

**200.2021.429.AI**  
N° AVS  
NIG/EGC

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

**Jugement du 7 avril 2022**

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président  
M. Moeckli et A.-F. Boillat, juges  
G. Niederer, 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 12 mai 2021



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1965, mariée et mère de deux enfants majeurs et financièrement indépendants, dispose d'un CFC d'employée de commerce de détail et bénéficie d'une formation d'auxiliaire de santé. Elle a travaillé en cette qualité jusqu'au 1<sup>er</sup> avril 2013, date pour laquelle son employeur a mis fin aux rapports de travail. Par un formulaire du 18 août 2013, l'assurée, alors en incapacité de travail totale depuis le 2 janvier 2013, a déposé une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles/rente) de l'assurance-invalidité (AI). Elle y a déclaré souffrir de problèmes à la hanche et aux pieds depuis l'automne 2010. Après avoir recueilli divers rapports médicaux et consulté le Service médical des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne a exclu tout droit à des prestations de l'AI par décision du 19 mai 2014.

**B.**

En raison d'une nouvelle incapacité de travail à 80% survenue du 1<sup>er</sup> au 31 mai 2020, l'assurée, désormais employée comme collaboratrice administrative à 50%, a déposé une deuxième demande de prestations à l'Office AI Berne, datée du 8 juin 2020. Elle y a invoqué des douleurs dorsales ainsi que des problèmes à la hanche depuis 2014/2015. L'Office AI Berne a actualisé les données médicales relatives à l'assurée et pris des informations auprès de l'employeur de celle-ci. Il a également diligenté une consultation auprès d'un spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur du SMR, de même qu'une enquête économique sur le ménage. Dans une préorientation du 8 mars 2021, il a ensuite fait savoir qu'il entendait nier le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. En dépit d'objections formulées par l'assurée les 15 mars et 25 avril 2021 et après avoir sollicité une nouvelle fois le SMR, l'Office AI Berne a confirmé sa préorientation au terme d'une décision du 12 mai 2021.

## **C.**

Par mémoire du 11 juin 2021, l'assurée, désormais représentée par un avocat, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) en demandant, sous suite de frais et dépens, l'annulation de la décision de l'Office AI Berne du 12 mai 2021 et le renvoi de la cause à cette autorité pour complément d'instruction et nouvelle décision, subsidiairement l'octroi d'une rente entière d'invalidité ou de degré inférieur dès le 8 juin 2020. Dans sa réponse du 8 juillet 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours. La recourante a confirmé ses conclusions au terme d'une réplique du 30 août 2021, à laquelle étaient jointes de nouvelles pièces justificatives (PJ). Elle a encore complété celle-ci le 1<sup>er</sup> septembre 2021. L'intimé a produit une duplique le 21 septembre 2021, accompagnée d'un rapport du SMR du 17 septembre 2021, dans laquelle il a aussi maintenu ses conclusions. La recourante s'est finalement exprimée spontanément à propos de ce dernier écrit le 27 septembre 2021, en confirmant une nouvelle fois ses conclusions.

### **En droit:**

#### **1.**

**1.1** La décision du 12 mai 2021 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie tout droit à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cet acte et sur le renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision, ainsi que, subsidiairement, sur l'octroi d'une rente entière ou à dire de justice. La recourante critique tout particulièrement la force probante des rapports du SMR sur lesquels l'intimé s'est fondé pour rendre la décision entreprise, ainsi que l'instruction de la cause et l'absence d'application de la

jurisprudence relative à l'appréciation du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

**1.4** Le 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** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de

gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

**2.2** 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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'ancien art. 28 al. 2 LAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 [RO 2007 5129]; quant à la détermination du droit applicable, voir ATF 146 V 364 c. 7.1 et les références), 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.

## **2.3**

**2.3.1** Lors d'une nouvelle demande ou demande 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. Si l'administration accepte d'entrer en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner la cause quant au fond (examen matériel) et vérifier si la modification du degré d'invalidité alléguée par l'assuré s'est réellement produite; elle procédera alors d'une manière analogue à celle qui est applicable à un cas de révision selon l'ancien art. 17 al. 1 LPGA (RO 2002 3371; SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2). Si elle constate que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié depuis la décision précédente passée en force, elle rejette la nouvelle demande. Sinon, elle examine d'abord si la modification constatée suffit pour admettre, cette fois, une invalidité ouvrant droit à une rente et rend une décision en conséquence. En cas de recours, la même obligation d'examiner l'affaire quant au fond incombe aussi au juge (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1).

**2.3.2** 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'ancien art. 17 al. 1 LPGA (RO 2002 3371) – 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).

**2.4** Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1). En revanche, il n'appartient pas au médecin 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 des facteurs économiques (cf. art. 16 LPGA).

**2.5** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux

contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des moyens de preuve disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

**2.6** L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPG). Le principe de l'instruction d'office signifie que l'instance rendant une décision doit instruire et établir l'état de fait déterminant d'office, de sa propre initiative et sans être liée par les arguments et réquisitions de preuve des parties. Sont juridiquement déterminants, tous les faits dont l'existence a une incidence sur les éléments litigieux. Dans ce contexte, les autorités administratives doivent toujours entreprendre des mesures supplémentaires lorsque les allégués des parties ou d'autres pièces du dossier ne constituent pas des éléments suffisants permettant de statuer (ATF 117 V 282 c. 4a). Le principe de l'instruction d'office ne s'applique néanmoins pas de manière illimitée, mais a pour corollaire le devoir de collaborer des parties (ATF 125 V 193 c. 2e, 122 V 157 c. 1a; SVR 2009 IV n° 4 c. 4.2.2).

### **3.**

**3.1** Fondé en particulier sur l'avis du SMR et le rapport d'enquête économique sur le ménage qu'il a considéré comme probants, l'intimé a retenu que la recourante était en mesure d'exercer son activité habituelle à 80%, arrêtant le taux d'invalidité à 20%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Il a relevé que les rapports produits par la recourante avaient été pris en considération par le SMR et n'apportaient aucun élément qui n'aurait pas déjà été pris en compte, ne remettant donc pas en question le profil d'exigibilité retenu. L'intimé a notamment expliqué que le dossier ne comportait aucune référence à une éventuelle atteinte psychiatrique, de sorte qu'il n'était pas justifié d'instruire cet aspect.

**3.2** La recourante reproche à l'intimé de s'être basé sur le rapport du SMR du 11 décembre 2020, qui prend en compte des faits inexacts et qui est contredit par l'avis de son dernier chirurgien orthopédique traitant. Elle prétend que les conclusions de celui-ci étaient si différentes de celles du

SMR, que l'intimé aurait dû poursuivre son instruction. Elle ajoute que l'aspect psychologique aurait aussi dû être investigué, puisqu'elle a en particulier été adressée à une psychiatre en juin 2021. Selon la recourante, se pose également la question de l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, ses symptômes ressemblant fortement à ceux d'un tel trouble. Enfin, dès lors que l'intimé n'a pas pris en compte la jurisprudence relative à l'examen des troubles somatoformes douloureux et qu'il n'a pas ordonné d'expertise (rhumatologique et psychiatrique), elle affirme que celui-ci a violé son droit d'être entendue, ainsi que le principe de l'instruction d'office.

#### 4.

La recourante affirme que l'intimé a violé son droit d'être entendue (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst., RS 101]), par le fait de n'avoir pas suffisamment instruit la cause en renonçant à ordonner une expertise (p. 9 du recours). En l'occurrence, le principe de l'instruction d'office (voir c. 2.6), en tant que principe général de procédure s'adressant aux autorités administratives, est effectivement complété par les droits des parties à prendre part à la procédure et à influencer sur le processus décisionnel, droit qui découle du droit d'être entendu (ATF 122 V 157 c. 1a, 117 V 282 c. 4a; RAMA 1995 p. 26 c. 1a). Néanmoins, la violation du droit d'être entendu (sur cette notion en corrélation avec l'administration des preuves, voir ATF 132 V 368 c. 3.1 et les références), dans le sens invoqué par la recourante, n'a pas de portée propre par rapport au grief tiré d'une mauvaise appréciation des preuves. C'est donc une question qu'il convient d'examiner avec le fond du litige (voir arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C\_702/2013 du 16 décembre 2013 c. 2), sous l'angle de la force probante des rapports du SMR.

#### 5.

Il convient de constater que l'intimé est entré en matière sur la demande de la recourante du 8 juin 2020, après avoir invité celle-ci, le 16 juin 2020, à rendre crédible un changement notable de son état de santé depuis la

dernière décision du 19 mai 2014, puis reçu un rapport du dernier chirurgien orthopédique de l'intéressée. Le TA n'a donc pas à revoir cet aspect de la procédure et doit procéder à un examen matériel du cas d'espèce (voir c. 2.3.1).

## **6.**

**6.1** 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 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). En l'espèce, à l'appui de son recours, la recourante a en particulier produit un écrit d'une rhumatologue du 29 mars 2021, des rapports du médecin traitant des 2 et 4 juin 2021, un document d'un spécialiste en anesthésiologie et en thérapie interventionnelle de la douleur du 22 juin 2021, un rapport radiologique du 3 août 2021 et un écrit d'une psychiatre/psychothérapeute du 24 août 2021. Le premier de ces éléments est antérieur à la décision et donc résumé ci-après. Les autres rapports sont postérieurs à l'acte entrepris et n'influencent pas l'appréciation au moment où celui-ci a été prononcé (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Ils ne peuvent donc être pris en compte. Cela vaut en particulier, s'agissant du dernier de ces rapports. En effet, ce rapport psychiatrique évoque certes une dégradation de l'état psychique à la fin de l'année 2020, en précisant que le déclencheur avait été un état de préoccupation dû à une coloscopie et au retrait d'une tumeur bénigne. Il pose néanmoins des diagnostics sur la base de la situation observée à sa date de rédaction (PJ 5 du recours, p. 3). Quant à l'intimé, il a versé un rapport du SMR du 17 septembre 2021. Puisque cet écrit se rapporte aux derniers envois de l'intéressée, il influence l'appréciation au moment où la décision entreprise a été prononcée et est donc également résumé ci-après.

**6.2** Après la première demande, l'intimé a réuni les éléments suivants.

**6.2.1** Dans une lettre du 22 octobre 2012, le médecin (interniste) traitant a indiqué que la recourante souffrait depuis longtemps de douleurs à la

hanche des deux côtés, plus fortes à droite. En référence à un rapport d'IRM de la hanche du 17 octobre 2012, il a retenu le diagnostic de conflit fémoro-acétabulaire de type pincer en présence d'une protrusion acétabulaire. Le 25 janvier 2013, il a encore posé celui de soupçon de Névrome de Morton des doigts de pied 2 et 3 à gauche, en évoquant des douleurs au pied depuis deux à trois mois. Le 12 septembre 2013, le médecin traitant a posé les diagnostics (avec répercussion sur la capacité de travail) de déséquilibre musculaire des deux côtés, de coxarthrose débutante de la hanche (conflit fémoro-acétabulaire de type pincer en présence d'une protrusion acétabulaire), ainsi que d'opération de hallux valgus, d'orteil en griffe et de métatarsalgie à gauche (le 27 mai 2013). Il a attesté une incapacité de travail à 100% dès le 27 mai 2013. Le 20 janvier 2014, le médecin traitant a expliqué que l'état de santé s'était amélioré, après les opérations de mai et septembre (2013). Il a précisé que l'activité habituelle n'était plus exigible, puisque sa patiente devait trop souvent rester debout et porter des charges. Il a toutefois signalé qu'une activité permettant des changements de position était exigible.

**6.2.2** Le 5 décembre 2012, un spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur a retenu les diagnostics de déséquilibre musculaire des deux côtés, plus prononcé à gauche, en présence d'une coxarthrose débutante des deux côtés, ainsi que de bursite trochantérienne des deux côtés. Le 13 février 2013, il a confirmé son premier diagnostic, de même que le 10 avril 2013, en ajoutant celui d'orteil en marteau à gauche. Au moyen d'un document du 2 avril 2014 et après avoir posé les diagnostics de déséquilibre musculaire des deux côtés, alors plus prononcé à gauche, ainsi que de status après les opérations de mai et septembre 2013 (voir c. 6.2.3), le chirurgien orthopédique a confirmé l'amélioration de la situation, marquée cependant par une persistance des douleurs. Il a aussi commenté une IRM du même jour, en relevant qu'elle illustre de discrètes altérations compatibles avec l'âge mais pas de signe d'arthrose ou d'une importante pathologie.

**6.2.3** En date du 30 janvier 2013, un autre spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur a posé les diagnostics d'arthrite métacarpo-phalangienne à gauche en présence d'un

orteil en marteau, de hallux valgus et de pied plat des deux côtés. Le 27 mai 2013, il a opéré l'assurée (ostéotomie des métatarses 1 et 2, ostéotomie de la phalange proximale du gros orteil, arthrodèse de l'articulation PIP du doigt 2, transferts de tendons et synovectomie métacarpo-phalangienne). Le 16 septembre 2013, il a opéré une nouvelle fois la recourante et a posé les diagnostics de raideur articulaire de l'articulation du gros orteil du pied gauche après une correction de hallux, de hallux valgus à gauche et d'exostose du métatarse 1 à droite (arthrolyse du métatarse 1 à gauche, retrait des vis de ce dernier et de la phalange proximale du gros orteil gauche, ostéotomie et résection de l'exostose du métatarse 1 à droite, ainsi qu'ostéotomie de la phalange proximale du gros orteil droit; dos. AI 13/7 et 18.4/3).

**6.2.4** Dans un rapport du 12 juillet 2013, une troisième spécialiste en chirurgie orthopédique a encore évoqué les diagnostics de hallux valgus à gauche et de métatarsalgie 2 irradiantes avec synovite dans l'articulation métacarpo-phalangienne. Elle a alors attesté une incapacité de travail à 100% du 27 mai au 31 août 2013, en mentionnant que la recourante allait ensuite pouvoir reprendre le travail, à tout le moins à temps partiel. Dans un rapport du 27 septembre 2013, cette spécialiste a posé les diagnostics (impactant la capacité de travail) de hallux valgus des deux côtés, d'arthrite d'une articulation métatarso-phalangienne, de pied plat des deux côtés, de douleur à la hanche des deux côtés, de déséquilibre musculaire et d'impingement (depuis le 30 janvier 2013). Elle a signalé que les activités uniquement debout n'étaient pas adaptées et que celles impliquant des changements de position n'étaient exigibles que quatre heures par jour (le pied droit devant être épargné). Elle a attesté une incapacité de travail à 100% depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013 et estimé qu'une reprise du travail était envisageable à 50% depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014. La spécialiste s'est également prononcée sur demande du 11 novembre 2013 de l'assureur-maladie de l'employeur de la recourante (en relation avec l'opération intervenue le 16 septembre 2013, voir c. 6.2.3) et a souligné que la reprise de l'activité habituelle était à prévoir trois à quatre mois après l'intervention. Elle a ajouté que, dans une activité assise, il existait une capacité de travail de 50% après trois à quatre semaines, puis à 100% après six à huit semaines.

**6.2.5** Dans un rapport du 7 avril 2014, une médecin (interniste) du SMR a principalement posé les diagnostics (impactant la capacité de travail) d'opération du pied gauche le 27 mai 2013, de métatarsalgie irradiante 2, d'opération du pied droit le 16 septembre 2013 et de coxarthrose débutante des deux côtés. Elle a écrit que l'intéressée était déconditionnée et présentait des limitations fonctionnelles pour la position debout et pour la marche. Elle a spécifié que, dès janvier 2014, l'assurée pouvait assumer à 50% une activité légère, de préférence assise et avec de courtes pauses.

**6.3** Après la seconde demande, l'intimé a réuni les rapports suivants.

**6.3.1** Le 15 février 2020, le médecin traitant a retenu les diagnostics (avec répercussion sur la capacité de travail) de grave lombago invalidant, en présence d'une dégénérescence multi-étagée sévère de la colonne vertébrale lombaire. Soulignant que la recourante souffrait de douleurs à chaque mouvement, il a affirmé que son emploi était idéal, puisqu'il lui permettait de changer de position. Il a cependant précisé que cette activité ne pouvait être exercée qu'à 50% et a attesté une incapacité de travail à ce taux depuis le 1<sup>er</sup> février 2020, pour une durée indéterminée. Le 20 octobre 2020, il a fait savoir que l'état de santé s'était détérioré. Il a encore retenu le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) d'ostéochondrose érosive sévère en L4/L5 et L5/S1. Avec son rapport, il a remis un écrit rédigé en octobre 2020 par le quatrième chirurgien orthopédique (dos. AI 45/6), qui avait relevé qu'un scanner de la colonne n'avait pas révélé d'aggravation de la scoliose, mais une ostéochondrose progressive en L4/5 avec une nette destruction du disque en L5/S1 et des altérations en L4 et L3, le tout accompagné d'une sévère arthrose. Ce chirurgien avait ajouté qu'une fusion L4-S1 avait été envisagée.

**6.3.2** Le 2 juillet 2020, un quatrième chirurgien orthopédique a expliqué avoir été consulté par la recourante en raison de fortes douleurs lombaires. Le chirurgien a ajouté qu'une radiologie avait mis en relief des rétrécissements des disques intervertébraux, surtout en L5/S1, dans le sens d'une ostéochondrose. Une IRM avait confirmé ce constat, qui valait aussi, s'agissant de L2/3 et de L3/4. Il a retenu que la recourante souffrait d'une maladie dégénérative persistante multi-étagée de la colonne vertébrale, surtout lombaire, avec une arthrose facettaire prononcée dans

les zones lombaires/lombo-sacrées et une ostéochondrose, principalement en L5/S1, L4/5 et L3/4. Il a précisé que ces altérations entraînaient une scoliose dégénérative qui allait sûrement s'aggraver. Il a conclu que seul un emploi permettant à la recourante de récupérer de ses problèmes de dos entre deux positions de travail était exigible. Dans un rapport du 21 avril 2021 rédigé suite à une consultation en raison de douleurs prononcées au dos, ce quatrième chirurgien orthopédique a affirmé qu'il n'existait certes pas d'atteinte neurologique, mais que les douleurs dorsales étaient importantes, avec parfois des diffusions dans les muscles et les fesses. Il a rappelé que l'état de santé s'était dégradé depuis 2018 et a ajouté que la recourante présentait aussi une maladie de Bastrup (caractérisée par une friction entre les apophyses épineuses des vertèbres lombaires). Il a préconisé une réduction du temps de travail à 50%.

**6.3.3** Le 29 mars 2021, une rhumatologue a essentiellement posé le diagnostic de syndrome lombo-vertébral spondylogène. Elle a ajouté les diagnostics de douleurs lombaires chroniques à gauche, de status après une opération d'orteil en marteau/hallux valgus, de status après une opération de l'épaule en 2008 et de hernie axiale (coloscopie/gastro-œsophago-duodéoscopie supérieure en février 2021).

**6.3.4** Le 3 mars 2021, le service des enquêtes de l'intimé a remis un rapport d'enquête économique sur le ménage. Ce service y a retenu que, sans atteinte à la santé, la recourante travaillerait à 100%. Le taux d'invalidité de la recourante y a été déterminé à hauteur de 20%.

**6.3.5** Un spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur du SMR a posé, le 11 décembre 2020, les diagnostics (avec répercussion sur la capacité de travail) de syndrome lombo-vertébral chronique, de coxalgie à gauche en présence d'un déséquilibre musculaire, ainsi que de status après une opération de hallux et d'orteil en marteau (en 2013). Il a précisé que la recourante pouvait exercer une activité adaptée à 80%, sans diminution de rendement, depuis le 1<sup>er</sup> février 2020. Le spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur du SMR s'est encore prononcé le 6 mai 2021. Il a écrit que le rapport du quatrième chirurgien orthopédique du 21 avril 2021 se fondait surtout sur des indications subjectives et n'apportait aucun fait nouveau. En

particulier, il n'en ressortait pas d'élément pouvant expliquer pourquoi une activité adaptée ne serait pas exigible à 80%. Il a dès lors maintenu ses diagnostics et son évaluation de la capacité de travail. Le 17 septembre 2021, le même spécialiste du SMR a encore posé les diagnostics (après la remise des nouveaux rapports de la recourante) de dépendance aux opioïdes, de syndrome lombo-spondylogène chronique lombo-vertébral et de réaction dépressive de longue date, probablement en réaction à un trouble de l'adaptation (avec épisode dépressif moyen; ch. F43.21 et F32 de la Classification statistique internationale des maladies et de problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]). Il a retenu que l'état de santé avait été stable jusqu'en mai 2021 et que les nouveaux rapports produits par la recourante n'influençaient le profil d'exigibilité que dès cette période. Il a ajouté que la hernie observée en juillet 2021 consistait en une aggravation aiguë d'un état de santé auparavant stable. Quant à la dépression, il a écrit qu'elle n'était pas due aux douleurs et a relevé que la psychiatre traitante avait nié tout signe de maladie psychique dans les antécédents médicaux. Il a aussi relevé que la dépendance aux opioïdes était le problème principal et qu'elle expliquait l'impression d'une croissance des douleurs.

## **7.**

La décision attaquée se base sur le rapport du SMR du 11 décembre 2020, complété par celui du 6 mai 2021. Se pose la question de leur force probante.

**7.1** 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).

**7.2** Les rapports du SMR (art. 49 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPG. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; TF 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, pour autant qu'ils satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires (TF 9C\_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2 [passage de texte non publié du c. 3.3.2 de l'ATF 135 V 254 = TF 9C\_204/2009]). Les médecins du SMR sont donc parfaitement fondés à s'appuyer sur le dossier médical pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Tel est notamment le cas lorsqu'il s'agit principalement d'apprécier un état de fait médicalement établi et que la confrontation directe du médecin avec la personne assurée passe au second plan (TF 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références). Dans l'examen de la force probante, est avant tout déterminant le fait que l'expertise soit complète au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (TF 8C\_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C\_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

**7.3** D'un point de vue formel, le rapport du SMR du 11 décembre 2020 a été établi en pleine connaissance du dossier (dos. AI 49/3). Celui du 6 mai 2021 est uniquement venu le compléter, en prenant position sur l'écrit du quatrième chirurgien orthopédique du 21 avril 2021, produit dans l'intervalle par la recourante. De plus, s'il est vrai que le rapport du 29 mars 2021 d'une rhumatologue n'a pas été recueilli par l'intimé, on ne

saurait le lui reprocher, puisque la consultation rhumatologique ne lui avait pas été communiquée. En effet, de manière ambiguë, le médecin traitant s'est contenté d'évoquer un "examen rhumatologique", en tant que mesure qui lui apparaissait utile. Il n'a pas indiqué qu'un tel examen allait avoir lieu (dos. AI 39/8). La recourante n'en a pas non plus fait part avant le prononcé de la décision attaquée. Quoi qu'il en soit, l'examen matériel qui suit permet d'établir que l'absence de ce document au dossier est sans portée (voir c. 7.4.2). Le spécialiste du SMR, dont les qualifications en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur ne sauraient être mises en doute, a par ailleurs procédé à un examen personnel de la recourante, a décrit le contexte médical de manière compréhensible et a tenu compte des avis du médecin traitant, ainsi que des autres spécialistes en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur consultés par l'intéressée. En outre, les rapports du SMR reposent sur une étude fouillée des points litigieux importants et prennent en considération les plaintes exprimées par la recourante. Les conclusions du spécialiste de ce service sont par ailleurs motivées. Sur le plan formel, ces rapports satisfont donc aux conditions jurisprudentielles relatives à la force probante de tels documents.

## **7.4**

**7.4.1** Sur le plan matériel, force est d'emblée de reconnaître que le rapport du SMR du 11 décembre 2020 est particulièrement succinct. En effet, même s'il a regroupé ses diagnostics d'ostéochondrose lombaire multi-étagée, principalement en L5/S1 et en L4/L5, ainsi que de scoliose dégénérative, sous la dénomination de syndrome lombo-vertébral chronique, le spécialiste du SMR s'est à cet égard limité à reprendre à son compte les diagnostics du quatrième chirurgien orthopédique (voir c. 6.3.2; voir aussi dos. AI 34/4 s.). La rhumatologue a du reste aussi procédé à une telle association dans son rapport du 29 mars 2021 (PJ 3 du recours). De la même manière, les autres diagnostics du SMR, de coxalgie à gauche en présence d'un déséquilibre musculaire, de même que de status après une opération de hallux valgus et d'orteil en marteau des deux côtés, ont été repris de ceux posés par le premier chirurgien orthopédique consulté (dos. AI 27/1). A ce stade, on peut encore relever que le rapport rhumatologique

du 29 mars 2021 retient en plus une hypermobilité axiale de l'appareil locomoteur. Cette atteinte est néanmoins décrite comme un facteur lié au développement des altérations dégénératives, qui n'a pas échappé au SMR. En outre, une hernie hiatale a aussi été mentionnée, mais elle n'a fait l'objet d'aucune discussion. Cet élément n'a par ailleurs été signalé dans aucun des rapports subséquents produits par la recourante. Le 3 mars 2021, celle-ci a du reste évoqué ses problèmes d'estomac en écartant tout lien avec ses douleurs dorsales et sans rapporter de plaintes ou de restrictions particulières (dos. AI 52/2). Dans son dernier rapport, le SMR a pour sa part indiqué de manière probante qu'aucune atteinte neurologique n'avait accompagné cette hernie (p. 4 du rapport du SMR du 17 septembre 2021). Par ailleurs, le SMR a aussi fait sien l'avis des chirurgiens orthopédiques traitant la recourante, en tant qu'ils ont soutenu que le traitement était difficile, du fait des altérations dégénératives multi-étagées et de la scoliose (dos. AI 49/4). Il a également confirmé la plausibilité de l'appréciation du médecin traitant, à mesure que celui-ci a conclu que la situation était stable et que seule une spondylodèse en L4 à S1 était envisageable en vue d'améliorer la qualité de vie (cette intervention ayant toutefois été déclinée par l'intéressée, dès lors qu'elle présentait le risque d'aggraver les altérations dégénératives de L2 à L4; voir dos. AI 45/6 s.). Ainsi, le spécialiste du SMR n'a pas remis en cause le déroulement des traitements mis en œuvre par les différents spécialistes. Force est donc d'admettre que l'avis du SMR correspond très largement à celui des différents médecins impliqués. Pour cette raison, on comprend que le rapport du 11 décembre 2020 demeure concis. Qui plus est, il existe un consensus parmi les médecins de la recourante, quant au fait que l'emploi de celle-ci, c'est-à-dire hôtesse d'accueil dans un garage, est parfaitement adapté, puisqu'elle a la possibilité de changer de positions et que cette activité ménage son dos, ses hanches et ses pieds (dos. AI 45/4, 39/6 et 39/8). Le spécialiste du SMR a d'ailleurs aussi confirmé l'avis du quatrième chirurgien orthopédique, qui a spécifié que sa patiente avait besoin d'un travail lui permettant de récupérer de ses douleurs au dos (dos. AI 34/4 et 49/4). Ce faisant, on ne voit rien à redire au profil d'exigibilité posé par le SMR. Celui-ci a en effet précisé qu'était exigible une activité légère, permettant d'alterner les positions, sans posture contraignante pour le haut du corps (p. ex. le maintien en station penchée vers l'avant, debout ou

assise). Il a ajouté que devaient aussi être évités les travaux exigeant des mouvements de rotation répétitifs du tronc, des rotations du haut du corps (assis, debout ou en portant du poids), le soulèvement de charges loin du corps (celui jusqu'à 10 à 15 kg étant permis) ou de façon répétitive au-dessus de la hauteur de la poitrine, au-dessus de la tête, en position accroupies ou penchées, de même que les séquences de mouvements stéréotypées au niveau de la colonne lombaire et les effets de charge inattendus ou asymétriques. Partant, sur le vu de tout ce qui précède, les conclusions du rapport du 11 décembre 2020, à savoir que la recourante est en mesure d'exercer une activité adaptée à 80% (puisqu'elle nécessite un jour de repos en milieu de semaine), sans réduction de rendement, sont cohérentes et convaincantes, ce d'autant plus que le spécialiste du SMR a examiné personnellement la recourante (voir dos. AI 50/1 s.).

**7.4.2** Certes, ce résultat diverge de celui des médecins et spécialistes ayant pris en charge la recourante, s'agissant (uniquement) du taux d'activité exigible dans un emploi adapté. A l'inverse de l'avis du SMR, ceux-ci ont en effet retenu que la recourante ne pouvait travailler qu'à 50% dans son activité habituelle. Il faut cependant constater à ce sujet que, dans un premier temps, soit le 2 juillet 2020, le quatrième chirurgien orthopédique avait indiqué qu'en raison des atteintes de la recourante, une restriction de la capacité de travail allait "finalement être inévitable" (dos. AI 34/5), ce qui laisse à penser qu'une réduction importante de la capacité de travail n'était alors pas envisagée. Le médecin traitant a ensuite arrêté l'aptitude au travail de la recourante à 50%, en se fondant sur le fait qu'à un tel taux, elle parvenait tout juste à travailler (dos. AI 39/7 s.). Il en a fait de même dans son dernier rapport, en confirmant que ce taux demeurerait exigible (dos. AI 45/2-4). Le quatrième chirurgien orthopédique a finalement procédé de façon identique dans son écrit du 21 avril 2021, dans lequel il s'est en la matière uniquement référé au point de vue exprimé par la recourante (dos. AI 56/6). Dans ces circonstances, on comprend donc que le spécialiste du SMR a relevé, dans son rapport du 6 mai 2021, que le quatrième chirurgien orthopédique s'était surtout basé sur les déclarations subjectives de la recourante. C'est donc de manière probante que le SMR a retenu qu'aucun argument objectif ne permettait d'expliquer pourquoi le taux de 80% admis par le SMR n'était pas justifié (dos. AI 58/2). Qui plus

est, alors que les médecins et spécialistes qui ont suivi la recourante ne se sont pas expliqués quant aux motifs pour lesquels ils ont conclu à une capacité de travail de 50%, le SMR a pour sa part mis en relief que le quatrième chirurgien orthopédique avait recommandé des exercices de musculature afin de stabiliser et renforcer celle-ci. Il en a déduit de façon logique qu'une activité physique régulière, respectant les exigences du profil d'exigibilité, était bénéfique (dans le même sens: dos. AI 52/2 s., soit les propos recueillis par la spécialiste des enquêtes, dont il ressort que la recourante a fait part de son besoin de se lever et de bouger, de même que des effets positifs de la physiothérapie; voir aussi PJ 3, p. 2 du recours). Il a aussi relevé que la scoliose n'était pas prononcée pour l'instant, que les infiltrations avaient jusqu'ici permis une stabilisation de l'état de santé et qu'aucune intervention n'était nécessaire, le traitement étant purement conservateur (dos. AI 58/3). De même, en réponse à l'argument de la recourante, qui a indiqué qu'elle devait déléguer toujours plus de tâches à son mari, le SMR a souligné de manière cohérente que certaines activités ménagères ne correspondaient pas au profil d'exigibilité posé et qu'elles devaient effectivement être déléguées à l'époux de l'intéressée, notamment faire le lit et effectuer certains rangements ou certaines tâches à la cuisine (dos. AI 58/3). Le SMR s'est également exprimé de manière probante, soit en se référant à la littérature médicale, pour expliquer que la recourante ne pouvait rien déduire en sa faveur de l'existence d'une maladie de Baastrup, qui n'était pas une véritable affection mais un simple phénomène radiologique (dos. AI 58/2). Enfin, la comparaison du rapport du quatrième chirurgien orthopédique du 21 avril 2021 avec le reste du dossier (en particulier avec les précédents rapports de ce chirurgien) permet de confirmer que ce document n'a pas révélé d'éléments nouveaux. En conclusion, force est d'admettre que l'avis du SMR, découlant de ses rapports des 11 décembre 2020 et 6 mai 2021, s'impose à un degré de vraisemblance prépondérante (degré de preuve usité en droit des assurances sociales; ATF 144 V 427 c. 3.2), vis-à-vis de ceux des médecins et spécialistes traitants. Ces rapports du SMR pouvaient donc servir de base au prononcé litigieux, sans qu'une expertise ne soit encore nécessaire. Cette réquisition de preuve doit par conséquent être rejetée (voir p. 5 in fine et 9 du recours). Ce faisant, c'est également à tort que la

recourante prétend que l'intimé a violé son devoir d'instruction (art. 43 LPGA; voir c. 2.6).

## 8.

Enfin, il convient d'indiquer à l'intention de la recourante, dès lors qu'elle se prévaut de la jurisprudence concernant l'examen du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281; dont la validité a été étendue à l'ensemble des troubles psychiques, voir ATF 143 V 418 c. 4.2), qu'ainsi qu'elle l'a admis (p. 4 in fine du recours), le dossier est exempt d'un quelconque avis ou diagnostic psychiatrique jusqu'à la date de la décision attaquée (ce que le SMR a d'ailleurs aussi souligné; dos. AI 49/4; voir aussi p. 4 s. du rapport du SMR du 17 septembre 2021). Et pour cause, puisque le diagnostic de trouble somatoforme douloureux se caractérise par le fait qu'alors que des plaintes physiques sont rapportées (entraînant des limitations concrètes dans les fonctions de la vie quotidienne; ATF 141 V 281 c. 2.1.1), aucune explication claire de leur origine n'est pour autant possible (ATF 130 V 396 c. 6.1). Ce diagnostic vise donc une situation différente de celle de la recourante, dont les atteintes ont été clairement identifiées et illustrées par des radiographies (IRM). A défaut d'un diagnostic de trouble somatoforme douloureux, une telle affection psychosomatique n'entraîne ainsi aucunement en ligne de compte. En effet, une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 145 V 215 c. 5.1; SVR 2020 IV n° 48 c. 8.1.1). La recourante l'a d'ailleurs expressément souligné dans son recours (voir p. 5 § 3 du recours). On ne saurait donc la suivre, lorsqu'elle fait valoir qu'un tel trouble aurait dû être investigué par l'intimé, motif pris que ses atteintes (qui ne sont aucunement remises en cause), ressemblent à celles qui se manifestent généralement en cas de trouble somatoforme douloureux.

## 9.

Reste à déterminer le taux d'invalidité de la recourante.

**9.1** A ce titre, l'intimé a repris le calcul opéré dans le rapport d'enquête ménagère du 3 mars 2021. Le taux d'invalidité y a été fixé selon la méthode générale de comparaison des revenus (voir ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b; SVR 2019 BVG n° 16 c. 4.4.2), soit en comparant les revenus que la recourante pourrait percevoir avec et sans atteinte à la santé. Ceux-ci ont en l'espèce tous deux été arrêtés sur la base des chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS; les tables statistiques de salaires, d'indexation et de durée normale de travail dans les entreprises sont accessibles à partir du site internet de l'OFS; voir ATF 145 V 141 c. 5.2.1, 134 V 322 c. 4.1). L'utilisation de ces données peut en l'occurrence être confirmée.

**9.1.1** En effet, s'agissant du revenu de valide, il y a en principe lieu de prendre pour base le dernier salaire gagné par l'assurée (ATF 145 V 141 c. 5.2.1, 134 V 322 c. 4.1). Or, au cas particulier, la recourante a subi une atteinte à la santé en 2013. En outre, elle n'a plus travaillé à 100% depuis lors, alors qu'elle a expliqué qu'elle serait restée active à 100%, si elle n'avait pas été malade (dos. AI 52/4-6). Ainsi, le dossier ne permet pas de chiffrer le revenu de valide de manière sûre, si bien qu'il doit être arrêté d'après l'ESS (ATF 144 I 103 c. 5.3; SVR 2019 UV n° 40 c. 6.2.3).

**9.1.2** Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressée (ATF 143 V 295 c. 2.2). Néanmoins, si l'assuré exerce une activité lucrative, comme c'est le cas de la recourante, le salaire effectivement perçu ne peut être pris en compte, pour fixer le revenu d'invalidé, que s'il repose sur des rapports de travail particulièrement stables, met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle et procure un gain correspondant au travail effectivement fourni sans contenir d'éléments de salaire social (ATF 143 V 295 c. 2.2; SVR 2019 IV n° 28 c. 5.1.3). Dans le cas de la recourante, force est cependant de retenir que son activité d'employée d'accueil n'épuise pas sa capacité de travail résiduelle, puisqu'elle pourrait travailler à 80% (voir c. 7.4.1) et non seulement à 50%. On notera aussi qu'en extrapolant le

revenu de la recourante (de Fr. 37'050.- par an à 50%) au taux exigible de 80%, on obtiendrait un revenu de Fr. 59'280.-, supérieur à celui admis par l'intimé, de Fr. 58'876.- (dos. AI 52/5-7). En procédant de la sorte, le taux d'invalidité serait donc inférieur à celui de 20%, auquel l'intimé est parvenu.

**9.2** Il s'ensuit que les revenus de valide et d'invalidé doivent tous deux être déterminés sur une même base. Le taux d'invalidité n'est en définitive influencé que par la diminution de rendement de 20% attestée à l'issue de l'expertise (voir c. 7.4.1) et détermine ainsi le taux d'invalidité. Ce faisant, point n'est besoin de vérifier si l'intimé s'est fondé sur la bonne table des ESS (T17 au lieu de TA1), sur la bonne rubrique de celles-ci (voir toutefois à ce sujet: TF 8C\_471/2017 du 16 avril 2018 c. 4.2) et s'il a correctement adapté les montants retenus à la durée habituelle de travail en entreprise, de même qu'indexé ces derniers. Le taux est en effet dans tous les cas de 20%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

## **10.**

**10.1** Au vu de tout ce qui précède, c'est donc à bon droit que l'intimé a exclu tout droit de la recourante à une rente d'invalidité, dans sa décision du 12 mai 2021. Le recours doit par conséquent être rejeté.

**10.2** Conformément à l'art. 61 let. <sup>f</sup>bis LPGA, pour les litiges en matière de prestations (comme c'est le cas en l'espèce), la procédure est soumise à des frais judiciaires si la loi spéciale le prévoit. En l'occurrence, tel est le cas de la LAI. En effet, l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> phr. 1 LAI dispose que la procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires. La recourante n'obtenant pas gain de cause, les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent donc être mis à sa charge (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Ceux-ci sont compensés avec l'avance de frais fournie.

**10.3** Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante qui succombe (art. 61 let. g LPGA a contrario), pas plus qu'à l'intimé (art. 104 al. 3 LPJA).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés avec son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - au mandataire de la recourante,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

Le greffier:

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).