

200.2014.572.AI

BEP/BEJ

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

**Jugement du 6 novembre 2015**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
Ph. Berberat, greffier



**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 13 mai 2014

**En fait:**

**A.**

A.\_\_\_\_\_, né en 1956, marié, père de trois enfants adultes, sans formation professionnelle certifiée, a travaillé en dernier lieu en tant que concierge auprès d'une banque, depuis le 1<sup>er</sup> décembre 1984. Le 7 janvier 2009, il a déposé auprès de l' Office AI Berne une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en invoquant des cervicalgies, une biopsie d'un œdème à une vertèbre cervicale, de l'arthrose, une hernie discale, un diabète et une dépression, ainsi qu'une hémorragie survenue lors d'une ponction de moelle osseuse. Par décision du 12 mai 2009, l'Office AI Berne a prononcé un rejet de la demande, constatant que l'assuré avait repris son travail antérieur à 100% depuis le 12 février 2009 et qu'il était donc réadapté professionnellement de manière appropriée.

Après de nombreuses périodes de maladie et une incapacité de travail totale attestée depuis le 15 octobre 2012, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assuré en date du 25 juillet 2013 pour le 31 octobre 2013. Le 19 décembre 2012, l'assuré a introduit une nouvelle demande de prestations de l'AI, indiquant avoir subi une opération de bypass gastrique en septembre 2011 et souffrir de cervicalgies, de lombalgies, d'arthrose et de hernies discales. Saisi de la demande, l'Office AI Berne a procédé à diverses mesures d'instruction, recueillant notamment des rapports médicaux auprès des médecins ayant traité l'assuré. Sur recommandation du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), il a aussi organisé une expertise médicale bidisciplinaire auprès d'un spécialiste en rhumatologie (le Dr C.\_\_\_\_\_) et d'un spécialiste en psychiatrie (le Dr D.\_\_\_\_\_), qui ont remis leurs rapports respectifs les 24 et 31 juillet 2013 et leurs conclusions interdisciplinaires le 6 août 2013.

**B.**

Par préorientation du 20 décembre 2013, l'Office AI Berne a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de rente. En dépit des objections formulées par l'intéressé, par l'intermédiaire d'une mandataire, avec un rapport médical de son psychiatre traitant à l'appui, l'Office AI Berne, après consultation du SMR, a confirmé le contenu de sa préorientation par décision du 13 mai 2014.

**C.**

Le 13 juin 2014, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision de l'Office AI Berne du 13 mai 2014. Sous suite des frais et dépens, il conclut à son annulation et, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 50%, ou, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé pour une instruction complémentaire par le biais d'une nouvelle expertise médicale.

Dans son mémoire de réponse du 1<sup>er</sup> octobre 2014, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours.

Par courriers des 6 et 21 octobre 2014, la juge instructrice a invité l'assureur perte de gain en cas de maladie du recourant à produire son dossier concernant ce dernier. Les parties ont ensuite eu l'occasion de prendre position sur ledit dossier et de présenter leurs observations finales. Le 5 novembre 2014, l'intimé a déclaré y renoncer, renvoyant à son mémoire de réponse. Dans sa prise de position du 11, complétée le 15 décembre 2014, le recourant a confirmé ses conclusions et produit une attestation de son médecin traitant, six certificats de son psychiatre traitant, ainsi que des pièces de son dossier d'aide sociale. Le 19 décembre 2014, le mandataire du recourant a fait parvenir sa note d'honoraires au TA.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision du 13 mai 2014 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et refuse au recourant le droit à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et, principalement, sur l'octroi d'au moins une demi-rente d'invalidité à l'assuré et, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

**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 et 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], ayant notamment abrogé l'art. 85 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10] invoqué dans le recours; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]; pour la compétence à raison du lieu: art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] [et non art. 58 al. 1 LPGA]).

**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], ayant notamment abrogé les art. 125 et 126 LPJA).

**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.**

Dans la mesure où le recourant invoque que la décision attaquée est, formellement, insuffisamment motivée, son grief doit être rejeté. En effet, si l'obligation de motiver représente une part importante du droit d'être entendu au sens de l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101; voir aussi: art. 49 al. 3 LPGA), il n'est pas nécessaire que tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties soient expressément exposés et discutés. En l'occurrence, les points importants en vue de l'appréciation figurent dans la décision. Ainsi que le démontre la motivation topique du recours, la décision du 13 mai 2014 permet tout à fait de se faire une idée de sa portée et elle mentionne, au moins brièvement, les réflexions qui ont guidé l'Office AI Berne dans ses choix (ATF 136 I 229 c. 5.2, 124 V 180 c. 1a).

## **3.**

**3.1** 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 dans son domaine d'activité, 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 (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de l'existence 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). 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 (art. 28 al. 2 LAI).

**3.2** Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections

à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 141 V 281 c. 3.7.1, 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2007 IV n° 47 c. 2.4).

Dans l'ATF 141 V 281 précité (arrêt rendu le 3 juin 2015), le Tribunal fédéral (TF) a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'AI en cas de troubles somatoformes douloureux et de troubles psychosomatiques comparables.

**3.3** Le point de départ pour l'examen d'une prétention selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que selon les art. 6 ss et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales (1<sup>ère</sup> phase de l'évaluation, de nature diagnostique). 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 141 V 281 c. 2.1, 130 V 396). Les experts doivent motiver le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.40 selon la Classification internationale des maladies [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis. Il faut davantage tenir compte du degré de gravité inhérent au diagnostic du trouble somatoforme douloureux: comme "plainte essentielle", il faut une "douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse" (CIM-10, chapitre V, Troubles mentaux et du comportement [F], ch. F45.4).

Par ailleurs, le diagnostic du trouble somatoforme douloureux persistant reposant sur la terminologie du système de classification médical ne conduit à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI que si le diagnostic résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49, qui ont trop peu été pris en considération en pratique. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle

exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (cf. art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 c. 2.2).

Dans la seconde phase de l'évaluation, consacrée à la preuve de l'incapacité de travail, dans son ATF 141 V 281, le TF abandonne la présomption selon laquelle les troubles psychosomatiques concernés ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (c. 3.4 et 3.5). L'ancien modèle règle/exception est remplacé par une grille d'évaluation normative et structurée. Sur la base d'un catalogue d'indicateurs, une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne doit être réalisée, en tenant compte des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail, d'une part, et du potentiel de compensation (ressources), d'autre part (c. 3.6). Cela ne change toutefois rien à la jurisprudence tirée de l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (c. 3.7). En lieu et place de l'ancien catalogue des critères (applicable aux troubles somatoformes douloureux et aux autres affections psychosomatiques comparables), il faut se référer

aux indicateurs standards. Ceux-ci se répartissent dans les catégories "degré de gravité" (c. 4.3) et "cohérence" (c. 4.4) des limitations fonctionnelles. On renoncera désormais à la notion de profit primaire tiré de la maladie (c. 4.3.1.1) et à la prépondérance de la comorbidité psychiatrique (c. 4.3.1.3). La grille d'évaluation est de nature juridique (c. 5). Droit et médecine collaborent à la formulation des indicateurs aussi bien qu'à leur application concrète au cas d'espèce. Au fond, les considérations relatives aux questions de preuve et aux procédures à suivre (c. 4 et 5) pour l'évaluation de l'invalidité en cas de troubles psychosomatiques concrétisent les injonctions du législateur découlant de l'art. 7 al. 2 LPGa. La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve.

**3.4** Une nouvelle jurisprudence doit en principe être prise en considération non seulement lors de l'examen des cas futurs, mais aussi pour les cas encore pendants au moment du changement de jurisprudence (TF 9C\_476/2009 du 7 décembre 2009 c. 3.3; VGE IV/15/130 du 15 juillet 2015 c. 2.3).

**3.5** Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4).

**3.6** 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 213 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

#### 4.

**4.1** Sur le plan médical, l'intimé a essentiellement fondé sa décision du 13 mai 2014 sur l'expertise bidisciplinaire des 24 et 31 juillet ainsi que 6 août 2013 et l'avis du SMR du 14 mars 2014 confirmant les conclusions des experts.

#### 4.2

**4.2.1** Dans son rapport du 24 juillet 2013, après avoir relaté tous les avis médicaux antérieurs présents au dossier et posé une anamnèse détaillée, l'expert rhumatologue a posé les diagnostics suivants:

- *syndrome douloureux chronique lombaire, éventuellement lombospondylogène, depuis de nombreuses années, après opération en 1986 d'une hernie discale L5/S1, comprenant une ostéochondrose de degré moyen de la colonne vertébrale lombaire ainsi qu'une spondylarthrose modérée et une légère mauvaise position de la colonne lombaire sans lésion radiculaire ni musculaire;*
- *syndrome douloureux chronique cervical et cervicospondylogène depuis de nombreuses années, avec arthrose facettaire sur plusieurs segments, arthrose oncovertébrale C3 à C6 accompagnée de rétrospandylolytes, protrusion discale C6/7 avec possible lésion de la racine C7 à gauche; le tout sur un substrat clinique normal correspondant à l'âge, avec mobilité normale de la colonne vertébrale cervicale et musculature de la nuque ramollie, sans signe d'altération radiculaire;*
- *trouble d'assimilation de la douleur prédominant, dans le cadre d'un status après décompression du nerf médian des deux côtés et opération de deux doigts en 2012, ainsi que d'un status après opération de bypass intestinal en 2011 ayant eu pour effets une nette diminution pondérale et une normalisation de la pression sanguine et des taux de sucre et de cholestérol.*

Dans son évaluation, l'expert relate qu'en 2008, les douleurs nucales ressenties par l'assuré se sont portées au premier plan sans raison somatique apparente et qu'en 2012, il se sentait handicapé avant tout par

des douleurs lombaires. Le praticien remarque que les constatations cliniques n'indiquent pas de grandes particularités aux niveaux cervical et lombaire, alors même que des troubles non négligeables sont invoqués. Il indique aussi qu'à la même époque de l'intensification des troubles paravertébraux, des problèmes psychiques importants sont décrits, qui pourraient s'expliquer par la longue durée des évaluations médicales entreprises ainsi que l'incertitude régnant en 2008 au sujet de l'origine des troubles cervicaux constatés, qui a certainement pesé sur l'état du patient. L'expert rapporte encore les plaintes actuelles de l'assuré, consistant comme par le passé dans des douleurs nucales et lombaires se situant au premier plan, qui s'avèrent toutefois supportables la journée mais posent des problèmes principalement la nuit et le matin au réveil. Il précise que, comme déjà mentionné dans le rapport du rhumatologue traitant en 2012, les constats pathologiques sortant de la norme sont limités, dans la mesure où la mobilité de la colonne vertébrale cervicale et lombaire était à peine restreinte et non douloureuse, la musculature paravertébrale ne présentait pas de particularité, et aucun signe de trouble radiculaire ou lombaire n'était présent, l'irradiation des douleurs dans les bras et la région du bassin devant être qualifiée de phénomène spondylogène. L'expert conclut que dans l'ensemble, une certaine incohérence entre les constatations objectives et le ressenti douloureux subjectif du patient peut être retenue, celle-ci étant par ailleurs aussi documentée par une fréquence des consultations médicales et thérapeutiques au-dessus de la norme. Il ne dénote aucune tendance à la dissimulation chez l'assuré et déclare que la question de la présence d'un trouble somatoforme doit être tranchée par le psychiatre. Au vu de ces constatations, l'expert considère que si une diminution de la résistance de la colonne vertébrale de l'assuré doit certainement être admise, on ne peut aller jusqu'à retenir une absence totale de la capacité de charge de celle-ci. Quant à la capacité de travail de l'assuré, il remarque qu'il est difficile de l'évaluer abstraitement, mais qu'il ne distingue pas de raison justifiant une impossibilité d'exercer son activité antérieure de concierge, et qu'une activité légère permettant de varier les positions et ne nécessitant pas une position non physiologique prolongée de la colonne vertébrale est exigible de la part du recourant.

**4.2.2** Pour sa part, l'expert psychiatre, dans son rapport du 31 juillet 2013, décrit en détail les douleurs dont se plaint l'assuré et expose une anamnèse particulièrement détaillée. Il retient comme diagnostics la présence d'un trouble somatoforme douloureux persistant avec des composantes hypocondriaques (ch. F45.4 CIM-10), une réaction dépressive (ch. F43.21 CIM-10) s'étant de surcroît manifestée d'octobre 2008 au printemps 2009 et de décembre 2012 à mars 2013, et des problèmes financiers (ch. Z59 CIM-10). Dans son évaluation, l'expert relève que l'assuré, bien que son passé ne comporte aucune particularité sur le plan psychiatrique, a déjà souffert tôt de douleurs dorsales, qui ont persisté malgré une opération de hernie discale et se sont étendues à la nuque et à d'autres parties du corps. Il constate chez le patient la présence d'une superposition psychosomatique par rapport aux douleurs, dans la mesure où elles ne peuvent être expliquées somatiquement, et où l'assuré est fixé sur celles-ci, exprime des craintes hypocondriaques et présente une extension des douleurs. Le praticien est aussi frappé par le fait que les difficultés de l'existence ont souvent induit un renforcement des douleurs, sur lesquelles l'assuré a focalisé toute son attention. Il précise que les craintes de l'assuré ne sont pas de nature générale, mais consistent dans la peur d'une éventuelle atteinte à la santé somatique, symptomatologie typique couverte par le trouble somatoforme persistant, qui englobe aussi les troubles de l'humeur et de l'anxiété qui en découlent. Concernant le cas du recourant, l'expert retient quand même une première réaction dépressive survenue en octobre 2008, alors que l'intéressé craignait la découverte chez lui d'une affection maligne en raison d'un diagnostic incertain relatif à une vertèbre cervicale, et remarque que la confirmation d'un diagnostic sans particularité a permis la résorption de la dépression environ en mars 2009. Une seconde réaction dépressive est constatée par l'expert dès décembre 2012, après que l'assuré avait été licencié, jusqu'au début d'avril 2013. Elle s'est dissipée depuis lors, l'expertisé étant psychiquement équilibré et ne présentant aucune particularité à la date à laquelle la consultation a eu lieu (5 juillet 2013). A l'appui, l'expert invoque aussi le rythme régulier de l'organisation des journées de l'assuré, la capacité qu'il montre à s'adapter à son nouveau domicile (dès mars 2013, dossier [dos.] AI 33) et d'y nouer des contacts, le fait qu'il ait une pratique sportive et conduise sa voiture, comportements non conciliables avec une

dépression significative (voir aussi dos. AI 56.1/5, déclarations du recourant: réalisation du projet du recourant et de son épouse de changer de domicile à la retraite, nouveau cercle de connaissances, nouveau médecin traitant mais conservation du psychiatre traitant, promenades, natation, passion de longue date pour le piano, visites chez le père et les enfants, contacts étroits aussi avec le petit-fils ou la petite fille [Enkelkind], dont les parents avaient du reste annoncé une visite prochaine lors de l'expertise). L'expert observe également que l'assuré, qui prend ses médicaments et se sent mieux, ne poursuit plus son traitement psychiatrique qu'à raison d'une consultation par mois, ce qui est suffisant. En revanche, l'expert constate aussi la présence de facteurs défavorables, étrangers à l'atteinte à la santé, consistant dans une phase prolongée d'inactivité professionnelle après son licenciement, des craintes quant à sa situation financière à venir, une épouse souvent dépressive et un manque de motivation à reprendre une activité professionnelle hors de son domicile. En fonction de ces constatations et de l'ancienne jurisprudence valable au moment de la rédaction de son rapport, l'expert psychiatre arrive à la conclusion que, sauf pour ce qui est des deux phases limitées dans le temps précitées au cours desquelles la dépression décrite était présente, la présomption d'exigibilité l'emportait et que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail sans diminution de rendement.

**4.2.3** Dans leur évaluation interdisciplinaire commune, les deux experts ont conclu à une pleine capacité de travail du recourant dans une activité légère en position variée, n'impliquant pas de mauvaise position statique prolongée de la colonne vertébrale ni une charge importante du squelette. Ils reconnaissent une incapacité de travail du recourant d'environ 20% d'octobre 2008 à mars 2009 et de décembre 2012 à mars 2013.

**4.3** Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire précitée en invoquant en substance que les experts formulent leurs conclusions de façon forfaitaire, en écartant les conclusions de ses médecins traitants figurant au dossier, soit son (ancien) médecin généraliste, le spécialiste en médecine interne et rhumatologie l'ayant traité, ainsi que son psychiatre traitant. Il se réfère aux trois rapports ci-dessous, émis par les praticiens en question.

**4.3.1** Dans son rapport le plus récent établi le 1<sup>er</sup> février 2013 à l'attention de l'Office AI Berne, le spécialiste en médecine interne et rhumatologie indique que son patient souffre de lombalgies depuis de très nombreuses années et de cervico-brachialgies bilatérales ces dernières années, et a été opéré d'une hernie discale en 1986. Il diagnostique un syndrome lombovertébral et un syndrome cervical bilatéral sans signe radiculaire, ainsi que des signes évocateurs d'un tunnel carpien, et ne relève aucune restriction psychique ou mentale, mais retient des restrictions physiques liées aux problèmes susmentionnés. Quant à la capacité de travail et à son évolution, il déclare qu'il lui est impossible de se prononcer, mais que l'activité de concierge ne lui paraît actuellement pas compatible avec l'état de son patient, qu'il est trop tôt pour juger de l'évolution et du résultat du traitement actuellement en cours, mais qu'un reclassement professionnel dans une activité adaptée lui paraît indispensable.

**4.3.2** L'ancien généraliste traitant du recourant diagnostique pour sa part, dans son rapport adressé le 11 février 2013 à l'Office AI Berne, une hernie discale en 1986 et un syndrome lombo-dorso-cervico-vertébral présent depuis la même année, une opération de bypass en chirurgie cardiaque en 2011 (recte: il s'agissait non pas d'un bypass cardiaque, mais intestinal), un diabète de type II et une hypertension artérielle disparus après l'opération de bypass, et un état dépressif. Il est d'avis qu'on ne doit pas s'attendre à des améliorations, indique que son patient a connu de nombreux arrêts de travail de courte durée ces dernières années et lui atteste une incapacité de travail totale continue depuis le 15 octobre 2012.

**4.3.3** Dans un rapport du 19 décembre 2013, postérieur à l'expertise, le psychiatre traitant déclare traiter le recourant depuis le 13 janvier 2009 dans le cadre d'un état dépressif anxieux chronifié sur fond de personnalité névrotique à composantes phobiques de structure fixe et définitive. Il estime que l'atteinte en question a pour effet que la capacité de travail de son patient ainsi que sa rentabilité au sens professionnel des termes sont totalement et définitivement annulées, et qu'au vu de la situation décrite et objectivée, aucune reprise d'activité professionnelle n'est et ne sera possible, et ce, définitivement. Le praticien évoque plusieurs causes concomitantes de l'incapacité de travail, consistant d'une part dans le

trouble psychiatrique mentionné, à savoir l'état dépressif-anxieux chronifié avec toutes les répercussions cliniques et symptomatologiques que cet état peut induire et une énumération d'une quinzaine de limitations psychiques (par ex.: fatigue, angoisses, anhédonisme, douleurs, tristesse), et d'autre part les composantes physiques, lombalgies, cervicalgies et autres troubles somatiques existants, lesquels peuvent être intensifiés en raison de la pathologie psychiatrique, et ce malgré la compliance du patient. Il déclare encore que malgré l'application du traitement psychiatrique ambulatoire intégré comprenant un traitement médicamenteux, une reprise d'une activité professionnelle n'apparaît pas envisageable, la prise en charge permettant une relative stabilisation de l'état de santé du patient, mais non pas une guérison.

**4.4** Cela étant, il faut tout d'abord retenir que l'expertise bidisciplinaire précitée des 24 et 31 juillet 2013 ainsi que 6 août 2013 répond aux exigences formelles posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (voir ci-dessus c. 3.6). Elle s'appuie tout d'abord sur le résultat des examens personnels spécialisés complets de l'assuré, prenant en considération tous les avis médicaux antérieurs. Elle s'inscrit par ailleurs dans un contexte médical défini que les experts ont veillé à rendre aussi concret et exact que possible en établissant les anamnèses personnelle, sociale, familiale et professionnelle complètes de l'assuré. Elle prend en compte les plaintes subjectives de ce dernier, analysant leurs tenants et leurs aboutissants. Les observations émises dans ce contexte, discutées et étayées, ont ensuite été intégrées dans l'évaluation finale bidisciplinaire de la capacité de travail à laquelle ont procédé les experts, dont rien ne permet de douter des qualifications. Les avis des autres praticiens consultés jusqu'alors ont été résumés par les experts et commentés si nécessaire. Les conclusions de l'expertise sont bien détaillées, s'avèrent logiques et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes dans la genèse de l'expertise.

Il s'ensuit que les avis médicaux invoqués par le recourant ne sauraient être à même de mettre en doute les conclusions des experts. D'une part, ils ont été pris en considération par les experts. D'autre part, ils proviennent

de médecins traitants, qui, en raison de la relation de confiance avec leur patient, peuvent avoir fait preuve d'une certaine bienveillance lors de l'estimation de la capacité de travail (ATF 125 V 351 c. 3b/cc). Enfin, s'agissant de cette dernière, force est de constater que le spécialiste en médecine interne et rhumatologie ayant traité le recourant, dans son rapport du 1<sup>er</sup> février 2013, envisage certes un reclassement professionnel, mais renonce expressément à se prononcer sur la capacité de travail, alors que son confrère généraliste, dans le rapport du 11 février 2013, se contente de cocher laconiquement la case de réponse négative à la question de l'éventualité d'une reprise de l'activité professionnelle et d'une amélioration de la capacité de travail figurant dans le questionnaire de l'Office AI Berne, sans autre motivation ni précision particulière. Quant à l'évaluation de la capacité de travail effectuée par le psychiatre traitant, qui conclut catégoriquement et sans nuance ni fluctuations à l'absence totale et définitive de possibilité de reprise d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit, tant dans son rapport du 11 février 2013 que dans celui du 19 décembre 2013 (postérieur à l'expertise), elle ne convainc pas. Comme l'expert psychiatre le relève (dos. AI 56.1/12), les diagnostics posés ne se fondent pas sur un système de classification reconnu, tel que la CIM-10. Or, comme déjà exposé plus haut (c. 3.3), aux termes de la jurisprudence, la reconnaissance éventuelle d'un trouble somatoforme douloureux, qui plus est de caractère persistant, présuppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un psychiatre s'appuyant dans les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu. En outre, le psychiatre traitant concède l'existence d'une pathologie globale psychique et physique complexe, mais n'explique pas pourquoi il fonde son évaluation uniquement sur un trouble dépressif-anxieux et ne discute pas les limitations qui pourraient être couvertes par le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Il aboutit ainsi à une incapacité de travail totale et définitive de son patient dans toute activité fondée sur un trouble psychiatrique, alors qu'il indique lui-même dans son premier rapport du 11 février 2013 que la situation s'était stabilisée en décembre 2012, après l'apparition de troubles anxio-dépressifs en janvier 2009, troubles qui seraient réapparus depuis décembre 2012 à la suite de son licenciement, description qui est plutôt compatible avec une forme de dépression réactive, ce qui a du reste été admis, pour deux périodes, par l'expert. Enfin, l'avis du 19 décembre 2013,

rédigé à la demande de la mandataire du recourant à cette époque, ne saurait avoir une force probante supérieure à l'expertise organisée par l'intimé au vu du caractère péremptoire, catégorique et sans limite dans le temps de l'appréciation de l'(in-)capacité de travail, alors même que le praticien y relève une stabilisation de l'état de santé de son patient. Il en va de même des six certificats médicaux des 5 et 29 août, 3 octobre et 10 novembre 2014 par lesquels le psychiatre traitant atteste uniquement la persistance de l'incapacité de travail ainsi que, à l'intention des services sociaux, du nouveau lieu de domicile, l'incapacité de l'assuré à assumer un déménagement et, d'une façon quelque peu surprenante par rapport à la liste des limitations figurant dans l'avis du 19 décembre 2013, la nécessité de pouvoir continuer à bénéficier de l'usage de sa voiture.

Le dernier avis médical produit par le recourant, soit le certificat établi le 11 décembre 2014 par sa nouvelle généraliste traitante, indique en substance que le patient souffre au premier plan d'un état dépressif et de douleurs invalidantes au niveau de son épaule gauche et du dos et que son traitement est en cours d'adaptation. La praticienne précise qu'elle n'a pas prescrit d'arrêt de travail, mais que le patient ne lui semble pas apte à une activité professionnelle. Au vu de son caractère laconique, et au demeurant réservé, concernant une incapacité de travail de longue durée du recourant, cette attestation ne remet pas non plus en cause les conclusions des experts pour la période ici litigieuse.

## **5.**

**5.1** Au vu de l'ensemble de ce qui précède, une valeur probante entière peut être reconnue à l'expertise bidisciplinaire de juillet/août 2013. Cette appréciation est par ailleurs confirmée par un spécialiste en médecine interne du SMR (prise de position du 14 mars 2014).

Certes, eu égard à l'époque où elles ont été élaborées, les conclusions proposées par les experts, sur le plan juridique, se réfèrent à l'ancienne jurisprudence fondée sur le modèle de la présomption. Toutefois, l'expertise mise en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perd pas d'emblée toute valeur probante et, en l'occurrence, dans le cadre

de l'examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce ainsi que des griefs soulevés, il est conforme au droit fédéral de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants pour les appliquer aux nouvelles exigences ( ATF 141 V 281 c. 8 et 137 V 2010 c. 6). En effet, le rapport d'expertise de juillet/août 2013 met l'accent sur les limitations et les ressources du recourant dans sa vie quotidienne. Il fait aussi mention de l'incompatibilité entre l'ampleur des plaintes et les observations de mouvements non entravés, même dans la nuque (dos. AI 57.1/6), et les constats objectifs de déficit organique. Il montre de plus le caractère fluctuant et vague des maux décrits (douleurs plutôt lombaires, puis plutôt cervicales et à nouveau surtout lombaires, troubles plus nocturnes et matinaux que diurnes, extension des maux après les opérations aux poignets et de deux doigts à ressaut puis, aussi, selon les observations personnelles du 6 janvier 2014 du recourant sur le préavis, quant au bypass gastrique, qui pourtant, selon les avis médicaux, a conduit à une perte de poids d'environ 30 kg et à une normalisation de l'hypertension artérielle, du diabète et de l'hypercholestérolémie). Le rapport permet tout à fait une appréciation concluante du cas à l'aune des nouveaux indicateurs déterminants, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner une instruction complémentaire. Au niveau du diagnostic, les experts ont mis en évidence suffisamment d'éléments (durée et caractère, notamment hypocondriaque, des plaintes, influencées par des circonstances existentielles, en présence d'un substrat somatique partiel en soi de peu d'ampleur) pouvant étayer l'admission d'un trouble somatoforme douloureux à caractère persistant, malgré certains signes d'incohérence et la conviction du recourant qu'il a longuement travaillé, et cotisé, et qu'il n'a plus sa place sur le marché de l'emploi. Quant à leurs conclusions relatives à l'incapacité de travail, que les experts, hormis pour deux périodes, ont limitée aux seules répercussions liées au diagnostic orthopédique, elles découlent aussi logiquement de leurs observations médicales et de l'anamnèse. Le recourant souffre d'atteintes fonctionnelles vertébrales. Cependant, les activités décrites par le profil médical et les indicateurs fournissent les éléments nécessaires pour corroborer l'avis des experts, même sous l'empire de la grille d'évaluation préconisée par la nouvelle jurisprudence. Le caractère incapacitant (et invalidant) du trouble somatoforme, même qualifié de persistant, peut être exclu eu égard à l'absence d'autres

atteintes déterminantes, aux ressources personnelles et au contexte social, aux capacités d'adaptation, de même qu'en considération du niveau d'activité décrit dans le déroulement du quotidien ou au comportement relevé au cours de l'expertise. Cela vaut malgré l'absence de formation professionnelle et de place de travail, et en dépit des troubles dépressifs de l'épouse et des soucis financiers.

**5.2** De plus, le fait, invoqué par le recourant, que l'assureur d'indemnité perte de gain en cas de maladie ait poursuivi le versement de ses prestations jusqu'à leur épuisement (en reconsidérant sa décision d'arrêt des indemnités journalières fixé au 1<sup>er</sup> février 2014) ne saurait influencer en sa faveur sur l'issue de la présente procédure. En effet, il s'agit-là d'une assurance collective conclue par l'employeur du recourant conformément à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA, RS 221.229.1), qui garantit pendant une durée limitée (en l'espèce: 730 jours au maximum) l'indemnisation de l'assuré en cas d'incapacité de travail dans le cadre de son emploi. L'objet de l'assurance ne consiste donc pas dans une invalidité au sens de l'art. 8 al. 1 LPGA, soit une incapacité de gain de longue durée (voir ci-dessus c. 3.1), mais bien plus dans une incapacité de travail de durée limitée dans l'activité habituelle de l'assuré à un poste de travail déterminé. Il s'ensuit que le recourant ne peut tirer argument de la reconsidération opérée par l'assureur perte de gain en date du 13 février 2014 et de la poursuite du versement de l'indemnité journalière par ce dernier jusqu'au 14 octobre 2014 (dos. de l'assureur perte de gain en cas de maladie: notamment II 1, 2 et 8).

## **6.**

**6.1** Dès lors, sur la base probante de l'expertise de juillet/août 2013, on parvient au résultat intermédiaire, qu'à tout le moins jusqu'à la date déterminante de la décision contestée (ATF 130 V 138 c. 2.1), le recourant n'a connu une diminution de 20% de sa capacité de travail qu'à deux reprises pour une durée limitée, d'octobre 2008 à mars 2009 et de décembre 2012 à mars 2013, en raison d'épisodes dépressifs. Pour le surplus, il dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité

adaptée légère, telle que décrite par les experts, permettant des positions variées et n'exigeant pas de charge inadéquate prolongée de la colonne vertébrale.

Il reste à évaluer le degré d'invalidité. L'Office AI Berne, en procédant à une comparaison des revenus avec et sans handicap, arrive à un degré d'invalidité de 29%, qui ne donne pas droit à une rente. Le recourant, qui en tout état de cause exclut une capacité résiduelle de travail de plus de 49%, au stade du calcul de l'invalidité, fait valoir que compte tenu de son âge, il n'a de toute façon plus aucune chance de retrouver un travail.

**6.2** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être prises en compte (ATF 129 V 222).

Pour déterminer le revenu de personne valide, il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser sans atteinte à la santé, selon un degré de vraisemblance prépondérante, au moment du début potentiel du droit à la rente. Il y a lieu en règle générale de prendre pour base le dernier salaire gagné par la personne assurée, en l'adaptant le cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires réels (ATF 139 V 28 c. 3.3.2, 134 V 322 c. 4.1).

Lorsque, depuis la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'a plus exercé d'activité lucrative, ou du mois plus d'activité exigible adaptée à son état de santé, l'évaluation du revenu d'invalidité peut se fonder, selon la jurisprudence, sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS; ATF 139 V 592 c. 2.3; SVR 2014 IV n° 37 c. 7.1).

**6.3** Le recourant ayant déposé sa demande de prestations AI le 19 décembre 2012, un droit à une rente pourrait prendre naissance six mois plus tard, soit à partir du 1<sup>er</sup> juin 2013 (art. 29 al. 1 et 3 LAI). Une incapacité de travail de 40% au moins est attestée à l'assuré, sans interruption notable, à partir du 15 octobre 2012 (dos. AI 31 et 35). Le délai d'attente d'un an de l'art. 28 al. 1 let. b LAI n'était donc échu qu'au 14 octobre 2013 et c'est donc dès ce mois, au plus tôt, qu'un droit à une rente pourrait naître. Il en découle que, d'une part, l'année de référence pour procéder à la comparaison des revenus est donc 2013 et que, d'autre part, même en considération de l'art. 88a al. 1 RAI, qui permet de répercuter les conséquences d'une amélioration de l'état de santé sur le droit à la rente en les différant de trois mois, les deux périodes d'incapacité de travail de 20% admises par l'expertise ne peuvent pas influencer sur le calcul du degré d'invalidité auquel il y a lieu de procéder dans la présente cause (la plus récente des périodes d'incapacité de travail s'étant achevée en mars 2013).

**6.4** En ce qui concerne le revenu sans invalidité, l'intimé s'est basé à juste titre sur le salaire effectivement perçu par l'assuré dans son activité de concierge. En effet, on peut retenir selon une vraisemblance prépondérante (degré de preuve usité en droit des assurances sociales; voir c. 3.3 ci-dessus et ATF 138 V 218 c. 6) que le recourant, sans ses problèmes de santé, aurait conservé son emploi et continué à percevoir ce revenu (ATF 139 V 28 c. 3.3.2; TF 9C\_740/2013 du 13 mars 2014 c. 4.2 a contrario). Selon les indications de l'employeur, ce revenu annuel se montait à Fr. 79'220.- en 2012 et serait demeuré inchangé en 2013 (dos. AI 31).

## **6.5**

**6.5.1** Pour ce qui est du revenu d'invalidité à prendre en considération, contrairement à ce qu'invoque le recourant, on ne peut mettre en doute la décision contestée parce qu'elle ne tiendrait pas compte de son âge avancé dans l'évaluation de son invalidité. Au cas particulier, il faut en effet écarter l'application de la jurisprudence qui permet, bien que l'âge en soi représente un facteur étranger à l'invalidité, de considérer que, pour certains assurés âgés et dans des conditions particulières, le marché du

travail n'est plus à même d'offrir des emplois légers, adaptés et correspondant au profil requis. En l'occurrence, il faut constater que, de manière réaliste, les limitations fonctionnelles handicapantes du recourant (syndromes douloureux lombaire, lombospondylogène, cervical et cervicospindylogène, sans implications radiculaires), très répandues même chez de nombreux assurés plus jeunes que lui, lui laissent encore un choix important d'emplois non qualifiés lui offrant la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain sur un marché du travail équilibré. Rien ne permet de penser qu'il serait inexigible de sa part de retrouver un tel travail (ATF 138 V 457 c. 3.1 et références). Cela est d'autant plus vrai que l'âge à prendre en considération correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice d'une activité lucrative était médicalement exigible (ATF 138 V 457 c. 3.3), soit en l'espèce l'expertise bidisciplinaire de juillet/août 2013. A cette époque, le recourant était âgé de 56 ans et se trouvait donc encore loin de l'âge de la retraite, contrairement à la situation ayant prévalu dans l'arrêt du TF 9C\_734/2013 qu'il invoque, où il s'agissait d'un assuré âgé de 62 ans. L'application à son cas de la jurisprudence relative aux assurés âgés n'entre donc de toute façon pas en considération (voir aussi les arrêts du TF 9C\_52/2014 du 28 mai 2014 c. 3 et 9C\_918/2008 du 28 mai 2009 c. 4.2.2, 9C\_437/2008 du 19 mai 2009 c. 4 et I 819/04 du 27 mai 2005 c. 2.2, confirmés dans l'arrêt 9C\_88/2013 du 4 septembre 2013 c. 4.3). Contrairement à ce qu'il avance également, sauf circonstances exceptionnelles non réalisées en l'occurrence (ATF 130 V 138 c. 2.1, 116 V 80 c. 6b), le juge des assurances sociales doit apprécier la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue et il ne peut se fonder sur l'évolution ultérieure de la situation (jusqu'à la date du jugement) qui, le cas échéant, doit faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 130 V 138 c. 2.1). Une réduction de la capacité de travail résultant de l'évaluation des experts due à l'âge ne se justifie pas non plus, les experts ayant fondé leurs conclusions sur l'ensemble de l'état de santé, sans négliger les restrictions inéluctables liées à l'âge. Enfin, il faut préciser que selon le principe voulant qu'aucune rente ne peut être octroyée avant que les mesures de réadaptation n'aient été suivies (art. 29 al. 2 LAI; ATF 126 V 41 c. 5 avec références citées), l'administration peut statuer sur le droit à la rente, si ce dernier ne peut plus être influencé par d'éventuelles mesures

professionnelles à venir, ainsi notamment lorsque le degré d'invalidité retenu n'ouvre de toute façon pas le droit à une rente (TF I 428/04 du 7 juin 2006 c. 5.2.2, I 151/05 du 9 août 2005 c. 1.1). Or, tel est bien le résultat auquel est parvenu l'intimé au cas d'espèce. Si le recourant veut l'appui de l'intimé pour des mesures d'ordre professionnel, il lui incombe de déposer une demande dans ce sens.

**6.5.2** L'intimé s'est, à bon droit, fondé sur l'ESS (voir c. 6.2 ci-dessus) pour déterminer le revenu d'invalidé. La table applicable est consultable sur le site internet de l'OFS ([www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch); lettre circulaire AI n° 328 du 22 octobre 2014 publiée par l'OFAS). Selon l'ESS 2012, le montant du revenu annuel à prendre en compte est donc de Fr. 62'520.- (TA1, total, hommes, niveau 1 [nouvelle méthode de classification des compétences dès l'ESS 2012], Fr. 5'210.- par mois 12 fois l'an). Indexé à 2013, le revenu annuel est de Fr. 63'020.- (Table T39 publiée par l'OFS concernant l'évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 1976-2014, hommes, variation 2013 par rapport à 2012: 0,8%). Ce résultat doit encore être adapté au temps de travail hebdomadaire usuel en 2013, soit 41,7 heures (ATF 126 V 75 c. 3b/bb; statistique [DNT, durée normale du travail] également accessible à partir du site internet de l'OFS), ce qui correspond à un salaire hypothétique d'invalidé de Fr. 65'698.- (Fr. 63'020.- x 41,7 / 40). Pour tenir compte du fait que le travailleur invalide, lorsqu'il accomplit un travail non qualifié, reçoit en règle générale, même sur un marché du travail équilibré, un salaire inférieur à celui d'un salarié valide, l'Office AI a retranché un abattement de 10% en raison des restrictions admises par les experts médicaux. Ce faisant, par rapport au taux maximal de 25%, l'intimé n'a à tout le moins pas outrepassé son pouvoir d'appréciation (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2011 IV n° 31 c. 4.1.1). Le revenu d'invalidé à prendre en compte est ainsi ramené à Fr. 59'128.-, ce qui correspond à un degré d'invalidité de 25%, insuffisant pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité. L'usage de l'ESS 2010, tel qu'utilisé par l'intimé, indexé à 2013, conduit par ailleurs également à un degré d'invalidité inférieur à 40% (TA1, 2010, total, hommes, niveau 4, Fr. 4'901.- x 12 x 2'204 / 2'151 [selon table T39] x 41,7 / 40 = Fr. 62'822.-, diminué d'un abattement de 10% = Fr. 56'540.-, correspondant à un degré d'invalidité de 29%).

## 7.

**7.1** Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre qu'après sa première décision négative du 12 mai 2009, mais cette fois après un examen matériel complet du droit, l'intimé a de nouveau refusé d'octroyer une rente d'invalidité au recourant. Ce second refus résiste à l'examen du Tribunal, même en considération de l'arrêt de principe sur les troubles somatoformes douloureux et les troubles psychosomatiques comparables rendu par le TF le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), soit postérieurement à la décision ici contestée. Le recours doit, partant, 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. En l'espèce, les frais de procédure sont fixés à Fr. 700.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Ils sont mis à la charge du recourant, qui n'obtient pas gain de cause, et compensés avec son avance de frais.

**7.3** Le recourant, qui succombe, ne peut prétendre au remboursement de ses dépens ou à une indemnité de partie (art. 61 let. g LPGA; art. 104 al. 1 et 2 et 108 al. 1 et 3 LPJA).

### **Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à la charge du recourant et sont compensés avec son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

4. Le présent jugement est notifié (R):

- au mandataire du recourant,
- à l'intimé,
- à la [...],
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

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).