

200.2013.749.AI

WIC/BEJ

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

Jugement du 26 septembre 2014

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
D. Baldin et M. Moeckli, juges
C. Haag-Winkler, greffière



A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

Office AI Berne
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 23 juillet 2013

En fait:

A.

A. _____, né en 1994, alors mineur et agissant par son père, a déposé le 4 août 2011 une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) relative à des hallux valgus aux deux pieds, sollicitant des mesures médicales et des mesures pour une réadaptation professionnelle. Au terme de l'instruction, l'Office AI Berne (l'Office AI) a nié le droit à la prise en charge de mesures médicales (décision du 23 février 2012) et professionnelles (décision du 24 mai 2012).

B.

Dans le cours de la précédente procédure, l'assuré, désormais majeur et représenté par son père, a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI en date des 21/23 mai 2012, portant sur la prise en charge du traitement de pieds plats à titre d'infirmité congénitale.

Saisi de cette demande, l'Office AI a recueilli des informations auprès du chirurgien orthopédiste traitant de l'assuré, sur la base desquelles elle a rendu le 8 juin 2012 un préavis niant le droit à la prise en charge de mesures médicales.

C.

Après avoir examiné le dossier mis à disposition par l'Office AI, l'assureur-maladie de l'assuré a retiré, par courrier du 2 juillet 2012, les observations émises le 19 juin 2012. Le 18 juillet 2012, l'assuré, représenté par son père, a formulé ses observations, y joignant un certificat médical de son pédiatre daté du 17 juillet 2012.

Le recourant a subi une intervention chirurgicale correctrice d'un pied en date du 28 novembre 2012.

Confirmant son préavis précité, l'Office AI a nié par décision du 23 juillet 2013 le droit de l'assuré à des mesures médicales, en s'appuyant sur un avis du SMR du 25 juillet 2012.

D.

L'assuré, désormais représenté par un mandataire professionnel, a recouru par acte du 2 septembre 2013 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision précitée, en concluant, sous suite des frais et dépens, à l'annulation de la décision de l'intimé du 23 juillet 2013 et à ce qu'il soit ordonné à ce dernier de prendre en charge les mesures médicales du recourant selon sa requête des 21/23 mai 2012.

Dans son mémoire de réponse du 10 octobre 2013, l'Office AI a conclu au rejet du recours, en renvoyant à un ultime avis du SMR du 24 septembre 2013 et en joignant un "*Protokoll per 10.10.2013*". La Juge instructrice a notifié la réponse, ainsi que son annexe, à la partie recourante en date du 14 octobre 2013. Le mandataire a fait parvenir sa note d'honoraires par courrier du 24 octobre 2013.

Par ordonnance du 24 mars 2014, la Juge instructrice a transmis au recourant, par son mandataire, l'avis du SMR du 24 septembre 2013 (oublié dans le courrier précédent), l'invitant à prendre position à ce sujet, ce qu'il a fait par courrier du 31 mars 2014. L'Office AI a indiqué renoncer à des nouvelles observations par courrier du 4 avril 2014.

En droit:

1.

1.1 La décision du 23 juillet 2013 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et refuse le droit à des mesures médicales en lien avec une infirmité congénitale. L'objet du litige

porte sur l'annulation de cette décision et l'octroi des mesures médicales requises. Est particulièrement critiquée l'évaluation médicale de la situation du recourant.

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 un mandataire dûment légitimé, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, LPGA, RS 830.1, art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, LAI, RS 831.20, et art. 15, 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives, LPJA, RSB 155.21).

1.3 La valeur litigieuse, indéterminée en l'espèce, n'étant pas d'emblée inférieure à Fr. 20'000.-, 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 infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant (art. 3 al. 2 LPGA). Selon l'art. 13 al. 1 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales (art. 3 al. 2 LPGA) jusqu'à l'âge de 20 ans révolus.

Le Conseil fédéral établit une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées. Il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (art. 13 al. 2 LAI). Avec l'art. 13 al. 2 LAI, la compétence a été donnée au Conseil fédéral de déterminer, parmi l'ensemble des infirmités congénitales médicalement reconnues, celles

pour lesquelles des prestations de l'AI doivent être garanties (infirmités congénitales au sens de la LAI; ATF 122 V 113 c. 3a/cc). Le Conseil fédéral dispose ainsi d'une large marge d'appréciation législative (ATF 105 V 21; VSI 1999 p. 170 c. 2b). Les infirmités congénitales sont énumérées dans l'annexe à l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC, RS 831.232.21). La question de savoir s'il s'agit d'une infirmité congénitale au sens juridique n'a pas de caractère pronostique, mais doit être tranchée de façon rétrospective. Les conditions de prestations ne sont pas remplies, si un diagnostic d'infirmité congénitale est certes initialement établi mais se révèle postérieurement erroné (SVR 2009 IV n° 18 c. 3.3 et 3.4).

2.2 Selon l'art. 1 al. 1 OIC, sont réputées infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI les infirmités présentes à la naissance accomplie de l'enfant. La simple prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale. Le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant.

A teneur du ch. 193 de l'annexe OIC, constitue une infirmité congénitale le pied plat congénital, lorsqu'une opération ou un traitement par appareil plâtré sont nécessaires. Selon la pratique administrative contenue au ch. 193 de la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM), valable à partir du 1^{er} janvier 2014 (identique quant à ce chiffre à celle valable à partir du 1^{er} mars 2012 qui était applicable à la date de la décision contestée), un diagnostic posé en général au cours des premières semaines qui suivent la naissance ou au plus tard avant l'âge d'un an et la mise en évidence, au moyen d'un examen radiologique, de la position anormale de l'astragale et de la subluxation de l'articulation astragalo-scaphoïdienne sont nécessaires à la reconnaissance de cette infirmité congénitale. Le ch. 193 CMRM précise encore que le pied plat congénital (talus verticalis) est une malformation rare, généralement unilatérale, qui est déjà marquée de façon nette chez le nourrisson. Un examen radiologique permet de la distinguer du pied plat valgus acquis (talus valgus). Toujours selon ce même ch. 193 CMRM, d'habitude, le pied plat congénital est déjà fixé à la naissance et requiert l'application d'un appareil plâtré de redressement, puis un

traitement avec port de semelles orthopédiques et d'attelles pendant la nuit. Enfin, il est souvent indispensable de pratiquer des interventions chirurgicales sur les parties molles.

2.3 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).

Le principe inquisitoire (ou de l'instruction d'office), lequel domine la procédure en matière d'assurances sociales, exclut en soi par définition le fardeau de la preuve dans la mesure où celui-ci représente un fardeau d'instruction de la preuve. En effet, il appartient au tribunal – et à l'autorité qui rend la décision – de se soucier de rassembler les preuves. Le fardeau de la preuve n'incombe donc en général aux parties que dans la mesure où, en l'absence de preuve, la décision serait défavorable à la partie qui voulait déduire un droit de l'état de fait non prouvé. Cette règle ne vaut cependant que s'il se révèle impossible, sur la base d'une appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 138 V 218 c. 6).

2.4 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 (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a). 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 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.

Dans sa décision litigieuse, l'intimé a rejeté la demande de prise en charge des frais relatifs à l'intervention chirurgicale à titre de mesures médicales, motif pris que les conditions à la reconnaissance d'une infirmité congénitale au sens du ch. 193 de l'annexe OIC ne sont pas remplies.

Le recourant, pour sa part, estime être atteint de pieds plats constituant une infirmité congénitale au sens du ch. 193 de l'annexe OIC et demande la prise en charge des mesures médicales liées au problème de l'infirmité congénitale, dont les coûts de l'intervention chirurgicale entreprise pour corriger les hallux valgus apparus en raison des pieds plats.

4.

4.1 Le recourant invoque que le Tribunal n'est pas lié par les conditions supplémentaires fixées au ch. 193 CMRM. S'agissant d'une directive interne à l'administration, son but consiste, selon lui, avant tout à assurer une application équitable du droit par l'ensemble des organes de l'AI.

4.2 Selon le Tribunal fédéral (TF), dans la mesure où le ch. 193 CMRM exige pour l'existence d'un pied plat congénital un diagnostic posé au plus tard avant l'âge d'un an, la circulaire est contraire à l'OIC, qui spécifie, notamment, à son art. 1 al. 1, que sont réputées infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI les infirmités présentes à la naissance accomplies de

l'enfant et que le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant (SVR 1999 IV n° 10 c. 2b). Si, toutefois, l'on considère ce ch. 193 CMRM comme une directive de l'office fédéral adressée à ses organes d'exécution expliquant de quelle manière doit être apprécié, au titre des preuves, un diagnostic de pied plat posé au cours de la première année de l'assuré, la directive n'est pas contestable. L'on tient compte ainsi de la difficulté, grandissante avec le temps qui passe entre la naissance et le diagnostic, à distinguer un pied plat congénital d'un pied plat acquis. Il en résulte, d'une part, que le diagnostic médical établi selon le ch. 193 CMRM dans le délai requis permet en principe d'établir l'existence d'un pied plat à la naissance accomplie de l'enfant au sens de l'art. 1 al. 1 OIC. Il en découle, d'autre part, que si, pour quelque raison que ce soit, un tel diagnostic n'a pas été établi au cours de la première année de vie de l'assuré, le droit à la prestation ne saurait être tout simplement nié. A l'expiration de ce délai, il s'agit alors bien plus d'examiner si, dans le cas concret et au degré de vraisemblance prépondérante habituellement appliqué en droit des assurances sociales, il peut être établi qu'un pied plat est d'origine congénitale ou acquise. Le risque de l'absence de preuve pour l'existence d'une infirmité congénitale, qui s'accroît avec le temps qui passe, est à la charge de l'assuré (SVR 1999 IV n° 10 c. 2c).

5.

En l'espèce, il s'agit d'examiner s'il peut être établi à ce jour, au degré de vraisemblance prépondérante, que le pied plat dont souffre le recourant est d'origine congénitale, au sens de la législation sur l'AI.

5.1 Sur le plan médical, les informations suivantes figurent au dossier:

Joint à la demande de prestations des 21/23 mai 2012, se trouvait un rapport médical du chirurgien orthopédiste traitant du recourant, daté du 14 mai 2012. Deux diagnostics sont mentionnés par ce médecin, à savoir un "pes planovalgus" décompensé des deux côtés au stade 2B selon Meyerson, ainsi que d'hallux valgus des deux côtés (*Hallux valgus beidseits mit ausgeprägter mediodorsaler Pseudoexostose beidseits*). Sur la base de l'examen, clinique et radiologique, effectué, le chirurgien

orthopédiste a constaté que le traitement avait toujours consisté dans des mesures conservatrices sous la forme de semelles orthopédiques et de gymnastique des pieds. Il a estimé que ces mesures conservatrices avaient été épuisées et qu'il ne pouvait plus être attendu d'amélioration par ce biais. Il a conseillé au recourant de se soumettre à une intervention chirurgicale correctrice.

Suite au préavis niant le droit à des prestations en raison de l'absence d'une infirmité congénitale, le recourant a produit à l'appui de ses observations un rapport de son pédiatre (certificat du 17 juillet 2012). Ce dernier a attesté qu'il soignait le recourant depuis sa naissance et qu'il avait observé chez celui-ci dès les débuts de l'apprentissage de la marche à l'âge de huit-neuf mois, un pied plat (*Knicksenkfuss*), qu'il avait considéré comme étant physiologique à l'époque. Il a noté qu'avec l'âge, son patient avait développé une démarche dandinante (*Watschelgang*), que le pied plat ne s'était pas corrigé et qu'une symptomatique douloureuse était apparue, en particulier lorsque le patient se tient debout de façon prolongée.

Se prononçant sur l'avis précité du pédiatre, un spécialiste en pédiatrie du SMR a indiqué que l'hallux valgus ne correspondait pas à un pied plat congénital avec talus verticalis, niant l'existence d'une infirmité congénitale au sens du ch. 193 CMRM. Il a ajouté que l'hallux ne constituait pas une infirmité congénitale (prise de position du 25 juillet 2012).

Au vu des arguments invoqués dans le recours, l'intimé a requis une nouvelle fois un avis du médecin du SMR. Ce dernier, dans une prise de position du 24 septembre 2013, a expliqué que les conditions pour qu'une malformation soit reconnue comme pied plat congénital étaient définies au ch. 193 CMRM, à savoir qu'une malformation doit déjà être marquée de façon nette chez le nourrisson, qu'elle doit être "fixée", afin que le diagnostic puisse être établi (*de lege artis* au moyen d'une radiographie) au cours des premières semaines de vie, mais au minimum au cours de la première année, et qu'un traitement au moyen d'un appareil plâtré, respectivement d'attelles, puisse être entrepris afin de redresser le pied. Dans le cas concret du recourant, le médecin du SMR a estimé qu'à la lecture des rapports des chirurgien orthopédiste et pédiatre traitants, il ne

pouvait s'agir que d'une forme acquise de pied plat et non d'une malformation congénitale.

5.2 Le simple fait de diagnostiquer une malformation de type pied plat, même avant l'âge d'un an, ne suffit pas à démontrer son caractère congénital au sens du droit régissant l'AI. Un pied plat peut en effet être de nature congénitale (talus verticalis) ou acquise (talus valgus). Plus il s'écoule de temps entre la naissance et l'établissement du diagnostic, plus il est difficile de déterminer la pathogenèse. Le ch. 193 CMRM énumère une série de critères permettant de distinguer un pied plat congénital et un pied plat acquis. Il s'agit donc en l'espèce d'effectuer un examen attentif des faits au regard desdits critères.

Tout d'abord, il apparaît selon la CMRM que le pied plat congénital est une malformation rare, généralement unilatérale, alors que selon le pédiatre, les deux pieds du recourant sont atteints. Toujours selon la circulaire, le pied plat congénital est marqué de façon nette chez le nourrisson. Dans le cas du recourant, il apparaît que le pédiatre a bien observé un "*Knicksenkfuss*" lors du début de la marche, alors que le recourant était âgé de huit ou neuf mois. Il a toutefois précisé qu'à l'époque il l'avait considéré comme physiologique. On ne saurait donc considérer que le pied plat du recourant était marqué d'une façon nette. Le praticien n'a pas mentionné que la situation exigeait alors un examen radiologique, qui aurait permis de mettre en évidence une éventuelle position anormale de l'astragale et une éventuelle subluxation de l'articulation astragalo-scapoïdienne. L'attitude du pédiatre confirme que l'anomalie constatée n'était pas inquiétante, sans quoi il n'aurait pas manqué de procéder à cet examen simple. Aucun élément au dossier ne laisse par ailleurs supposer qu'une telle radiographie a été effectuée et le recourant ne l'invoque du reste pas. En outre, il ressort du dossier que le recourant a bénéficié de traitements conservateurs sous forme d'exercices de gymnastique et du port de semelles orthopédiques. Sa situation n'a en revanche pas exigé le port d'un appareil plâtré de redressement, ni d'attelles pendant la nuit, alors que ces mesures s'imposent en cas de pied plat congénital. A nouveau, le recourant n'a nullement invoqué avoir été traité par ce genre de mesures. Enfin, c'est en tant qu'adulte que le recourant a choisi de subir l'intervention

chirurgicale proposée par son chirurgien orthopédiste. S'il était atteint d'un pied plat devant être qualifié de congénital au sens de l'AI, des interventions sur les parties molles auraient, selon toute vraisemblance, dû être envisagées bien plus tôt, alors que le recourant était encore enfant. Selon le ch. 193 CMRM, il est en effet souvent indispensable de pratiquer des interventions chirurgicales sur les parties molles en présence d'un pied plat congénital.

Parmi les critères fixés au ch. 193 CMRM (malformation généralement unilatérale, marquée de façon très nette chez le nourrisson, pied plat déjà fixé à la naissance, nécessité d'un appareil plâtré de redressement, semelles orthopédiques et attelles, interventions chirurgicales), seul le port de semelles orthopédiques est rempli dans le cas du recourant.

5.3 Plus généralement et au vu de l'ensemble des circonstances du dossier, il apparaît que, selon le chirurgien orthopédiste (rapport du 14 mai 2012), les problèmes actuels du recourant sont dus à une insuffisance de sollicitation croissante avec le développement de plaintes relatives au bord interne du pied (*In letzter Zeit hat sich eine zunehmende Belastungsinsuffizienz mit innenseitigen Fussrandbeschwerden ausgebildet*). A cela s'ajoutent les hallux valgus très dérangeants et douloureux. Selon le spécialiste traitant, les problèmes du recourant se sont donc accentués récemment, justifiant l'intervention chirurgicale correctrice. La première demande de prestations de l'AI portait exclusivement sur la prise en charge du traitement de cette affection, sans que l'existence de pieds plats ne soit évoquée. La demande de prestations relative aux pieds plats congénitaux n'est intervenue que dans un deuxième temps, une fois connu le refus de prise en charge des hallux valgus. Or, vu la gravité de l'infirmité décrite au ch. 193 CMRM et les traitements qu'elle exige, si une telle atteinte était avérée (qui plus est, de façon bilatérale), la demande du recourant aurait porté dès le début sur la prise en charge des mesures médicales en relation avec le traitement de cette potentielle infirmité congénitale.

Il ne se justifie donc pas d'entreprendre d'autres mesures en vue d'établir si les pieds plats du recourant sont de nature congénitale ou acquise. Par ailleurs, vu le temps écoulé (le recourant étant adulte) et les informations

déjà à disposition ne fournissant aucun indice parlant en faveur d'un pied plat "talus verticalis", il est exclu qu'un examen quelconque permette à l'heure actuelle de remplacer les examens radiologiques à pratiquer dans la prime enfance selon les recommandations du ch. 193 CMRM.

5.4 En tout état de cause, on ne se trouve pas dans une situation d'absence de preuve dont le recourant aurait à supporter les conséquences (c. 2.3). Au regard, non seulement des nombreux critères fixés au ch. 193 CMRM, mais également de l'ensemble des informations figurant au dossier, il apparaît, avec une vraisemblance prépondérante, que le recourant n'est pas atteint d'un pied plat congénital au sens d'une infirmité congénitale telle que prévue au ch. 193 de l'annexe OIC.

C'est donc à bon droit que l'intimé a nié le droit du recourant à la prise en charge des mesures médicales demandées, tant concernant l'infirmité congénitale (selon ch. 193 de l'annexe OIC), que des hallux valgus.

6.

6.1 Lorsque l'assuré n'a pas droit à la prise en charge du traitement en vertu de l'art. 13 LAI, il convient d'examiner s'il existe un droit à des mesures médicales selon l'art. 12 LAI (J.-L. DUC, *L'assurance-invalidité*, in: *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 2007, n° 121).

Aux termes de l'art. 12 al. 1 LAI, l'assuré a droit, jusqu'à l'âge de 20 ans, aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à sa réadaptation professionnelle ou à sa réadaptation en vue de l'accomplissement de ses travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante sa capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable.

6.2 L'objet de la présente contestation porte exclusivement sur la prise en charge du traitement de l'affection comme telle, à savoir les frais liés au traitement de l'infirmité congénitale selon ch. 193 de l'annexe OIC au sens

de l'art. 13 LAI. L'absence d'infirmité congénitale étant établie, ne se pose plus que la question de savoir si l'opération des hallux valgus pourrait donner lieu à une mesure médicale au sens de l'art. 12 al. 1 LAI. Or, cette éventualité a déjà été écartée par décision du 23 février 2012, niant le caractère de réadaptation de ces interventions (ch. 738/938.4 CMRM), décision entrée en force. En outre, après des investigations menées aussi sur le plan psychologique, l'intimé a, par décision du 24 mai 2012, également nié le droit du recourant à des mesures de réadaptation professionnelle, faute d'atteinte invalidante, et le recourant n'a pas non plus contesté cette décision.

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, le recours dirigé contre la décision du 23 juillet 2013 doit être rejeté.

7.2 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Les frais de procédure doivent être fixés à Fr. 500.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

Le recourant, qui succombe, doit supporter les frais de la procédure et ne peut prétendre au remboursement de ses dépens (art. 69 al. 1^{bis} LAI, 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 2 et 108 al. 1 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 500.-, sont mis à la charge du recourant.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

La greffière:

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).