

200.2014.593.AI

CHA/BEJ

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

**Jugement du juge unique du 3 août 2015**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, juge  
A. de Chambrier, 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 11 juin 2014



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1962, divorcée et mère d'un enfant (né en 1997), est titulaire d'un CFC de coiffeuse. Après divers emplois, entrecoupés de périodes de chômage, l'assurée a été engagée en août 1999 en qualité de serveuse. Régulièrement en incapacité de travail, elle a été licenciée pour des motifs de réorganisation pour le 31 décembre 2008 et a bénéficié de prestations de l'assurance-chômage dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009. L'assurée a repris une activité de serveuse à raison de 10 heures par semaine de 2009 à 2010 et a travaillé, selon ses déclarations, trois mois comme aide à la vente en 2011.

**B.**

Le 13 mai 2002, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI). Le 7 avril 2003, après avoir requis et obtenu une expertise bidisciplinaire neurologique et psychiatrique, datée des 5 et 12 décembre 2002, auprès de deux spécialistes, l'un FMH en neurologie et l'autre en psychiatrie et psychothérapie, l'Office AI Berne a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> avril 2002, droit qu'il a confirmé au terme de deux procédures de révision d'office, le 30 octobre 2006 et le 29 septembre 2011. Dans cette dernière procédure, ledit office avait requis une nouvelle expertise bidisciplinaire neurologique et psychiatrique des deux experts précités (rapport du 13 avril 2011). Le 5 juillet 2013, l'Office AI Berne a supprimé le droit à la rente d'invalidité de l'assurée, après avoir consulté le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), au terme d'une procédure de révision d'office, menée dans le cadre de la 6<sup>ème</sup> révision de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20; dispositions finales de la modification du 18 mars 2011, premier volet, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012). L'Office AI Berne a pris en charge un entraînement à l'endurance du 24 juin au 23 septembre 2013, prolongé jusqu'au 23 décembre 2013, l'intéressée ayant par ailleurs été informée que la demi-

rente d'invalidité continuerait à lui être versée durant les mesures de réadaptation, au plus tard jusqu'au 31 août 2015. Le 8 janvier 2014, il a communiqué à l'intéressée la fin des mesures professionnelles, au motif que l'état de santé de cette dernière ne permettait plus de telles mesures.

### **C.**

Par lettre reçue le 18 février 2014 par l'Office AI Berne, l'assurée a demandé une réouverture de son dossier en renvoyant à un courrier du 4 décembre 2013 adressé par sa psychiatre traitante à l'Office AI Berne. Par lettre du 21 février 2014, l'Office AI Berne a demandé à l'assurée de lui fournir les documents médicaux attestant que l'état de santé avait changé de façon significative en la rendant attentive aux conséquences qu'aurait une absence de ces documents. A la demande de sa patiente, le rhumatologue traitant a fait parvenir à l'Office AI Berne un rapport qu'il avait adressé le 19 décembre 2013 au généraliste traitant. L'assurée a encore transmis une attestation du 28 mars 2014 de sa psychiatre traitante. L'Office AI Berne, après avoir consulté le SMR, a informé l'assurée, par préorientation du 16 avril 2014, qu'il envisageait de ne pas entrer en matière sur cette nouvelle demande, dès lors que l'intéressée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 5 juillet 2013. Le 11 juin 2014, l'Office AI Berne a rendu une décision formelle dans le sens annoncé par sa préorientation.

### **D.**

Par acte du 15 juin 2014, l'assurée a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) et, le 24 juin 2014, a déposé une requête d'assistance judiciaire (datée du 20 juin 2014).

Le 7 juillet 2014, après avoir été rendue attentive par la Juge instructrice au fait que son assurance obligatoire des soins comprenait une assurance de protection juridique, la recourante s'est acquittée de l'avance de frais

demandée. Le lendemain, la Juge instructrice a radié du rôle du Tribunal la requête d'assistance judiciaire, limitée aux frais de procédure, devenue sans objet. Le 8 août 2014, la Juge instructrice a exceptionnellement accordé à la recourante, désormais représentée par une avocate, un délai au 8 septembre 2014 pour compléter son recours. Le 13 août 2014, l'Office AI Berne (malgré l'ordonnance du 8 août 2014 qui annulait le délai qui lui était imparti) a entièrement renvoyé à la décision attaquée et conclu au rejet du recours. Le 4 septembre 2014, la recourante, par sa mandataire, a complété son recours du 15 juin 2014, en concluant, sous suite des frais et dépens, à l'annulation de la décision querellée, principalement, à l'allocation d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'Office AI Berne pour nouvelle décision après complément d'instruction et mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Le 22 septembre 2014, l'intimé a complété son mémoire de réponse et conclu au rejet du recours. Le 3 octobre 2014, la mandataire de la recourante a fait parvenir au Tribunal sa note d'honoraires.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision de non-entrée en matière du 11 juin 2014 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales. L'objet du litige porte sur le point de savoir si la nouvelle demande que la recourante a déposée le 18 février 2014 établissait de manière plausible une modification des circonstances de fait susceptible d'influencer le droit aux prestations. Dans la décision attaquée, l'autorité précédente ne s'est (logiquement) pas prononcée matériellement sur la question du droit à une rente d'invalidité; cette dernière question n'appartient donc pas à l'objet de la contestation et, partant, à l'objet du litige. La conclusion de la recourante visant l'octroi d'une rente entière d'invalidité (conclusion n° 2 du recours) est ainsi, en soi, irrecevable (ATF 131 V 164 c. 2.1; SVR 2011 UV n° 4 c. 2.1). Dans son mémoire complémentaire de recours, l'assurée motive

l'octroi d'au moins une demi-rente d'invalidité en invoquant des motifs de reconsidération de la décision de suppression de rente du 5 juillet 2013 au sens de l'art. 53 al. 2 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1). Lorsque, comme en l'espèce, la décision en cause est entrée en force sans avoir été soumise au juge, c'est l'assureur qui est compétent pour traiter d'une demande de reconsidération et non le TA. En outre, et à titre informatif, il est rappelé que l'administration ne peut être contrainte à une reconsidération ni par le juge ni par la personne concernée; il n'existe, partant, aucun droit susceptible d'être porté en justice à une reconsidération et l'assuré se doit de défendre ses droits par le biais des voies ordinaires de recours contre la décision initiale (ATF 133 V 50 c. 4; SVR 2014 IV n° 7 c. 3.3, 2008 IV n° 54 c. 3.2). Par ailleurs, et toujours sous l'angle de la reconsidération, il est précisé qu'un changement de jurisprudence ne permet généralement pas de laisser apparaître l'ancienne jurisprudence comme manifestement erronée (ATF 140 V 77 c. 3.1, 125 V 383 c. 3, en relation avec l'arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C\_492/2014 du 3 juin 2015 relatif aux troubles somatoformes douloureux).

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir, représentée par une mandataire dûment constituée, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA, art. 69 al. 1 let. a LAI et art. 15, 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

**1.3** Les membres du TA connaissent, en qualité de juges uniques, des recours contre les décisions et décisions sur recours d'irrecevabilité (art. 57 al. 2 let. c de la loi cantonale 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

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

## **2.**

**2.1** Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, l'autorité ne peut examiner une nouvelle demande, c'est-à-dire entrer en matière à son sujet, que si cette demande rend plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]; jusqu'au 31 décembre 2011: anc. art. 87 al. 3 et 4 RAI). On applique dans ce cas la même règle que pour les demandes de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 c. 3.5.3). Cela vaut également par analogie lorsqu'un assuré réitère sa demande concernant une mesure de réadaptation après que le refus a passé en force de chose jugée (ATF 113 V 22 c. 3b; RCC 1991 p. 269 c. 1a). Cette réglementation vise à éviter que l'administration doive constamment se saisir de demandes de rente identiques et non motivées d'une façon plus précise (ATF 133 V 108 c. 5.3.1).

**2.2** A réception d'une nouvelle demande, l'administration se doit d'examiner si les allégations de l'assuré sont plausibles; si tel n'est pas le cas, elle liquidera l'affaire, sans autre examen, par une décision de non-entrée en matière. Ce faisant, elle tiendra compte notamment du fait que l'ancienne décision a été rendue à une date plus ou moins récente et posera en conséquence des exigences plus ou moins grandes à la vraisemblance de ce qui est allégué. A cet égard, l'administration dispose d'une certaine marge d'appréciation que le juge doit respecter. Celui-ci n'examine donc la question de l'entrée en matière que si celle-ci est litigieuse (ATF 109 V 108 c. 2b).

**2.3** Lors d'une nouvelle demande (ou requête de révision), l'assuré doit rendre plausible une modification des circonstances. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, n'est pas applicable à ce stade de la procédure. Lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations (ou une procédure de révision) sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir

un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 c. 5.2.5).

**2.4** La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche dans la procédure faisant suite à la nouvelle demande (examen matériel) – d'une manière analogue à celle de la révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA – en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision de refus à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 c. 5.3, 130 V 71 c. 3.2.3; VSI 1999 p. 84 c. 1b). Lorsqu'à la suite d'un premier refus de prestations, un nouvel examen matériel du droit à la rente aboutit à ce que celui-ci soit à nouveau nié dans une décision entrée en force reposant sur une constatation des faits (médicaux) pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas d'indices d'une modification des conséquences exercées par l'état de santé sur la capacité de gain) conformes au droit, la personne assurée doit se laisser opposer ce résultat – sous réserve de la jurisprudence en matière de reconsidération et de révision procédurale – lors d'une nouvelle annonce à l'AI (ATF 130 V 71 c. 3.2.3).

### **3.**

**3.1** D'emblée, on relèvera qu'à réception, le 18 février 2014, de la nouvelle demande de l'assurée, l'Office AI Berne a rapidement réagi en rendant cette dernière attentive au fait qu'il lui incombait de rendre plausible un changement significatif de son état de santé et en l'avertissant des conséquences juridiques liées à son devoir de collaboration. L'assurée a du reste réagi à cette injonction en faisant transmettre ou en transmettant elle-même deux rapports médicaux de ses médecins (après avoir obtenu une

prolongation de délai). L'Office AI Berne s'est donc conformé en tout point à la procédure préconisée par la jurisprudence (cf. c. 2.3 ci-dessus).

L'examen du cas d'espèce porte donc sur le point de savoir si la recourante a établi de façon plausible (jusqu'à la décision contestée) une modification de son invalidité susceptible d'influencer ses droits entre le 5 juillet 2013, date de la dernière décision entrée en force fondée sur un examen matériel du droit par l'Office AI Berne, et le 11 juin 2014, date du prononcé ici contesté.

**3.2** La décision de suppression de rente du 5 juillet 2013 reposait essentiellement sur l'expertise bidisciplinaire (psychiatrique et neurologique) du 13 avril 2011, ainsi que sur le rapport médical du SMR du 8 octobre 2012.

Sur le plan neurologique, l'expertise précitée retenait comme diagnostics avec une influence sur la capacité de travail, un syndrome cervical symétrique moyennement marqué et un syndrome lombo-vertébral moyennement marqué à droite avec une possibilité de symptomatique d'irritation radiculaire intermittente. Sans incidence sur ladite capacité, une hypoesthésie dans la loge ventrale de la cuisse droite avec status après césarienne, sans localisation neurologique classable de façon certaine. Sur le plan psychiatrique, l'expert avait diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0, selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10], de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), une dysthymie (CIM-10: F34.1) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10: F45.4). Les deux experts estimaient que l'état de santé de la recourante n'avait pas beaucoup évolué depuis leur dernière expertise de décembre 2002 et que la recourante, comme alors, présentait une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée (30% d'incapacité de travail sur le plan neurologique et 30% sur le plan psychiatrique donnant selon les experts un résultat global de 50% d'incapacité). L'expert psychiatre précisait que sur le plan psychiatrique la limitation de la capacité de travail était due à la symptomatique dépressive. Dans son rapport du 8 octobre 2012, le spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR avait estimé que les critères, qui permettaient de retenir qu'un trouble somatoforme

douloureux était invalidant, n'étaient pas remplis, en ajoutant qu'en l'espèce, les douleurs et l'évolution de la maladie étaient influencées par de nombreux facteurs psychosociaux.

**3.3** Pour statuer sur la nouvelle demande AI du 18 février 2014, l'Office AI Berne avait à disposition un rapport du 19 décembre 2013 du spécialiste en rhumatologie, qui a examiné l'assurée à la demande du médecin généraliste traitant de cette dernière, deux rapports des 4 décembre 2013 et 28 mars 2014 de la spécialiste en psychiatrie et psychothérapie traitant l'assurée depuis le mois d'août 2013, ainsi qu'une prise de position du SMR du 11 avril 2014.

Dans son rapport du 19 décembre 2013, le spécialiste en rhumatologie indique que la recourante décrit comme problème prioritaire une "boule" au poignet gauche occasionnant des douleurs "extrêmes". Il précise qu'un examen clinique a révélé qu'il s'agissait probablement d'un ganglion (de la grandeur approximative d'un pois) qui était tout à fait bénin, même si celui-ci pouvait être à l'origine de douleurs. Il explique avoir prévu un examen sonographique de la zone douloureuse et éventuellement une infiltration. Selon ce médecin, le problème majeur de la recourante se situe toutefois clairement sur le plan psychique, les problèmes somatiques étant secondaires. Il souligne en outre que, comme par le passé, le fils de l'assurée joue un rôle négatif sur la situation de cette dernière et que celle-ci ne voit pour elle de perspectives d'avenir que lorsque ce dernier sera indépendant. Dans son rapport du 4 décembre 2013, la psychiatre traitante mentionne que la dégradation de l'état de santé psychique de la recourante depuis août 2013 l'a conduite à retenir une incapacité totale de travailler depuis le 27 novembre 2013. Elle précise que la médication psychopharmacologique a été augmentée sans amélioration de l'état de santé psychique, que cet état ne permet pas une réinsertion professionnelle et qu'il convient de réexaminer le droit à une rente. Dans son écrit du 28 mars 2014, ce même médecin indique que les problèmes physiques de la recourante se répercutent sur le moral de cette dernière, ce qui empêche, d'une part, une activité suivie, d'autre part, un rendement normal, celui-ci étant hautement diminué. Elle estime que l'assurée a droit à une rente d'au moins 80%.

**3.4** Le 11 avril 2014, le SMR, par l'entremise d'un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a pris position sur les rapports du rhumatologue et de la psychiatre traitante des 19 décembre 2013 et 28 mars 2014. Le médecin du SMR estime que la nouvelle demande n'apporte aucun élément nouveau, ni sur le plan somatique, ni sur le plan psychiatrique, qui soit susceptible de rendre plausible une modification de l'état de santé de la recourante depuis l'expertise réalisée à la base de la décision de suppression de rente. Il ajoute que la symptomatique douloureuse persistante ne s'explique pas sur le plan rhumatologique. Selon lui, le rapport succinct et général de la psychiatre traitante ne contient pas d'indications vérifiables concernant le diagnostic, les résultats psychopathologiques, la thérapie et l'appréciation précise de la capacité de travail. Il relève également l'absence de réflexion sur l'influence des problèmes psychosociaux manifestes, qui doivent influencer ladite symptomatique. Le médecin du SMR conclut qu'il peut exclure avec un degré de vraisemblance prépondérante une dégradation de l'état de santé de l'assurée.

**3.5** Par rapport à l'état de fait qui prévalait à la date de la décision précitée, aucune problématique médicale nouvelle ne laisse entrevoir l'éventualité d'une péjoration. Sur le plan somatique, le rhumatologue traitant mentionne certes l'existence, vraisemblablement, d'un petit ganglion au niveau du poignet, qui n'avait pas été diagnostiqué auparavant, en particulier lors de l'expertise bidisciplinaire du 13 avril 2011 (voir c. 3.2 ci-dessus), mais ce nouvel élément, qualifié de bénin par le médecin précité, ne saurait convaincre à lui seul d'une dégradation de l'état de santé propre à modifier l'invalidité de manière à influencer le droit à une rente. Le rhumatologue consulté, qui a pris en compte les plaintes exprimées par la recourante, ne mentionne d'ailleurs pas en soi de dégradation de l'état de santé sur le plan somatique, ni ne pose sur ce plan de nouveaux diagnostics capables d'expliquer, plus qu'à l'époque de la décision de suppression de rente, l'ampleur de la symptomatique douloureuse. Il souligne que les troubles de l'intéressée sont essentiellement d'ordre psychique et relève l'existence de facteurs psychosociaux (perte de l'ex-époux et relations conflictuelles avec le fils), qui ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au

sens de la LAI (ATF 127 V 294 c. 5a; SVR 2012 IV n° 52 c. 3.2). Les rapports des 4 décembre 2013 et 28 mars 2014 établis par la psychiatre traitante, qualifiés à raison de succincts par le SMR, ne sont pas suffisants pour établir de façon plausible une modification de l'invalidité susceptible d'influencer le droit aux prestations depuis la décision de suppression de rente. Ces rapports ne contiennent aucun indice concret, ni aucune indication précise (tant sur le plan clinique que sur le plan diagnostique) quant à l'existence d'une dégradation de l'état de santé de la recourante. La psychiatre traitante mentionne que la psychopharmacologie a été augmentée, mais sans préciser les traitements et l'ampleur de ces derniers. En outre, il ne lui appartient pas de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également par des facteurs économiques (cf. art. 16 LPGA).

**3.6** L'intimé, dans sa réponse du 22 septembre 2014, relève de plus à juste titre que le rapport de la psychiatre traitante du 3 septembre 2014 ne peut pas être pris en considération dans la présente procédure, puisque seuls les documents produits à l'appui de la nouvelle demande entrent en ligne de compte pour examiner s'il convient d'entrer en matière sur cette dernière. Le principe inquisitoire ne s'appliquant pas à cette procédure, l'administration doit en effet se limiter uniquement à examiner si les allégations de l'intéressé à l'appui de sa nouvelle demande sont crédibles (ATF 130 V 64 c. 5.2.5; TF 9C\_841/2014 du 17 avril 2015 c. 3.3; voir c. 2.3 ci-dessus). Cela étant, bien que ce rapport ne puisse pas être pris en compte dans la présente procédure, il est permis de relever que dans ce dernier, la psychiatre traitante se livre plus à une brève critique des diagnostics retenus par l'expert psychiatre en avril 2011 qu'elle ne décrit une modification déterminante de la santé psychique de sa patiente depuis la décision de suppression de rente. La lettre du 22 avril 2014 par laquelle le généraliste adresse la recourante à une neurologue n'a elle aussi aucune incidente sur la présente procédure, puisqu'elle n'étayait pas la nouvelle demande présentée à l'AI (du reste, elle n'établit rien de plus que la continuation des investigations médicales).

**3.7** Il suit de ce qui précède que les rapports médicaux invoqués à l'appui de la nouvelle demande ne contiennent aucun indice concret quant à l'existence d'une aggravation significative de l'état de santé de la recourante survenue depuis la dernière décision matérielle du 5 juillet 2013. Dans ces circonstances, l'Office AI Berne était en droit de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande du 18 février 2014 en se fondant sur l'avis du SMR (pour la valeur probante d'une telle appréciation médicale, voir en particulier SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2), respectivement sur l'absence de tout autre élément tangible rendant plausible une modification déterminante.

**3.8** Vu le caractère des nouvelles pièces produites par la recourante à l'appui de son recours, à savoir, la lettre du généraliste traitant du 22 avril 2014 et le courrier précité de la psychiatre traitante du 3 septembre 2014 (cf. c. 3.6 ci-dessus), le Tribunal renonce à renvoyer le dossier à l'intimé afin qu'il statue en traitant ces moyens de preuve comme une nouvelle demande (introduite à la date du recours). Si la recourante estime disposer de moyens de preuve suffisants à l'appui de l'aggravation alléguée, il lui appartient de les faire valoir auprès de l'intimé par le biais d'une nouvelle demande de prestations.

#### **4.**

**4.1** Au vu de ce qui précède, le recours dirigé contre la décision du 11 juin 2014 doit être rejeté, dans la mesure où il est recevable.

**4.2** La recourante qui succombe doit être condamnée au paiement des frais judiciaires pour la présente instance, fixés à un forfait de Fr. 500.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 LPJA). Ils sont compensés par l'avance de frais fournie. Vu l'issue de la procédure, la recourante n'a pas droit à des dépens (art. 1 al. 1 LAI en lien avec l'art. 61 let. g LPGA a contrario; art. 104 al. 1 et 2 et 108 al. 3 LPJA).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 500.-, 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 mandataire de la recourante,
  - à l'intimé,
  - à la Caisse de pensions [...],
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La juge:

Le greffier:

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification écrite 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).