

200.2023.853.AI

N° AVS
ANP/EGC

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

Jugement du 6 septembre 2024

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président
G. Zürcher et A.-F. Boillat, juges
P. Annen-Etique, greffière

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 14 novembre 2023



En fait:

A.

Après l'interruption d'un apprentissage en menuiserie, A. _____, né en 1979, célibataire et sans enfant, a régulièrement travaillé à partir des années 2000 comme aide-menuisier en alternant cette activité avec celle de professeur de sport de neige (brevet fédéral obtenu en 2004). En incapacité de travail continue dès mi-juin 2020 suite à un blocage du dos survenu le 12 juin 2020 sur son lieu de travail, il a déposé début octobre 2020 une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité (AI). Dans l'intervalle, l'intéressé s'est annoncé à fin mars 2020 à l'assurance-chômage (AC) qui l'a indemnisé jusqu'à sa prise le 27 avril 2020 d'un nouvel emploi, respectivement après la fin au 22 novembre 2020 de cet engagement. L'assureur-accidents de l'assuré a quant à lui refusé de reconnaître l'événement du 12 juin 2020 en tant qu'accident et d'allouer des prestations à ce titre (décision y relative du 20 octobre 2020).

B.

A réception de la demande AI, l'Office AI Berne a notamment recueilli le dossier de l'assureur-accidents et s'est régulièrement fait remettre les rapports de suivi d'un chirurgien orthopédique. Entre début janvier et mi-octobre 2021, il a accordé un coaching pour la recherche d'un emploi, une aide au placement, un stage d'évaluation et d'orientation, ainsi qu'un placement à l'essai avec coaching. Après avoir mis fin le 9 décembre 2021 à la réadaptation professionnelle, le même office s'est enquis de l'appréciation de services psychiatriques auprès desquels l'assuré avait subi un sevrage alcoolique du 11 février au 9 mars 2021; les avis de la généraliste et de la psychologue traitantes ont également été obtenus. Par le biais de l'assuré ou de médecins traitants, cet office a en outre reçu copie de rapports relatifs à divers suivis médicaux spécialisés. Il a de son côté ordonné une expertise psychiatrique, rédigée le 13 juillet 2023.

C.

Selon un préavis du 16 août 2023, l'Office AI Berne a informé l'assuré qu'il envisageait de lui refuser le droit à une rente (degré d'invalidité de 2%). Le 15 septembre 2023, l'intéressé, par l'entremise d'un mandataire professionnel, a formulé des observations à l'encontre de ce préavis. Déjà consulté auparavant par l'office précité auquel il avait notamment recommandé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique telle celle mandatée dans le courant 2023, le service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) s'est prononcé le 17 octobre 2023 sur les griefs de l'assuré. Sur ces bases, l'Office AI Berne a rendu le 14 novembre 2023 une décision formelle rejetant la demande de prestations et confirmant en tous points son préavis.

D.

Par courriel du 28 novembre 2023 adressé à l'Office AI Berne et transmis le 1^{er} décembre 2023 par ce dernier au Tribunal administratif du canton de Berne (TA), l'assuré a notamment transféré des rapports médicaux. Dans le délai imparti, l'intéressé, par son mandataire, a fait savoir le 15 décembre 2023 au TA qu'il entendait recourir contre cette décision et a déposé un recours en bonne et due forme, accompagné de nouvelles pièces médicales. Il conclut à l'annulation de la décision contestée, principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100% dès le 1^{er} juin 2021, ainsi que, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Une requête d'assistance judiciaire formée le 15 décembre 2023 a été radiée du rôle du TA le 11 janvier 2024 ensuite de son retrait (moyennant dépôt, avec le courrier y relatif, d'un nouveau rapport médical). Dans sa réponse du 15 janvier 2024, l'intimé conclut au rejet du recours. Le mandataire de l'assuré a fait parvenir au TA une note d'honoraires du 7 février 2024.

En droit:

1.

1.1 La décision du 14 novembre 2023 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision, principalement sur l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} juin 2021, ainsi que, subsidiairement, sur le renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction – en particulier, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire – 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 dûment représentée, 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 art. 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 art. 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

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

2.

2.1 La modification du 19 juin 2020 de la LAI (Développement continu de l'AI, RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits

juridiquement déterminants se sont produits ou à l'époque de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 146 V 364 c. 7.1, 144 V 210 c. 4.3.1). En l'occurrence, si la décision entreprise est certes postérieure au 1^{er} janvier 2022, le droit potentiel à la rente est antérieur à cette date (voir c. 6.2), si bien qu'il doit être examiné d'après les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (voir parmi d'autres JTA AI/2022/154 du 13 décembre 2022 c. 2.1).

2.2 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA).

2.3 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 LPGGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGGA, et en particulier 7 al. 2 LPGGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 145 V 215 c. 5.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit toutefois pas pour admettre que celle-ci a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, compte tenu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel (ATF 142 V 106 c. 4.4). Les experts médicaux doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité

ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

2.4 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'ancien art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, RO 2007 5129), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.5 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; SVR 2021 IV n° 54 c. 2.3).

3.

3.1 Dans sa décision contestée et sa réponse au recours, l'intimé indique se rallier d'une part, sur le plan psychique, à l'expertise psychiatrique du 13 juillet 2023 qui "répond en tous points aux exigences fixées par la jurisprudence en matière de valeur probante". D'autre part, s'agissant de l'aspect somatique, il relève faire siennes les conclusions du SMR qui émanent d'un spécialiste en orthopédie et qu'il estime étayées par des investigations médicales complètes intéressant tant la colonne vertébrale que les hanches. Selon lui, les derniers rapports médicaux

produits en procédure de recours ne sont pas propres à remettre en cause l'appréciation de ce service médical. En conséquence, l'intimé nie toute nécessité à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et considère l'état de fait comme suffisamment éclairci sous l'angle médical. Il confirme donc sa décision, selon laquelle l'assuré est en mesure d'assumer une activité adaptée à plein temps, sans réduction de rendement, de sorte que, après comparaison des revenus avec et sans handicap (définis sur une base statistique), le taux d'invalidité doit être fixé à 2%.

3.2 A l'appui de son recours, l'assuré conteste la valeur probante de l'expertise psychiatrique déléguée par l'intimé au motif que celle-ci néglige les répercussions de ses atteintes à la santé sur la capacité de travail, ainsi qu'émet des conclusions contredites par celles de sa généraliste et de ses spécialistes traitants. Il reproche en outre à l'intimé une instruction médicale lacunaire par le fait, prétendument, que celui-ci s'est fondé principalement, voire exclusivement, sur cette expertise psychiatrique pour rendre sa décision contestée. Or, d'après le recourant, la problématique lombaire a toujours constitué sa plainte principale et a d'ailleurs fondé son annonce à l'AI. Il en infère qu'une expertise pluridisciplinaire aurait dû être mise en œuvre par l'intimé sur le plan non seulement psychiatrique, mais en sus aussi du point de vue orthopédique et neurologique.

4.

4.1 En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie la légalité de la décision attaquée d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, à moins que les nouveaux rapports médicaux invoqués soient de nature à influencer sur l'appréciation au moment où la décision attaquée a été prononcée (ATF 148 V 21 c. 5.3 et les références; SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Au présent cas, quatre des cinq rapports médicaux produits en procédure de recours, à savoir ceux datés des 2, 31 août, 17 octobre et 14 novembre 2023, sont antérieurs ou concomitants à la décision contestée et doivent donc être pris en compte dans l'appréciation des preuves (dossier recourant [dos. rec.] 2, 3, 10 et 11). Quant au rapport du 19 décembre 2023 postérieur à cette décision, il

ne peut l'être, étant toutefois précisé que sa teneur est pratiquement identique à celle du rapport précité du 2 août 2023 émanant du même médecin (dos. rec. 12).

4.2 Il ressort du dossier les principaux éléments médicaux suivants.

4.2.1 Le recourant a tout d'abord été victime d'un accident de moto en 1999 avec fracture et tassement vertébral en T6, puis a subi un traumatisme dorsal en 2006 suite à une chute sur une barre métallique (dos. intimé [dos. int.] 95/2 ch. 2.1). Au début 2013, il est tombé d'une hauteur de quatre mètres avec réception sur le flanc droit, en l'absence de toute atteinte traumatique révélée par la radiologie hormis une petite contusion des parties molles dans la région para-lombaire droite (dos. int. 85/6). Courant 2016, l'assuré s'est blessé à l'épaule gauche (pose de vis/plaque) lors d'un accident de skateboard (dos. int. 95/2 ch. 2.1). Il s'est enfin bloqué le dos le 12 juin 2020 sur son lieu de travail, alors qu'il tentait de mettre en place une porte-fenêtre coulissante pesant entre 170 et 200 kg (dos. int. 9.7/1 s.; 9.12/1; 9.23/1). Un médecin urgentiste consulté le 15 juin 2020 a diagnostiqué une lombalgie aiguë non déficitaire, ainsi que prescrit un traitement symptomatique et un arrêt de travail de sept jours (dos. int. 9.7/1 s.). Cette incapacité de travail entière a été régulièrement prolongée par la suite (dos. int. 42/4 ss). Une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire réalisée le 29 juillet 2020 a mis au jour des lésions dégénératives étagées, une protrusion discale modérée en L4-L5, un rehaussement marqué de l'aspect inter-somatique L5-S1 et à degré moindre de celui L4-L5 après injection du produit de contraste, ainsi qu'un aspect irrégulier du plateau vertébral inférieur de L5 (dos. int. 9.14/1 s.)

4.2.2 Un chirurgien orthopédique, consulté dès fin août 2020, a diagnostiqué une hernie discale traumatique en L5-S1 à gauche et un état consécutif à un traumatisme de levage survenu le 12 juin 2020 (dos. int. 11/2 ss; 95/40). Hormis de la physiothérapie et un traitement analgésique, une thérapie de la douleur avec injections en L5-S1 a été initiée (dos. int. 95/17; 95/23; 95/37). Dès mi-juillet 2021, le chirurgien orthopédique traitant a complété son tableau diagnostique par la mention de douleurs cervicales persistantes sur uncarthroses en C6-C7 et de douleurs abdominales inexplicables du côté droit (après une échographie abdominale réalisée

début juillet 2021; dos. int. 82/2 ss; voir c. 4.2.3). Des radiographie et IRM cervicales du 16 juillet 2021 ont mis en évidence des spondylarthroses en C5-C6 et C6-C7, ainsi que des uncarthroses en C6-C7, sans signe de neurocompression (dos. int. 82/4; 95/25). A fin novembre 2021, le même spécialiste a considéré que son patient n'était plus en mesure de soulever ni de porter des charges de plus de 5 kg par main et l'a adressé à un neurologue (dos. int. 73/1; 82/1; voir c. 4.2.5). Début janvier 2022, il a évoqué les options thérapeutiques offertes, à savoir, d'une part, la poursuite des traitements analgésiques avec implantation cas échéant d'un neurostimulateur et, d'autre part, la réalisation d'une décompression en L5-S1 avec séquestrectomie associée éventuellement à une stabilisation secondaire en L4-S1 (dos. int. 95/12).

4.2.3 D'autres investigations radiologiques ont été réalisées à la main droite du recourant le 7 octobre 2020, lesquelles ont révélé un possible syndrome d'impaction ulnaire et justifié une consultation chirurgicale de la main en février 2021 moyennant recommandation, à son issue, d'éviter la flexion de l'annulaire droit et le port de charges lourdes (dos. int. 95/34 ss). L'échographie abdominale déjà évoquée (voir c. 4.2.2) a mis en évidence le 1^{er} juillet 2021 une hépatomégalie modérée stéatosique homogène, cependant qu'une radiographie des hanches le même jour n'a rien révélé d'anormal (dos. int. 95/29 s.). Le 13 septembre 2021, l'assuré s'est soumis à une IRM dorsale, qui a permis de constater une fracture sous forme d'un tassement vertébral en T6 avec remaniements dégénératifs entre T5 et T6 (dos. int. 95/21). Une IRM cette fois-ci lombaire du 2 novembre 2021 a mis au jour une hernie discale paramédiane gauche d'importance moyenne à la hauteur L5-S1 (avec ostéochondrose), une irritation de la racine S1 gauche et une petite hernie discale médiane à la hauteur L4-L5 (dos. int. 96/1). Enfin, des examens radiographiques du bassin et des hanches ont révélé le 25 mai 2022 un aspect normal (dos. int. 95/10).

4.2.4 Des services psychiatriques, qui suivaient l'assuré en mode ambulatoire depuis décembre 2020, ont fait état dans une lettre de sortie du 10 mars 2021 d'un sevrage alcoolique suivi par l'assuré du 11 février au 9 mars 2021 en mode volontaire et stationnaire. Ils posaient le diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, d'un

syndrome de dépendance et d'une abstinence actuelle en milieu protégé, au sens de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (ch. F10.20 CIM-10), ainsi que d'un trouble anxieux, sans précision (ch. F41.9 CIM-10; dos. int. 95/31 ss). Le 17 décembre 2021, les mêmes spécialistes ont précisé à l'attention de l'AI que les limitations fonctionnelles observées sur le plan psychique consistaient en une fatigue et des troubles de la concentration. D'après eux, le recourant était essentiellement entravé toutefois par ses pathologies somatiques qui, sous réserve d'une confirmation sur ce plan médical, l'empêchaient de porter des charges trop lourdes (maximum de 5 kg par bras) et lui imposaient d'éviter la position assise prolongée (dos. int. 77/5 ss).

4.2.5 A fin décembre 2021, un neurologue a diagnostiqué un syndrome douloureux lombo-spondylogène ainsi qu'un syndrome cervical chronique, associé à des uncarthroses en C6-C7. Sur la base d'un électromyogramme (EMG) et de son examen clinique, il a exclu tout signe en faveur d'une radiculopathie, en particulier au niveau des racines L4-S1 des deux côtés (dos. int. 80/1 s.).

4.2.6 Début mai 2022, un chirurgien spinal a considéré que les lombalgies persistantes latéralisées à droite s'expliquaient probablement par une discopathie et une hernie discale à l'étage L5-S1. Vu le résultat de l'IRM lombaire du 2 novembre 2021 et à défaut de symptômes radiculaires ou d'éléments déficitaires, il a déconseillé une prise en charge chirurgicale, ainsi que recommandé la poursuite du traitement médical par médication antalgique et physiothérapie. Un suivi de la douleur chronique par infiltration au niveau épidual L5-S1 était réservé (dos. int. 86/1 ss).

4.2.7 Dans un rapport du 2 octobre 2022, la généraliste du recourant depuis mi-août 2021 a diagnostiqué, avec influence sur la capacité de travail, une hernie discale traumatique L5-S1 et une dépression avec signes de stress post-traumatique. Sans influence sur les aptitudes professionnelles, elle a évoqué un kyste épidual droit décelé en mai 2022 par un urologue (voir à ce sujet: dos. int. 95/11). Qualifiant le pronostic de mauvais, elle a indiqué ne pas être en mesure de se prononcer sur la capacité de travail offerte (dos. int. 95/2 s.).

4.2.8 Un chirurgien orthopédique et traumatologue consulté vers mi-octobre 2022 sur le conseil des médecins d'un cabinet orthopédique (voir dos. AI 91/2) a fait état de douleurs dorsales fonctionnelles suite au traumatisme de levage de 2020, en les associant à un syndrome transitoire initial thoraco-lombaire ainsi qu'à des douleurs myofasciales secondaires. Selon lui, ce syndrome pouvait en partie expliquer les douleurs dans le bassin ainsi qu'à la hanche droite et devait être intégré dans le suivi physiothérapeutique (dos. int. 101/2 ss). Le 14 novembre 2023, ce spécialiste a établi à l'attention de l'assureur-maladie une ordonnance de longue durée pour de la physiothérapie (dos. rec. 2; dos. AI 145/1).

4.2.9 Le 2 mars 2023, un chirurgien orthopédique et traumatologue du SMR a estimé qu'une activité adaptée était exigible dès le 1^{er} mars 2021 à temps et rendement complets, à savoir un emploi léger à modérément (et exceptionnellement) lourd, alternant les postures, écartant celles forcées du haut du corps à l'instar des rotations de celui-ci en mode répétitif ou en position assis/debout sous charge de poids, n'impliquant pas de porter des charges loin du corps, de soulever de manière répétée des charges au-dessus de la poitrine, de travailler au-dessus de la tête ou dans une position penchée vers l'avant, de monter sur des échelles, de s'accroupir ou de se pencher répétitivement, évitant les séquences de mouvements stéréotypés au niveau de la colonne vertébrale lombaire et les effets de charges asymétriques, de même qu'excluant le port et le soulèvement régulier et répété de charges de 10-15 kg. Sur le plan psychique, une expertise psychiatrique était recommandée et son indication a été ensuite confirmée par le responsable de team au sein du SMR (dos. int. 112/3 s.; 115/2). En date du 17 octobre 2023, le chirurgien orthopédique précité a estimé que l'ensemble des examens nécessaires à l'exploration des douleurs dorsales et coxales avaient été réalisés et qu'il en résultait une résistance diminuée au niveau de la colonne vertébrale compatible avec les exigences définies dans son précédent profil (dos. int. 143/3 ss).

4.2.10 A l'appui de son rapport du 6 juin 2023, la psychologue suivant l'assuré depuis fin janvier 2023 a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive et anxieuse suite à un accident de travail le 12 juin 2020 (ch. F43.2 CIM-10) et, à titre différentiel, un trouble post-

traumatique (ch. F43.1 CIM-10). Se prononçant sur les limitations fonctionnelles, elle a précisé que celles-ci étaient d'ordre exclusivement physique et que l'impact psychologique était une conséquence directe de l'événement du 12 juin 2020, vécu comme un traumatisme, ainsi que du manque de reconnaissance des instances impliquées. Son pronostic sur la capacité de travail était considéré comme étant interdépendant de l'état de santé somatique et de son évolution à terme (dos. int. 127/4 ss).

4.2.11 Dans son expertise du 13 juillet 2023, l'expert psychiatre mandaté a retenu les diagnostics, sans influence sur la capacité de travail, d'un trouble anxieux modéré (ch. F41.1 CIM-10), d'une phobie sociale modérée/faible (ch. F40.1 CIM-10), ainsi que d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive et anxieuse suite à un accident de travail (ch. F43.2 CIM-10). Il en a conclu que le recourant ne présentait aucune limitation fonctionnelle de nature psychique ou psychiatrique, si bien qu'une capacité de travail entière devait lui être reconnue dans tout emploi (dos. int. 132.1/19 s.).

4.2.12 Un médecin interniste, spécialisé en anesthésiologie et traitement fonctionnel de la douleur, a observé le 2 août 2023 une symptomatologie lombaire d'étiologie peu claire à défaut d'une corrélation nette de celle-ci avec les résultats radiologiques et les substrats objectivés. S'il a pu exclure à son examen tout signe de déficit moteur au niveau des membres supérieurs, il a rapporté une palpation douloureuse de la fonction lombo-sacrée droite et une boiterie droite avec élévation anormale du genou à chaque pas. Ce médecin a recommandé de renouveler les IRM dorsale et lombaire, puis de procéder cas échéant à des infiltrations des articulations facettaires et sacro-iliaques (dos. rec. 10; dos. AI 148/34).

4.2.13 A l'instigation du spécialiste précité de la douleur, l'assuré a consulté à fin août 2023 un chirurgien orthopédique et traumatologue en vue d'expliquer le trouble de la marche de la chaîne cinématique biomécanique observé à la jambe droite, ainsi que le déséquilibre visible du bassin, la courbure de celui-ci et la raideur du rachis lombaire. Sur la base du dossier radiologique et de son examen clinique complété par un EMG, ce médecin a relevé une discordance fonctionnelle faite d'un substrat anatomique propre à expliquer la symptomatologie qualifiée en conséquence de psychosomatique (dos. rec. 9; dos. AI 145/4).

4.2.14 Une unité de réadaptation psychosomatique où l'assuré a séjourné du 19 septembre au 16 octobre 2023 a retenu, dans un rapport du 17 octobre 2023, un diagnostic principal de syndrome douloureux persistant (ch. F45.4 CIM-10), ainsi que ceux secondaires d'une anxiété généralisée (ch. F41.1 CIM-10) et d'un épisode dépressif moyen (ch. F32.1 CIM-10). Le séjour était axé sur la gestion de la douleur par des approches psychocorporelles (dos. rec. 11; dos. AI 148/36).

5.

Se pose la question de la valeur probante de l'expertise psychiatrique du 13 juillet 2023 et des rapports du SMR des 2 mars et 17 octobre 2023, sur lesquels repose la décision attaquée.

5.1 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

5.2 Concernant l'aspect psychique d'abord, l'expertise déléguée par l'intimé répond aux réquisits jurisprudentiels exposés ci-avant.

5.2.1 D'emblée, ce rapport d'examen rappelle le contexte médical qui a motivé le mandat d'expertise, à savoir celui d'une première demande de prestations d'invalidité étayée par une lésion dégénérative étagée à l'origine d'une incapacité de travail entière et continue depuis juin 2020. Les qualifications de l'expert, spécialisé en psychiatrie, ne sauraient être mises en doute. Hormis sur une synthèse fouillée du dossier médico-asséculo-logique, son appréciation s'appuie sur un entretien ouvert de 2 heures et 48 minutes avec l'assuré, retranscriptif de données générales

objectives (plaintes, antécédents psychiatriques/psychologiques et somatiques, développement infantile, anamnèses familiale, scolaire et professionnelle, activités sociales et associatives, limitations fonctionnelles au poste de travail, événements marquants, quotidien et environnement de vie, perceptions de l'avenir, éventuelles incohérences apparues à l'expert). L'ensemble de ces données contribue à ancrer l'expertise dans un contexte de vie aussi concret que possible. Les constatations objectives et l'analyse sémiologique qui leur succèdent dans le rapport sont également très fournies, en particulier sous l'angle de la discussion diagnostique. En effet, le compte rendu de l'expert couvre d'abord le spectre des troubles névrotiques, de ceux liés à des facteurs de stress ou de type somatoforme (ch. F40-F48 CIM-10) – spectre auquel ressortent l'ensemble des affections non incapacitantes retenues en l'espèce, soit un trouble anxieux modéré (ch. F41.1 CIM-10), une phobie sociale modérée/faible (ch. F40.1 CIM-10), ainsi qu'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive et anxieuse à la suite d'un accident de travail (F43.2 CIM-10). Sont toutefois également abordés dans ce contexte d'autres diagnostics potentiellement concernés par la situation clinique donnée, tels ceux relevant des registres des épisodes dépressifs (ch. F32 CIM-10), des troubles schizophréniques (ch. F20-F29 CIM-10), des troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (ch. F60-F69 CIM-10), cas échéant dus à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux (ch. F07 CIM-10), ainsi que des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (ch. F10 CIM-10). La discussion diagnostique s'étend même aux syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (ch. F50-F59 CIM-10), aux troubles du développement psychologique (ch. F80-F89 CIM-10), de même qu'aux troubles du comportement et émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou l'adolescence (ch. F90-F98 CIM-10). Sous l'angle médico-asséculogique, l'expert rappelle ensuite l'évolution du cas sur les plans personnel et professionnel, aborde la consistance et la plausibilité des plaintes (non remises en cause), ainsi que se prononce sur les capacités et ressources offertes (jugées intactes à défaut d'une restriction de la capacité de travail résiduelle). En dernier lieu, il apporte des réponses univoques aux (autres) points soulevés par l'intimé.

5.2.2 N'en contredise l'assuré, l'expertise psychiatrique n'est pas remise en question par les conclusions rendues par sa médecin généraliste, des psychiatres traitants et son actuelle psychologue. L'expert a en effet exposé avec force cohérence qu'à défaut d'en réunir les critères nosographiques, les constatations cliniques de cette psychologue ne permettent pas de retenir un état de stress post-traumatique (ch. F43.1 CIM-10). A la lecture des critères diagnostiques de la CIM-10, on ne retrouve en effet aucun des symptômes spécifiques à ce trouble, tels que la reviviscence répétée de l'événement traumatique, des souvenirs envahissants ("flashbacks"), des rêves ou des cauchemars s'accompagnant habituellement d'un hyperéveil neuro-végétatif, avec hypervigilance, d'un état de qui-vive et d'insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression ou une idéation suicidaire. Tout au plus, les indications de la psychologue traitante recourent-elles le contexte typique d'apparition de ces symptômes, marqué selon la CIM-10 par une anesthésie psychique et un émoussement émotionnel, un détachement par rapport aux autres, une insensibilité à l'environnement, une anhédonie et un évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Dans son rapport du 6 juin 2023, cette thérapeute constate effectivement l'incapacité de son patient à intégrer l'événement traumatisant dans son histoire de vie et à réguler les émotions en découlant, ce qui se traduit par des comportements d'évitement, des réactions émotionnelles vives, des pensées négatives et auto-dévalorisantes, un retrait social, une augmentation de la consommation de nicotine et une certaine marginalisation. Elle mentionne en outre une blessure dans l'amour-propre induite par un manque de reconnaissance des institutions et des intervenants impliqués (dos. int. 127/3 ch. 2.2). Si l'expert psychiatre ne réfute pas pour sa part cette blessure, il la qualifie de sinistrose ou de névrose de revendication, voire de compensation, et recommande un travail psychothérapeutique pour gérer l'impasse médico-asséculo-logique dans laquelle se trouve l'assuré (dos. int. 132.1/19 ch. 7.2). Quant aux psychiatres ayant accompagné celui-ci lors de son sevrage alcoolique, ils ne retiennent pas davantage d'état de stress post-traumatique, mais un trouble anxieux, sans précision (ch. F41.9 CIM-10), ainsi que des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool avec abstinence actuelle (ch. F10.2 CIM-10) – diagnostics

compatibles avec l'anamnèse et le tableau clinique dressés par l'expert psychiatre (dos. int. 77/5 ch. 2.5). Le diagnostic indifférencié de dépression avec signes de stress post-traumatique posé par la généraliste traitante ne saurait quant à lui se voir reconnaître un caractère probant, faute d'une spécialisation en psychiatrie ou en psychologie de cette doctoresse (dos. int. 95/2 ch. 2.5).

5.2.3 En définitive, tant les anciens psychiatres traitants que la psychologue du recourant s'accordent à ne reconnaître qu'une portée secondaire aux affections psychiatriques diagnostiquées comme influençant la capacité de travail, en comparaison avec les atteintes somatiques jugées prépondérantes dans le tableau clinique (voir c. 4.2.4 et 4.2.10). L'appréciation de l'expert psychiatre, à l'appui de laquelle celui-ci franchit un pas supplémentaire en déniant toute portée invalidante aux diagnostics psychiatriques retenus, doit l'emporter sur les avis spécialisés précités. Au contraire de ceux-ci, son appréciation n'émane en effet pas de spécialistes traitants qui, eu égard à la relation de confiance établie avec leur patient, auront plutôt tendance, dans le doute, à favoriser ce dernier (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). Les psychosomaticiens ayant accueilli le recourant à l'automne 2023 ont d'ailleurs admis le rôle secondaire de l'épisode dépressif moyen (ch. F32.1 CIM-10) et de l'anxiété généralisée (ch. F41.1 CIM-10) retenus à l'issue de ce séjour. Certes, le diagnostic principal de syndrome douloureux persistant (ch. F45.4 CIM-10) qu'ils posent ne l'a pas été par l'expert psychiatre à défaut "de signe d'appel" en faveur d'un tel diagnostic (dos. int. 132.1/15; voir aussi dos. rec. 11). En tout état de cause, ces spécialistes ne se prononcent toutefois pas sur les exigences professionnelles et soulignent, eux aussi, la part prépondérante des plaintes somatiques dans le tableau clinique ("La plainte principale a été ses lombalgies chroniques"; dos. rec. 11 p. 3). On relèvera encore qu'hormis sur un examen psychiatrique complet, l'expertise concernée s'appuie sur les constatations rendues courant 2021 par un organisme d'observation professionnelle mandaté par l'AI, lequel excluait lui aussi toute limitation fonctionnelle d'ordre psychologique et psychiatrique (dos. int. 132.1/19 ch. 7.1; voir a contrario dos. int. 57/2, mais aussi dos. int. 64/2 ch. 3 dans une teneur plus nuancée – la baisse du taux d'occupation à

60% pendant le placement à l'essai étant clairement imputable à des restrictions d'ordre physique [voir dos. int. 56 s., 64/1 s. et recours art. 3 p. 6]). Enfin, il ne porte nullement à conséquence que l'expert psychiatre ne traite pas expressément des indicateurs standards prévus par la jurisprudence du TF en cas de troubles psychiques (voir c. 2.3; à noter toutefois qu'il est néanmoins possible d'identifier matériellement ces indicateurs standards dans son analyse spécialisée). En effet, dès lors que cet expert exclut de manière probante tout diagnostic incapacitant, un examen détaillé des indicateurs selon la procédure probatoire structurée n'est pas requis (ATF 145 V 215 c. 7; TF 8C_62/2020 du 22 septembre 2020 c. 4.3). Au vu de ce qui précède, c'est donc à juste titre que l'expert psychiatre a conclu, qu'en l'absence de limitation fonctionnelle sous l'angle psychiatrique, une capacité pleine et entière devait être reconnue au recourant.

5.3 En ce qui concerne ensuite l'aspect somatique, il n'y a pas lieu de s'écarter du profil d'exigibilité défini par le SMR dans ses rapports des 2 mars et 17 octobre 2023 (voir c. 4.2.9). Cette appréciation, qui émane d'un médecin orthopédiste, s'appuie sur les observations cliniques suivies d'un confrère sur le même plan médical, ainsi que sur un dossier radiologique régulièrement actualisé sous l'angle notamment de la problématique lombaire ici prépondérante (c. 4.2.1 ss). S'agissant de celle-ci, le SMR a tenu compte de la protrusion discale modérée en L4-L5 (avec rupture en dernier lieu de l'anneau fibreux) et de la hernie discale d'importance moyenne en L5-S1 (avec irritation de la racine S1 gauche) mises au jour et/ou confirmées à mi-2020 et à fin 2021. Il a ensuite intégré à son appréciation les modifications dégénératives modérées en C6-C7 constatées vers mi-2021, sans signes de neurocompression. La problématique coxale n'a pas non plus été ignorée dans ce contexte, moyennant des observations dans la norme révélées aux premières radiographies de juillet 2021, encore confirmées en mai 2022. Le résultat de ces investigations médicales n'est en soi pas contesté par le recourant qui les estime en revanche insuffisantes par rapport à l'ampleur de celles consacrées au volet psychique (mise en œuvre d'une expertise psychiatrique), pourtant secondaire dans le tableau clinique. Son point de vue ne saurait cependant être suivi. Le dossier renseigne en effet à

satisfaction sur les problématiques de santé physique concernées ainsi que sur leur suivi, et permet en outre de confirmer le profil d'exigibilité retenu par le SMR. Une instruction médicale supplémentaire sous la forme d'un complément orthopédique tel celui requis dans le recours dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire ne se justifie ainsi pas (appréciation anticipée des preuves; ATF 144 V 361 c. 6.5, 122 V 157 c. 1d). La même conclusion s'impose eu égard aux investigations d'ordre neurologique également appelées des vœux du recourant. Le dossier ne recèle en effet aucun indice en faveur d'une telle atteinte, tant le chirurgien orthopédique traitant que celui spinal consulté au printemps 2022 ayant écarté tout symptôme radiculaire et/ou élément déficitaire du point de vue neurologique (dos. int. 82/1 ss et 85/4). L'expert psychiatre, de son côté, n'a pas non plus jugé utile de requérir un complément à son expertise émergeant à cette autre spécialité médicale (voir in fine dos. int. 132.1/12 ss). En tout état de cause, le dossier comprend un avis neurologique qui parvenait, à fin 2021 déjà, aux mêmes conclusions que celles des chirurgiens précités, elles-mêmes de surcroît partagées par le nouveau chirurgien orthopédique consulté à l'automne 2022 (dos. int. 80/1 ss; 95/12; 101/2 s.). Dans leurs rapports des 2 et 31 août 2023, les médecins orthopédiste/traumatologue et anesthésiste consultés au sein du même hôpital ont d'ailleurs exclu toute pathologie neurochirurgicale et ont conclu à une problématique lombaire d'étiologie peu claire, respectivement fonctionnelle (dos. rec. 9 et 10). Le profil d'exigibilité défini par le SMR s'avère donc pleinement convaincant en regard des substrats objectivés.

5.4 Partant, il convient d'admettre au degré de la vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales (ATF 144 V 427 c. 3.2) le caractère probant de l'expertise psychiatrique du 13 juillet 2023, ainsi que celui de l'appréciation du SMR rendue sur le plan somatique. Cette conclusion vaut pour les aspects médicaux de l'expertise précitée, mais également pour la proposition qui y est formulée, relativement à l'estimation de la capacité de travail et de son évolution. Aucun indice objectif au dossier ne permet par ailleurs de douter de la pérennité de cette appréciation, ni de celle du SMR à la date de la décision contestée. Une instruction complémentaire n'a dès lors pas lieu d'être ordonnée par le Tribunal et la réquisition de preuve y relative formulée par l'assuré doit être

rejetée. A défaut d'une atteinte invalidante à la santé psychique, les seules restrictions qui prévalent du point de vue fonctionnel sont celles qui ont été définies par le SMR comme valables depuis le 1^{er} mars 2021 (voir c. 4.2.9). On en infère dès lors que le recourant dispose d'une capacité de travail et de rendement intacte dans un emploi léger à modérément (et exceptionnellement) lourd, alternant les postures, écartant celles forcées du haut du corps à l'instar des rotations de celui-ci en mode répétitif ou en position assis/debout sous charge de poids, n'impliquant pas de porter des charges loin du corps, de soulever de manière répétée des charges au-dessus de la poitrine, de travailler au-dessus de la tête ou dans une position penchée vers l'avant, de monter sur des échelles, de s'accroupir ou de se pencher répétitivement, évitant les séquences de mouvements stéréotypés au niveau de la colonne vertébrale lombaire et les effets de charges asymétriques, de même qu'excluant le port et le soulèvement régulier et répété de charges de 10-15 kg.

6.

Il reste à examiner le degré d'invalidité du recourant.

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). 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 pris en compte (ATF 143 295 c. 4.1.3, 129 V 222).

6.2 L'année de référence à prendre en compte en l'espèce pour la comparaison des revenus est l'année 2021, étant donné le début potentiel de la rente au plus tôt le 1^{er} juin 2021. A cette date-là, l'assuré présentait en effet une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne depuis une année sans interruption notable et le délai de carence de six mois à

compter du dépôt de la demande AI en octobre 2020 était également échu (art. 28 al. 1 LAI et art. 29 al. 1 LAI).

6.3

6.3.1 Pour déterminer le revenu de personne valide, il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser selon un degré de vraisemblance prépondérante sans atteinte à la santé, en vertu de ses aptitudes professionnelles et des circonstances personnelles, 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 145 V 141 c. 5.2.1, 134 V 322 c. 4.1; SVR 2022 UV n° 4 c. 3.2).

6.3.2 En l'espèce, l'intimé s'est fondé à juste titre sur les données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour évaluer le revenu sans handicap. Dès lors que le dernier emploi exercé par le recourant a été perdu eu égard à sa durée déterminée et pour des raisons ainsi étrangères à l'invalidité, il peut en effet être fait abstraction de la pratique qui veut que le revenu de personne valide soit en règle générale calculé sur la base du dernier salaire réalisé (TF 8C_260/2020 du 2 juillet 2020, in: SVR 2020 IV n° 71 c. 4.1.2 et les références). Si l'on se réfère aux activités non qualifiées (physiques ou manuelles simples correspondant au niveau 1 de l'ESS) répertoriées pour une partie du secteur industriel manufacturier, le recourant aurait perçu un salaire de Fr. 64'992.- en 2020 (ESS 2020, table TA1 "Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétence et le sexe", secteur privé, ch. 31-33 [fabrication de meubles; autres industries manufacturières; réparation et installation de machines], niveau 1, hommes, Fr. 5'416.- x 12). A mesure que les salaires bruts standardisés de l'ESS sont fondés sur un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures, il faut les adapter à la durée de travail moyenne usuelle dans les entreprises du secteur concerné, en l'occurrence de 41.5 heures pour l'année 2021 (voir table T03.02.03.01.04.01 "Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique", publiée par l'OFS, ch. 31-33). Cette opération porte le revenu de valide à Fr. 67'429.20. Indexé ensuite à l'évolution des salaires jusqu'en 2021, ce

montant atteint Fr. 66'734.05 annuels (voir table T1.1.10 "Indice des salaires nominaux, hommes, 2011-2023", publiée par l'OFS, ch. 10-33 [industries manufacturières]; 2020: 106.7; 2021: 105.6).

6.4

6.4.1 Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne intéressée (ATF 148 V 174 c. 6.2, 143 V 295 c. 2.2). 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'Office fédéral de la statistique (OFS).

6.4.2 Dès lors que l'assuré n'a plus exercé d'activité lucrative depuis la fin de son dernier engagement au 22 novembre 2020, c'est à juste titre que l'intimé a déterminé le revenu avec handicap sur la base de l'ESS en se fondant sur la valeur centrale des salaires versés aux hommes pour des activités non qualifiées, conformément au niveau 1 de l'ESS. Sur ces bases, le salaire d'invalidité s'élève à Fr. 65'322.10 en 2021 si l'on tient compte de l'horaire de travail usuel de 41.7 heures hebdomadaires et de l'indexation relatifs à cette même année (ESS 2020, TA1, hommes, niveau 1, valeur totale, Fr. 5'261.- x 12 x 41.7/40 x 106.0/106.8; voir pour ces adaptations la table "Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique" et la table T1.1.10 "Indice des salaires nominaux, hommes, 2011-2023", valeur totale; 2020: 106.8; 2021: 106.0). Aucun abattement ne se justifie sur ce montant dès lors qu'aux conditions d'exigibilité définies par le SMR, l'assuré dispose d'une entière capacité de travail et de rendement. Qui plus est, le niveau de compétence 1 de l'ESS recouvre tout un panel d'activités simples qui lui permettront de ménager son dos (TF 8C_549/2019 du 26 novembre 2019 c. 7.7; SVR 2021 IV n° 8 c. 4). Dans un cas où les limitations fonctionnelles encourues étaient comparables à celles du recourant (voir c. 4.2.9), le TF avait d'ailleurs refusé un abattement à un assuré qui pouvait exercer des activités excluant le port de charges supérieures à 10-15 kg de façon prolongée et/ou répétitive avec le membre supérieur gauche, le travail prolongé et/ou

répétitif au-dessus du plan des épaules et les tâches avec le membre supérieur gauche maintenu en porte-à-faux (voir TF 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 c. 6.3.1). Au surplus, il ne saurait être non plus fait application en l'espèce de la déduction forfaitaire supplémentaire de 10% exigée par l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, tel qu'entré en vigueur le 1^{er} janvier 2024. Cette disposition concerne en effet les rentes en cours et les nouvelles rentes, alors que, comme dans le cas présent, une nouvelle demande s'avérerait nécessaire en cas de refus de rente (al. 2 de la disposition transitoire du RAI relative à la modification du 18 octobre 2023; voir également VGE IV/2023/737 du 16 janvier 2024 c. 4.2.2). C'est le lieu de souligner finalement que les rapports du centre d'observation professionnelle mandaté par l'intimé évoquaient des postes accessibles en nombre suffisant sur le marché du travail, si bien que la capacité de travail résiduelle n'apparaît pas inexploitable du point de l'AI (dos. int. 30/4; 45/8 ss), ce qui n'est au demeurant pas contesté.

6.5 Cela étant, il résulte un taux d'invalidité de 2% (2.10% arrondis) après comparaison (valeurs 2021) des revenus précités de valide (Fr. 66'734.05) et d'invalides (Fr. 65'322.10). En conséquence, c'est à raison que l'intimé a nié le droit à une rente.

7.

En conclusion, le recours doit être rejeté.

7.1 Conformément à l'art. 61 let. f^{bis} LPGA, pour les litiges en matière de prestations (comme c'est le cas en l'espèce), la procédure est soumise à des frais judiciaires si la loi spéciale le prévoit. Tel est le cas de la LAI. En effet, l'art. 69 al. 1^{bis} phr. 1 LAI dispose que la procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires. Le recourant succombant, les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent donc être mis à sa charge (art. 69 al. 1^{bis} phr. 2 LAI; art. 108 al. 1 LPJA). Ceux-ci sont compensés avec l'avance de frais fournie.

7.2 Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario; art. 104 al. 1 et 3, ainsi qu'art. 108 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 avec son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant, par son mandataire,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

La greffière:

e.r.: C. Wagnon-Berger, greffière

Voie de recours

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