnablement exiger de la personne concernée. Cela ne signifie cependant pas que le revenu effectivement réalisé ne puisse pas être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé (TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 c. 5.3 et la référence). Pour cela, encore faut-il que l'employeur ne soit pas disposé à augmenter le taux d'occupation convenu (TF 9C_140/2017 du 18 août 2017 c. 5.4.2 et les références). Or en l'espèce, il ne ressort pas du dossier qu'une augmentation du taux d'occupation de l'assurée auprès de son employeur actuel ne serait pas possible (voir TF 9C_149/2023, 9C_163/2023 du 5 juillet 2023 c. 9.2.2; voir aussi JTA AI/2022/77 du 25 avril 2022 c. 6.3.2 et les références). Par conséquent, le salaire mensuel de Fr. 3'069.20 que l'assurée percevait pour son emploi de secrétaire exercée à 50%, doit être extrapolé à un taux d'occupation de 100%, puis annualisé et désindexé à l'année 2018 (2020 = 106.0; 2018 = 104.5 selon la Table ESS T1.2.10, op. cit., ch. 72-82, Activités de services administratifs et de soutien), ce qui donne un montant de Fr. 72'618.45. Rien ne permet en outre de retenir que cet emploi ne met pas totalement en valeur la capacité de travail résiduelle et que l'assurée pourrait percevoir un revenu plus élevé sur le marché du travail équilibré, ou que son salaire comprenne une composante sociale (voir ATF 141 V 351 c. 4.2). On précisera encore qu'il était raisonnablement exigible de la recourante qu'elle abandonnât son activité indépendante dans le domaine de la restauration au profit d'un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles, dans lequel elle était susceptible de mettre en œuvre une capacité entière de travail (voir TF 9C_36/2018 du 17 mai 2018 c. 4.2, in SVR 2018 IV n° 61), ce qu'elle a d'ailleurs fait au courant de janvier 2019 (dos. AI 100.1; en ce sens, voir JTA AI/2017/939 du 29 avril 2019 c. 6.4). Il résulte ainsi de ce qui précède qu'au moment de la naissance du droit à la rente en mai 2018, le revenu d'invalidé s'élève à Fr. 36'309.20. Pour ce qui est de la période consécutive à l'amélioration à 100% de la capacité de travail, on parvient à un revenu d'invalidé de Fr. 72'618.45.

6.4 Il résulte de ce qui précède que le revenu sans invalidité de Fr. 34'745.45 s'avère inférieur au revenu avec invalidité auquel il doit être comparé, que ce soit tant au moment de la naissance du droit à la rente (revenu avec invalidité: Fr. 36'309.20), que pour la période consécutive à l'amélioration à 100% de la capacité de travail (revenu avec invalidité: Fr. 72'618.45). Il convient de rappeler à ce propos que cette situation s'explique par le fait que l'assurée a délibérément renoncé à percevoir un revenu pour l'activité exercée au sein de l'entreprise familiale qui plus est, était déficitaire durant les trois dernières années de son existence (voir c. 6.2.2 ci-dessus). Il n'y a ainsi pas lieu d'adapter en conséquence le revenu sans invalidité de la recourante (ATF 135 V 58 c. 3.4.6). On précisera à cet égard que le Tribunal fédéral a d'ailleurs en règle générale refusé de paralléliser les revenus des personnes exerçant une activité indépendante (ATF 135 V 58 c. 3.4.7; TF 8C_172/2024 du 14 août 2024 c. 4.4.2 et les références; à ce sujet, voir également le nouvel art. 26 al. 3 let. b RAI dans sa version en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 [RO 2021 706]). Il convient encore de signaler que même à supposer que l'on retienne un revenu sans invalidité de Fr. 55'935.- calculé précédemment (voir c. 6.2.3 ci-dessus), celui-ci ne lui permettrait pas d'obtenir une rente de l'assurance-invalidité (taux d'invalidité de 35% au moment de la naissance du droit à la rente [(Fr. 55'935.- – Fr. 36'309.20) x 100 / Fr. 55'935.-], puis un taux d'invalidité de 0% dès la période consécutive à l'amélioration à 100% de la capacité de travail [(Fr. 55'935.- – Fr. 72'618.45) x 100 / Fr. 55'935.-]). En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit à une rente en faveur de la recourante.

7.

7.1 Sur le vu de ce qui précède, le recours s'avère mal fondé et doit être rejeté dans la mesure où il est recevable.

7.2 Les frais judiciaires pour la présente procédure, fixé forfaitairement à Fr. 800.-, doivent être mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 61 let. f^{bis} LPGA, en relation avec l'art. 69 al. 1^{bis} LAI; art. 108 al. 1 LPJA).

Ils sont compensés par l'avance de frais fournie. Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 104 al. 1 et 3 et art. 108 al. 3 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la recourante, par son mandataire,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué (A):
 - C. _____,
 - D. _____,
 - E. _____.

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).