

200.2017.49.AI

BEP/BEJ

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

Jugement du 16 mai 2018

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 1^{er} décembre 2016

En fait:

A.

A. _____, né en 1963, marié et père de famille, a travaillé en dernier lieu en tant que carreleur jusqu'au 17 novembre 1997; il n'a plus repris d'activité lucrative depuis lors. Le 5 août 1998, il a déposé une demande de rente de l'assurance-invalidité (AI), indiquant souffrir d'une hernie discale L5/L4 opérée, ainsi que d'un déficit neurologique à la jambe gauche. Après instruction de la cause par l'Office AI Berne, un renvoi du dossier par le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) pour instruction complémentaire (JTA AI/2000/5231 du 23 mars 2001) et un nouveau recours de droit administratif contre une décision de l'Office AI Berne lui allouant une demi-rente à partir du 1^{er} novembre 1998, le TA, dans un deuxième jugement du 21 octobre 2003 (JTA AI/2002/5640), a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité depuis novembre 1998. Lors de deux premières procédures de révision d'office en mai 2004 et en juin 2008, l'Office AI Berne a reconduit le droit de l'assuré à une rente entière. En juillet 2012, une nouvelle procédure de révision d'office de la rente a été entreprise. Après avoir notamment recueilli une expertise psychiatrique, l'Office AI Berne, par décision du 9 octobre 2013, a prononcé la suppression de la rente d'invalidité de l'assuré. Dans un jugement du 24 octobre 2014 (JTA AI/2013/1002), le TA a annulé cette décision, considérant qu'elle avait été rendue sans que l'intimé ait préalablement mis en œuvre les mesures d'observation professionnelle et/ou de réadaptation permettant de s'assurer que le recourant était à même de mettre à profit la capacité de travail qui lui est reconnue médicalement sur le marché du travail; en conséquence, la cause a été renvoyée à l'intimé pour qu'il procède à de telles mesures.

B.

Saisi à nouveau du dossier, l'Office AI Berne a organisé un stage d'observation professionnelle dans une institution spécialisée du 5 janvier au 2 avril 2015, afin de déterminer les possibilités de réinsertion de

l'assuré. En raison d'une incapacité de travail attestée par son médecin traitant, l'assuré a néanmoins interrompu le stage en question le 8 janvier 2015. Sur ces entrefaites, l'Office AI Berne, après avoir consulté son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), a procédé à une expertise bidisciplinaire neurologique et psychiatrique afin d'évaluer l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré depuis l'expertise psychiatrique du 11 mai 2013, sur laquelle s'est basé le TA dans son jugement du 24 octobre 2014. Les experts mandatés à cet effet ont rendu leurs rapports respectifs en date des 14 mars et 5 avril 2016. Par la suite, l'Office AI Berne a rendu l'assuré attentif à son obligation de réduction du dommage et l'a invité à reprendre la mesure professionnelle interrompue, ce qu'il a fait le 12 mai 2016. Alors que le stage était prévu jusqu'au 10 juillet 2016, l'assuré a de nouveau été mis en incapacité de travail totale dès le 25 mai 2016 par son psychiatre traitant, raison pour laquelle le déroulement du stage a été abandonné le 27 mai 2016. De ce fait, par décision du 5 août 2016, entrée en force, l'Office AI Berne a nié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles.

Par préorientation du 17 août 2016, l'Office AI Berne a ensuite informé l'assuré qu'il entendait diminuer sa rente entière à un quart de rente d'invalidité. Il a considéré que selon les dernières expertises médicales effectuées en mars et avril 2016, il était exigible de la part de l'assuré de vaquer à une activité lucrative légère permettant de changer de position et que sur cette base, le degré d'invalidité résultant d'une comparaison des revenus sans et avec invalidité n'était plus que de 43%. Nonobstant les objections présentées le 19 septembre 2016 par le mandataire de l'assuré, prise de position du 22 août 2016 de son psychiatre traitant à l'appui, l'Office AI Berne a rendu, le 1^{er} décembre 2016, une décision formelle identique à sa préorientation du 17 août 2016, retirant en outre l'effet suspensif à un éventuel recours.

C.

Par acte du 16 janvier, complété le 18 janvier 2017, toujours représenté par le même mandataire, l'assuré a recouru auprès du TA contre la décision du

1^{er} décembre 2016 précitée. Sous suite des frais et dépens, il conclut à son annulation, principalement à la continuation du droit à une rente entière et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire par le biais d'une expertise médicale pluridisciplinaire approfondie.

Dans son mémoire de réponse du 24 février 2017, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours.

Le 6 mars 2017, le mandataire du recourant a produit sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 1^{er} décembre 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et, en retirant l'effet suspensif à un éventuel recours, prononce la diminution de la rente entière d'invalidité du recourant à un quart de rente dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. Au vu des motifs du recours, l'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et la poursuite du versement d'une rente entière. Est particulièrement critiqué le caractère probant de l'expertise bidisciplinaire des 14 mars et 5 avril 2016, sur la base de laquelle l'intimé a retenu une amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant.

1.2 Interjeté en temps utile et 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 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 TA 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 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). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante pour l'incapacité de gain, 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).

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'art. 28 al. 2 LAI, 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. 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).

2.2 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 malade, 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 2014 IV n° 2 c. 3.1, 2016 IV n° 2 c. 4.2). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

2.3 Selon l'art. 7 al. 1 LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). Il doit ainsi participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant au maintien de son emploi actuel, à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à une activité comparable (travaux habituels). Il s'agit en particulier de mesures d'intervention précoce, de mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, de mesures d'ordre professionnel, de traitements médicaux au sens de l'art. 25 LAMal et de mesures en vue d'une nouvelle réadaptation destinées aux bénéficiaires de rente (art. 7 al. 1 et 2 LAI). Est réputée raisonnablement exigible toute mesure servant à la réadaptation de l'assuré, à l'exception des mesures qui ne sont pas

adaptées à son état de santé (art. 7a LAI). L'administration doit déterminer d'office, aussi bien lors du premier examen d'une demande de prestations que lors d'un cas de révision, si des mesures de réadaptation doivent être entreprises, avant d'octroyer ou confirmer une rente (VSI 1997 p. 36 c. 4a). Si l'assuré manque aux obligations prévues à l'art. 7 LAI ou à l'art. 43 al. 2 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée (art. 7b al. 1 LAI en relation avec l'art. 21 al. 4 LPGA).

2.4 Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA; maintien de la jurisprudence développée sous l'empire de l'anc. art. 41 LAI en vigueur jusqu'à fin 2002: ATF 134 V 343 c. 3.5.2 et 3.5.4). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente. La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable. C'est notamment le cas d'une amélioration de la capacité de travail en raison de l'accoutumance ou de l'adaptation au handicap. Un motif de révision est, selon les circonstances, également donné lorsqu'une autre manière d'évaluer l'invalidité trouve application ou en cas d'évolution dans les travaux habituels (ATF 141 V 9 c. 2.3, 130 V 343 c. 3.5).

2.5

2.5.1 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 132 V 93 c. 4, 125 V 256 c. 4). 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 (voir l'art. 16 LPGA).

2.5.2 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).

2.5.3 L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 138 V 218 c. 6).

3.

3.1 Dans sa décision contestée et son mémoire de réponse, l'Office AI Berne a reconnu une entière valeur probante à l'expertise bidisciplinaire des 14 mars et 5 avril 2016. Sur cette base, il a retenu que du point de vue psychiatrique, aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail ne pouvait être posé et que l'état de santé du recourant n'avait donc pas changé depuis l'expertise psychiatrique du 11 mai 2013, dont le caractère probant avait été confirmé par le TA dans son jugement du 24 octobre 2014 (JTA précité AI/2013/1002 c. 4.4) et qui concluait que sur le plan psychiatrique, le recourant ne subissait plus d'incapacité de travail durable dans une activité adaptée tenant compte de l'atteinte somatique à la santé. Par ailleurs, se référant aux conclusions de l'experte neurochirurgienne dans son évaluation du 5 avril 2016, l'intimé a reconnu que sur le plan somatique, l'état de santé de l'assuré s'était légèrement détérioré depuis janvier 2015 en raison d'une hernie discale L4/5 à gauche, mais que malgré cela, une activité légère adaptée permettant de changer de position était encore exigible dans une mesure de 65%.

3.2 Pour sa part, le recourant dénie toute validité à l'expertise bidisciplinaire précitée, qu'il considère comme viciée sous l'angle formel, du fait que l'évaluation psychiatrique n'a été faite que par le biais d'une seule consultation ayant duré une heure et dix minutes et que l'expert psychiatre a rédigé son rapport en allemand alors que l'assuré est francophone. Par ailleurs, le recourant fait valoir des griefs matériels à l'encontre de l'expertise, dans le sens que l'absence d'atteinte à la santé psychique avec influence sur sa capacité de travail, constatée par l'expert psychiatre, serait en complète contradiction avec les avis médicaux de ses médecins traitants, en particulier de son psychiatre traitant, qui a quant à lui attesté une détérioration depuis la mi-mai 2015. Concernant le diagnostic de trouble somatoforme douloureux (TSD), évoqué au dossier par différents médecins, le recourant souligne aussi que son généraliste traitant a constaté une telle atteinte aggravée, que même l'expert psychiatre mandaté par l'intimé l'a mentionné, quoique sans lui prêter d'influence sur la capacité de travail, et que l'expertise pluridisciplinaire du 18 janvier 2002, sur la base de laquelle le TA lui avait reconnu un droit à une rente entière

dans son jugement du 21 octobre 2003 (JTA AI/2002/5640), avait diagnostiqué un TSD persistant ayant des répercussions sur sa capacité de travail. Le recourant conteste également les conclusions de l'experte neurochirurgienne, qu'il estime incohérentes, dans le sens que celle-ci, bien qu'elle ait diagnostiqué une récurrence de hernie discale L5/S1, une nouvelle hernie discale L4/L5 et une sciatique lombaire et qu'elle lui atteste une incapacité de travail totale en tant que carreleur, considère malgré tout que la situation neurologique n'a pas fondamentalement changé depuis l'année 2000 et qu'il dispose d'une capacité de travail de 60% à 65% dans une activité légère.

4.

Les avis médicaux postérieurs au jugement précité de la Cour de céans du 24 octobre 2014 (JTA AI/2013/1002) et figurant au dossier laissent apparaître essentiellement ce qui suit.

4.1 Sur le plan de la médecine générale et somatique, le généraliste traitant, dans un rapport du 28 septembre 2015, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un syndrome lomboradiculaire L5 à gauche avec hernie discale luxée L4/5 à gauche, un status après opération de hernie discale L5/S1 à gauche en 1998, ainsi qu'une évolution dépressive. Confirmant son rapport précédant du 29 juin 2015, il est d'avis qu'en égard à la hernie discale luxée L4/5 à gauche, en corrélation avec les symptômes radiculaires L5 à gauche et une parésie du pied gauche, une péjoration avérée de la symptomatologie douloureuse de son patient doit être constatée. Il lui atteste une incapacité de travail totale depuis le 31 janvier 2015 pour une durée indéterminée.

4.2 Sur le plan psychique, le psychiatre traitant a résumé son point de vue dans un rapport rédigé le 22 août 2016 à l'attention du mandataire du recourant à la suite de l'expertise bidisciplinaire des 14 mars et 5 avril 2016 et de la préorientation de l'intimé du 17 août 2016. Il déclare en substance que son patient est de bonne foi et n'a fait aucunement preuve de mauvaise volonté dans le cadre des mesures de réadaptation entreprises par l'intimé, qu'il se sent totalement incompris, rejeté et extrêmement

dévalorisé, et que les circonstances ayant conduit à l'octroi de sa rente d'invalidité sont les mêmes qu'aujourd'hui. Il précise que la composante psychiatrique de l'atteinte à la santé du recourant est actuellement plus intense que dans son rapport du 8 juin 2015, pour le surplus toujours d'actualité, et que son patient éprouve des angoisses accrues, des troubles dépressifs plus marqués, des sentiments de dévalorisation et des rejets intensifiés, alors que sa médication (inchangée quant au type de médicaments) a été renforcée dans sa posologie. Il indique aussi que son patient est stressé, paniqué, se réfugie chez lui, ne sort quasiment plus et manifeste des idées de rumination. Dans son rapport du 8 juin 2015, le praticien diagnostiquait, avec incidence sur la capacité de travail, un état dépressif-anxieux définitivement chronicisé sur fond de personnalité névrotique à fortes composantes phobiques. Il indiquait comme constatations objectives que le patient présentait effectivement une recrudescence de sa pathologie dépressive avec anhédonie, apathie, tendances au repli sur soi, sentiments de tristesse, manifestations d'angoisses avec crises paroxystiques surajoutées, troubles du sommeil, troubles de l'appétit et diminution de la libido, et qu'il manifestait en permanence une thymie triste et était replié, avec épisodes de pleurs intermittents. Il estimait son patient totalement incapable de travailler et déclarait que les notions de capacité de travail et de rentabilité professionnelle n'étaient absolument plus évocables, et ce définitivement.

4.3 Dans l'expertise bidisciplinaire des 14 mars et 5 avril 2016, les experts mandatés par l'Office AI Berne ont diagnostiqué, comme atteinte ayant une influence sur la capacité de travail, une lombo-ischialgie plus marquée à gauche, un status après opération de hernie discale L5/S1 à gauche en 1998, une mobilité diminuée de la colonne vertébrale lombaire, une récurrence de hernie discale L5/S1 à droite avec légère compression radiculaire S1 et une hernie discale L4/5 sans compression radiculaire. Sans influence sur la capacité de travail, ils ont constaté un status après opération de hernie inguinale à droite et après une ancienne problématique thyroïdienne, ainsi que, sur le plan psychiatrique, un soupçon de TSD persistant (ch. F45.4 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation

mondiale de la santé [OMS]) et des difficultés liées aux conditions économiques (ch. Z59 CIM-10).

4.3.1 Dans son évaluation très détaillée se référant aux avis médicaux antérieurs figurant au dossier, l'experte neurochirurgienne indique en substance que l'assuré se plaint subjectivement, actuellement, d'une lombo-ischialgie persistante à gauche, indépendante de la position qu'il adopte, mais moins marquée en étant couché. Elle décrit qu'il évoque aussi des douleurs à la cuisse droite, dont certaines ne sont néanmoins pas permanentes et moins dérangeantes. Contrairement à la situation qui prévalait en 2000 (lors de la première expertise de l'assuré qu'elle a effectuée en avril 2000) l'experte constate que l'irradiation douloureuse dans la jambe gauche concerne la partie latérale de la cuisse et du mollet, l'arête du tibia, de même que l'ensemble du pied gauche. L'experte précise que les troubles de la sensibilité allégués par le patient s'étendent dans toute la jambe gauche, y compris le fessier, ce qui correspondrait à un trouble radiculaire L4, L5 et S1, mais aucunement à la compression radiculaire S1 constatée dans l'examen par résonance magnétique (IRM) effectué. Elle relève qu'aucune parésie du pied ne peut être constatée. Sur le plan neurologique, l'experte constate une récurrence de hernie discale L5/S1 avec une légère compression radiculaire S1 des deux côtés, mais sans compression radiculaire L5 à gauche, et une résorption en grande partie de la hernie discale L4/5 constatée dans l'IRM du 7 janvier 2015. Elle est d'avis que des troubles résiduels après une affection radiculaire L5 à gauche résorbée sont possibles, mais pas d'une ampleur telle que décrite par l'assuré. Selon elle, les résultats des examens neurologiques et neuroradiologiques effectués ne peuvent aucunement expliquer une parésie du pied gauche, ni la prétendue impossibilité d'incliner la colonne vertébrale lombaire. Elle en conclut qu'il y a vraisemblablement lieu d'admettre une tendance à l'aggravation de la part de l'assuré en raison de la chronicisation de son atteinte à la santé, et qu'un examen électrophysiologique permettrait sans doute d'élucider l'existence d'une ancienne atteinte radiculaire L5, mais que celle-ci n'aurait de toute façon pas d'influence sur la capacité de travail. Sur ce point, elle estime qu'au vu des constatations neurologiques et neuroradiologiques actuelles, il est exigible de l'assuré de vaquer à une activité lucrative adaptée, avec une

limitation de port de charges jusqu'à 8 à 10 kg et sans position penchée durable, à raison d'un taux d'occupation de 60% à 65%, mais qu'en tant que carreur, une incapacité de travail de 100% doit être retenue. Elle souligne que l'incapacité de travail totale pour quelque activité que ce soit qui est documentée au dossier ne peut être expliquée actuellement, et qu'une telle estimation a sans doute été influencée par les indications du patient. Elle pose enfin un pronostic qui n'est pas défavorable concernant les troubles vertébraux, mais qui doit être relativisé en raison du TSD persistant soupçonné du point de vue psychiatrique.

4.3.2 Le spécialiste en psychiatrie, quant à lui, constate en substance dans son évaluation que l'atteinte douloureuse se situe au premier plan des troubles ressentis subjectivement par le recourant. Au vu du dossier, il relève que la hernie discale s'est renforcée et a touché les nerfs de la moelle épinière, ce qui peut expliquer que l'assuré souffre fréquemment de douleurs dorsales. Il observe néanmoins que les douleurs ont irradié dans des autres parties du corps et qu'au vu de la chronicisation des douleurs, quelques signes d'une interférence psychosomatique peuvent être distingués, dans la mesure où le patient est quelque peu fixé sur ses douleurs, qui constituent souvent sa préoccupation principale, et où il montre des craintes hypocondriaques modérées. L'expert considère que le fait que les douleurs ne soient pas permanentes et ne dépendent pas de problèmes existentiels, mais apparaissent lors d'efforts physiques, tend à infirmer le diagnostic de TSD, mais qu'un tel soupçon peut néanmoins être retenu. Il est d'avis que le côté psychogène de l'atteinte à la santé est peu marqué chez l'assuré, relevant qu'un trouble de l'adaptation et une dépression réactive avaient été diagnostiqués en 2002, mais que l'expertise psychiatrique entreprise en 2013 ne constatait plus d'état dépressif significatif, et qu'au cours de son examen psychiatrique, seule une faible psychopathologie avait pu être relevée. Il constate en outre la présence de facteurs défavorables étrangers à l'atteinte à la santé, consistant dans une absence d'activité lucrative depuis de nombreuses années, le manque de motivation à reprendre une telle activité, de la résignation et un gain secondaire dû à la maladie. Concernant la capacité de travail de l'assuré, l'expert n'atteste aucune limitation significative d'un point de vue psychiatrique, faute d'atteinte à la santé psychique. Il souligne

qu'un simple soupçon de TSD ne peut justifier une incapacité de travail, ce d'autant plus qu'une disproportion entre les fortes douleurs alléguées et les mimiques du patient est constatée.

5.

5.1 Le recourant conteste le caractère probant de l'expertise bidisciplinaire des 14 mars et 5 avril 2016 en avançant d'abord des critiques formelles, s'agissant de la langue du rapport psychiatrique, rédigé en allemand alors qu'il est francophone, et de la durée de une heure et dix minutes de l'entretien avec l'expert psychiatre, qu'il estime insuffisante.

5.1.1 Dès l'abord, on précisera que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF 9C_207/2012 du 3 juillet 2013), les exigences formelles de droit de participation des assurés définies par l'ATF 137 V 210 pour les expertises pluridisciplinaires doivent être étendues à l'organisation des expertises mono- et bidisciplinaires (à l'exception du système aléatoire de désignation du centre d'expertise, difficilement transposable aux choix d'experts non affiliés à un centre d'observation médicale de l'AI [COMAI]).

5.1.2 En l'espèce, il apparaît que le choix des experts (et des questions à leur poser) a fait l'objet d'un processus consensuel ou impliquant du moins la participation active de l'assuré (dossier [dos.] AI 165). Les experts initialement prévus par l'intimé ont d'ailleurs été remplacés, précisément parce qu'ils ne maîtrisaient pas le français (dos. AI 164), et les deux spécialistes finalement choisis avaient déjà été appelés à effectuer une expertise bidisciplinaire du recourant en 2000; ce dernier les connaissait donc. En pleine connaissance de ces éléments, à réception de la convocation, le recourant ne s'est nullement opposé à ce qu'ils soient mandatés, et il ne s'est pas non plus exprimé négativement immédiatement après les examens auxquels il a été soumis par les deux experts – ce, alors que les règles de la bonne foi impliquent que la personne assurée doit présenter ses objections le plus tôt possible après avoir pris connaissance des points déterminants de l'expertise envisagée (ATF 138 V 271 c. 1.1).

5.1.3 La jurisprudence a considéré que si la personne assurée entendait faire valoir, en procédure d'instruction en matière d'AI, un droit à l'exécution d'examens médicaux dans sa langue maternelle, il lui appartenait de le faire valoir en temps voulu auprès de l'organe compétent (SVR 2005 IV n° 12 = TF I 245/00 du 30 décembre 2003 c. 4.1.1 et références citées). En tout état de cause, un éventuel grief relatif au choix des experts ou à la langue de l'expertise, invoqué pour la première fois au stade de la préorientation adressée par l'Office AI à la personne assurée, apparaît douteux si la personne assurée a donné suite sans réserve à la convocation régulière d'un expert et n'a formulé aucune remarque au sujet du déroulement de l'expertise ou de la langue du rapport immédiatement après que l'expertise ait été effectuée et avant d'en connaître le résultat (TF 9C_7/2014 du 27 mars 2014 c. 4.1.1). Par ailleurs, le recourant indique lui-même qu'il s'est entretenu avec l'expert psychiatre en français; cela étant, le seul fait que le rapport d'expertise ait été rédigé en allemand ne saurait mettre en doute la valeur probante de ladite expertise, ce d'autant plus que le recourant est représenté en procédure par un mandataire professionnel maîtrisant l'allemand. Il est aussi patent, au vu de la formulation de son recours et de l'argumentation juridique avancée, que le mandataire du recourant a très bien compris le contenu des rapports de l'expertise bidisciplinaire en cause. En outre, il faut souligner que les mêmes experts avaient déjà été appelés à procéder à une expertise bidisciplinaire les 24 avril (neurochirurgie) et 8 mai 2000 (psychiatrie), qu'ils avaient déjà rédigé leurs rapports d'expertise en allemand à cette époque (dos. AI 21 et 22), et que l'assuré ne s'en était nullement plaint. Au surplus, il ne ressort pas des rapports des 14 mars et 5 avril 2016 des deux experts que des difficultés de compréhension linguistiques soient survenues lors des examens personnels du recourant; au contraire, à la lecture des deux rapports, on relève que les experts ont très bien compris les plaintes exprimées par leur patient et les ont prises en compte dans leur évaluation de son état de santé et de sa capacité de travail. Il serait dès lors en tous les cas contraire au principe d'économie de procédure d'annuler la décision contestée et de renvoyer la cause à l'intimé pour nouvelle expertise pour cette seule raison formelle, dans la mesure où la force probante de l'expertise bidisciplinaire des 14 mars et 5 avril 2016 n'en est nullement affectée. Cela étant, il faut retenir que l'intimé s'est conformé à la garantie

constitutionnelle de la non-discrimination du fait notamment de la langue et de la liberté de la langue (art. 8 al. 2 et 18 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 [Cst., RS 101]).

5.1.4 Comme le relève l'intimé dans son mémoire de réponse du 24 février 2017, la durée de l'examen médical entrepris n'est pas, à elle seule, déterminante pour la valeur probante d'une expertise, qui dépend bien plus de son exhaustivité et de la prise en compte de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, qui ressortent non seulement de l'examen personnel, mais aussi de l'étude du dossier (voir ci-dessus c. 2.5.1 et 2.5.2); à cet égard, le TF a considéré que la force probante d'un examen psychiatrique n'ayant duré qu'une vingtaine de minutes ne pouvait être niée pour ce motif (TF 8C_86/2015 c. 5.2 et références citées).

5.1.5 En conséquence, force est de constater que les experts en neurochirurgie et en psychiatrie désignés par l'intimé, chacun dans son rapport spécialisé et dans leur évaluation commune, ont rendu leurs conclusions en tenant compte des plaintes subjectives du recourant, de son anamnèse détaillée (personnelle, sociale, professionnelle et médicale) et des documents au dossier de la cause, en particulier des attestations et rapports des médecins traitants du recourant, généraliste et psychiatre. Ces résultats ont été arrêtés en pleine connaissance du dossier. La description du contexte médical est claire et les conclusions sont bien motivées. D'un point de vue formel à tout le moins, l'expertise bidisciplinaire répond dès lors aux exigences posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux.

5.2 Le recourant soulève par ailleurs des griefs matériels à l'encontre de l'expertise bidisciplinaire en cause.

5.2.1 Du point de vue psychiatrique, le recourant fait valoir qu'il souffre de dépression et d'anxiété depuis plus de 15 ans, comme l'expert psychiatre l'a également admis, mais aussi d'un TSD persistant. Se référant aux avis de son psychiatre traitant, il invoque que son état s'est encore détérioré, le trouble dépressif-anxieux dont il est atteint s'étant définitivement chronicisé et les symptômes qui en découlent ayant connu une aggravation depuis l'exacerbation de sa problématique dorso-lombaire. Il déclare que son

psychiatre traitant, qu'il consulte une fois par mois depuis plusieurs années, estime qu'aucune activité n'est exigible de sa part (voir ci-dessus c. 4.2). D'après lui, le diagnostic de ce dernier, qui a clairement établi une comorbidité entre les affections psychiatriques et physiques dont il souffre, semble plus fiable que celui posé en une heure et dix minutes par l'expert mandaté par l'AI.

L'expert psychiatre expose cependant très clairement les raisons pour lesquelles il estime devoir s'écarter de cette appréciation et conclure qu'aucun diagnostic psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail ne peut être retenu (voir ci-dessus c. 4.3.2). Ainsi, il rejoint et confirme les conclusions de l'expertise psychiatrique du 11 mai 2013 (dos. AI 109.1), sur laquelle s'est fondée la Cour de céans dans son jugement précité du 24 octobre 2014 (JTA AI/2013/1002) pour admettre un motif de révision de la rente entière du recourant. A cette époque, l'expert consulté avait en particulier relevé que les diagnostics de trouble de l'adaptation et de réaction dépressive prolongée ne pouvaient plus être posés, en l'absence de critères diagnostiques suffisants et à la suite d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré; par ailleurs, il avait considéré que si un TSD pouvait bel et bien être diagnostiqué, celui-ci ne présentait pas de caractère invalidant. Certes, eu égard à l'époque où elles ont été élaborées, les conclusions proposées par l'expert en 2013 se référaient à l'ancienne jurisprudence relative au caractère invalidant d'un TSD ou d'atteintes assimilées, fondées 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 et 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 210 c. 6). En effet, le rapport d'expertise du 11 mai 2013 met l'accent sur les limitations et les ressources du recourant dans sa vie quotidienne, qu'il décrit aussi en détail. Il permet tout à fait une appréciation concluante du cas à l'aune des nouveaux indicateurs déterminants (voir à cet égard l'ATF 141 V 281). Ces derniers, tels la consistance du diagnostic, l'absence d'autres atteintes psychiques déterminantes, l'anamnèse psychique et somatique posée, les

ressources personnelles et le contexte social et relationnel du patient, de même que le niveau d'activité dans le déroulement du quotidien relevé dans l'expertise et l'absence de place de travail, fournissent les éléments nécessaires pour corroborer l'avis de l'expert de l'époque quant à la capacité de travail du recourant, même sous l'empire de la grille d'évaluation préconisée par la nouvelle jurisprudence. Il s'ensuit que le TSD encore diagnostiqué dans l'expertise du 11 mai 2013 ne justifiait déjà plus en lui-même, à ce moment-là, une incapacité de travail. Par ailleurs, le volet psychiatrique de l'expertise bidisciplinaire du 14 mars 2016 expose de manière fondée l'évolution ultérieure de l'état de santé psychique du recourant, indiquant une amélioration, de telle sorte que la conclusion de l'expert de 2016, selon laquelle un TSD ne subsiste plus chez l'assuré que sous la forme atténuée du soupçon et n'est en tous les cas plus à l'origine d'une incapacité de travail, s'avère convaincante, selon un degré de vraisemblance prépondérante.

5.2.2 Le recourant conteste également la pertinence de l'expertise du point de vue neurochirurgical. Selon lui, les conclusions de l'experte sont incohérentes, dans la mesure où celle-ci estime qu'il dispose encore d'une capacité de travail résiduelle de 60% à 65% dans une activité légère, alors même qu'elle diagnostique plusieurs pathologies avec effet sur la capacité de travail, telles qu'une récurrence de la hernie discale opérée au niveau L5/S1, une nouvelle hernie discale légère au niveau L4/5, ainsi qu'une sciatique lombaire. D'après lui, il ressortirait clairement de l'expertise que son état de santé s'est sensiblement aggravé depuis l'année 2000, et il serait donc aberrant de réduire sa rente d'invalidité alors que l'expertise établirait qu'il est plus atteint qu'auparavant.

Le point de vue du recourant ne peut être partagé. En effet, il convient d'observer que pour reconnaître au recourant un droit à une rente entière d'invalidité depuis novembre 1998, le jugement du TA du 21 octobre 2003 (JTA AI/2002/5640) s'est essentiellement fondé sur un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 18 janvier 2002 d'un centre d'observation médicale de l'AI, dans lequel les experts consultés avaient diagnostiqué, avec répercussions sur la capacité de travail, un TSD persistant sous forme de lombosciatalgies bilatérales à prédominance gauche, ainsi qu'une réaction

dépressive prolongée. Quant au diagnostic somatique, également retenu, de status après résection d'une hernie discale avec syndrome radiculaire irritatif et sensitif, ils avaient considéré qu'il était sans influence sur la capacité de travail. Il s'ensuit qu'on ne saurait admettre d'incohérence dans les conclusions de l'experte neurochirurgienne dans son rapport du 5 avril 2016 concernant la capacité de travail résiduelle du recourant, car elle a bel et bien admis une péjoration de l'état de santé de l'assuré sur le plan purement somatique et qu'une incapacité de travail en découlait, alors qu'antérieurement, l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité du recourant n'était pas due à des facteurs somatiques, mais psychosomatiques (TSD) et psychiques (trouble dépressif) qui, eux, se sont améliorés au point de ne plus entraîner d'incapacité de travail, d'après le rapport probant de l'expert psychiatre du 14 mars 2016 cité plus haut (c. 5.2.1).

5.3 Au regard des conditions définies en la matière par la jurisprudence, pleine et entière valeur probante peut ainsi être reconnue à l'expertise bidisciplinaire des 14 mars et 5 avril 2016, qui est convaincante, se fonde sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assuré et repose sur un exposé clair des faits. Les conclusions des experts, dont rien ne permet de douter des qualifications, sont détaillées, bien étayées, s'avèrent logiques et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise. En outre, ils ont procédé eux-mêmes à un examen personnel du recourant et ont pris en compte les plaintes subjectives de ce dernier, ainsi que son anamnèse détaillée (personnelle, professionnelle, sociale et médicale), de même que l'ensemble des rapports médicaux antérieurs présents au dossier, en particulier ceux des médecins traitants. A cet égard, il faut par ailleurs observer que s'agissant des avis des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, le médecin de famille aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). Il n'en va pas seulement ainsi du médecin de famille praticien généraliste, mais également du spécialiste traitant et plus encore du médecin chargé d'une thérapie de la douleur en raison de son rapport de confiance particulier et de la nécessité

d'accepter, d'emblée et sans condition, la douleur exprimée (TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4). Au vu du dossier, il faut dès lors admettre que les avis du généraliste et du psychiatre traitants ne sont pas en mesure de faire naître des doutes sur l'appréciation des experts mandatés par l'AI quant à l'évolution de la capacité de travail du recourant.

5.4 Sur cette base, c'est dès lors à bon droit que l'Office AI Berne a considéré dans sa décision du 1^{er} décembre 2016 qu'une activité légère permettant de changer de position était exigible de la part du recourant dans une mesure de 65%, selon le profil d'exigibilité établi par les experts. A cet égard, il faut encore souligner que l'interruption en date du 25 mai 2016 du stage d'observation professionnelle prévu du 12 mai au 10 juillet 2016 ne permet pas de mettre en doute l'évaluation de la capacité de travail effectuée par les experts, dans la mesure où cette interruption s'est produite sur la base d'un certificat médical laconique du 25 mai 2016 du psychiatre traitant (dos. AI 192) n'indiquant en rien les raisons précises de l'incapacité de travail attestée, et n'étant de ce fait nullement en mesure de contredire l'appréciation dûment motivée de l'expert psychiatre dans son rapport du 14 mars 2016 (voir ci-dessus c. 4.3.2 et 5.2.1).

6.

En conséquence, à l'instar de ce que la Cour de céans avait déjà constaté dans son jugement précité du 24 octobre 2014 (JTA AI/2013/1002 c. 5), il faut retenir que par rapport à la situation qui prévalait le 21 octobre 2003, lors de l'octroi au recourant d'une rente entière par le JTA AI/2002/5640, un changement important de la situation réelle, susceptible de modifier le degré d'invalidité du recourant de façon déterminante pour le droit à la rente, est survenu. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA est donc donné. Sur la base de la capacité de travail de 65% dans une activité adaptée, telle que définie par les experts médicaux, il y a lieu d'évaluer le degré d'invalidité qui en résulte. A cet égard, il faut prendre en compte l'état de fait au moment de la décision de révision litigieuse (ATF 130 V 343 c. 3.5.2, 125 V 368 c. 2; SVR 2010 IV n° 53 c. 3.1), soit le 1^{er} décembre 2016.

6.1 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b).

6.2 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 déterminant à prendre en compte. 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).

En l'espèce, d'après les indications de l'ancien employeur du recourant, ce dernier a réalisé un salaire annuel de Fr. 62'684.- (arrondi) en 1996, dernière année complète où il a travaillé (voir JTA AI 2002/5640 précité c. 3.1.2). Ce revenu doit encore être adapté en fonction de l'indice suisse des salaires en 2016 – année de référence en l'occurrence – publié par l'Office fédéral de la statistique (OFS; ATF 129 V 408 c. 3.1.2; table T39, évolution des salaires nominaux pour les hommes, indice 1996 = 1811, indice 2016 = 2239 [base 1939 = 100]). Ce faisant, on obtient un *revenu hypothétique annuel sans invalidité* déterminant en l'espèce de Fr. 77'498.- (arrondi).

6.3 Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne intéressée (ATF 139 V 592 c. 2.3; SVR 2016 UV n° 13 c. 2.2). Conformément à l'art. 7 al. 2 LPGa, l'évaluation de l'incapacité de gain se fait exclusivement en fonction des atteintes à la santé; tel est aussi le cas lors d'une révision de rente

(art. 17 al. 1 LPGA). Egalement en cas de révision, lors de l'évaluation de l'invalidité, il ne faut donc pas tenir compte des obstacles à la réadaptation sans lien avec l'état de santé. Lorsque, depuis la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'a plus exercé d'activité lucrative, ou du moins plus d'activité exigible adaptée à son état, 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'OFS (ATF 142 V 178 c. 2.5.7, 139 V 592 c. 2.3; SVR 2016 UV n° 13 c. 2.2).

En l'espèce, le recourant n'exerçant plus d'activité lucrative adaptée à son état de santé, il se justifie de se fonder sur les données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS 2014, table TA, niveau 1 (tâches physiques ou manuelles simples), hommes, secteur 2 production, soit Fr. 65'460.-, qu'il faut indexer à 2016, ce qui donne Fr. 66'020.- (selon table T39 précitée, valeur "hommes": indice 2014: 2220, indice 2016: 2239). Compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures, soit une durée inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2016 (41,7 heures selon la statistique publiée par l'OFS), ce salaire hypothétique représente un revenu annuel déterminant de Fr. 68'826.- à plein temps (ATF 126 V 75 c. 3b/bb), soit pour le recourant, à raison d'une capacité de travail de 65%, Fr. 44'737.-.

6.4 Après comparaison avec le revenu sans invalidité de Fr. 77'498.- exposé plus haut (c. 6.2), il en résulte une perte de gain de Fr. 32'761.-, soit un degré d'invalidité de 42%, donnant droit à un quart de rente d'invalidité (voir ci-dessus c. 2.1). Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimé, dans sa décision du 1^{er} décembre 2016, a prononcé la diminution de la rente entière d'invalidité du recourant à un quart de rente, et ce dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, conformément à l'art. 88^{bis} al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201).

6.5 En l'espèce, le recourant a, selon la jurisprudence en la matière, exceptionnellement bénéficié de mesures de réadaptation préalables à la suppression de la rente entière, du fait que celle-ci lui avait été allouée pendant 15 ans. Il les a toutefois interrompues (à deux reprises), alors même que les nouvelles investigations médicales organisées ont démontré

qu'en dépit d'une légère détérioration de son état somatique, il disposait encore d'une capacité de travail résiduelle et qu'il était exigible de sa part qu'il l'exploite. Dans ces conditions, il faut admettre qu'il lui appartient de mettre à profit lui-même la capacité de travail qui lui reste, selon le principe qui veut que la réadaptation personnelle prime le droit à la rente et aux mesures de réadaptation (ATF 138 I 205 c. 3.2, 113 V 22 c. 4a; SVR 2007 IV n° 1 c. 5.1). La réduction de sa rente entière à un quart peut donc être confirmée, sans nouvelle mesure de réadaptation préalable. Comme le relève l'intimé dans sa réponse, de telles mesures ne font plus l'objet de la décision ici contestée.

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et 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, fixés à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant, qui succombe, et sont compensés par son avance de frais (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

7.3 Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, ne peut prétendre au remboursement de ses dépens ou d'une indemnité de partie (art. 61 let. g LPGA, 104 al. 2 et 108 al. 1 et 3 LPJA), pas plus que l'Office AI, qui agit dans l'accomplissement d'une tâche de droit public (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 du recourant et compensés par 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 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).