

200.2024.317.AI
N° AVS
PHS/EGC

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

Jugement du 27 juin 2025

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président
A.-F. Boillat et G. Zürcher, juges
S. Philipona, 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 8 mars 2024



En fait:

A.

A. _____, né en 1970, célibataire sans enfant et sans formation certifiée, a été employé en dernier lieu à 50% jusqu'au 31 décembre 2022 par une entreprise à caractère social, tout en bénéficiant de l'aide sociale depuis 2012. Au moyen d'un formulaire du 23 juin 2022, l'intéressé a requis des prestations (mesures professionnelles/rente) de l'assurance-invalidité (AI), en invoquant essentiellement une atteinte à son pied droit. Après avoir obtenu les rapports de la clinique orthopédique qui a pris en charge l'assuré, l'Office AI Berne a alloué des moyens auxiliaires à celui-ci, soit des chaussures orthopédiques. Par une demande subséquente du 7 novembre 2022, établie avec le soutien du service social accompagnant l'intéressé, ce dernier a une nouvelle fois sollicité des prestations de l'AI en lien avec l'affection de son pied. Il a ajouté que sa cheville était également concernée.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne s'est procuré la documentation du service des urgences d'un hôpital universitaire, puis a fait savoir à l'assuré, par une communication du 18 avril 2023, que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. Il a ensuite obtenu des rapports du service d'urologie d'un hôpital, de même qu'un écrit émanant d'une unité de santé mentale d'une organisation de soins. En suivant les recommandations en ce sens du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), du 28 juin 2023, il a alors organisé une expertise pluridisciplinaire (en médecine interne, en psychiatrie et psychothérapie, en chirurgie orthopédique, ainsi qu'en urologie), dont les conclusions lui ont été délivrées en date du 27 novembre 2023. En dépit des observations formulées les 8 janvier et 29 février 2024 contre un préavis au moyen duquel l'Office AI Berne a indiqué qu'il envisageait de nier tout droit à une rente, cette autorité a confirmé sa position au terme d'une décision du 8 mars 2024.

C.

L'assuré, désormais représenté par un avocat, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) par mémoire du 24 avril 2024, en concluant, outre à l'octroi de l'assistance judiciaire avec désignation de son représentant en tant que mandataire d'office, à l'annulation de la décision de l'Office AI Berne du 8 mars 2024, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, de même que, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, le tout sous suite de frais et dépens, sous réserve des règles relatives à l'assistance judiciaire. Donnant suite à une ordonnance du 25 avril 2024, le recourant a encore complété sa requête d'assistance judiciaire le 29 avril 2024. Dans sa réponse du 22 mai 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le mandataire du recourant a produit sa note d'honoraires le 17 juin 2024.

En droit:

1.

1.1 La décision du 8 mars 2024 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de l'intéressé à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cet acte, principalement, sur l'octroi d'une rente d'invalidité entière, de même que, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé afin que celui-ci complète son instruction et prononce une nouvelle décision. Est particulièrement critiquée par le recourant la force probante de l'expertise pluridisciplinaire du 27 novembre 2023, sur laquelle la décision attaquée a été basée.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment 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 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 148 V 162 c. 3.2.1 et les références). En l'espèce, tant la décision entreprise que le droit potentiel à une rente d'invalidité sont postérieurs au 1^{er} janvier 2022. Partant, est applicable le droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022.

2.2 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel,

mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

2.3 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 LPGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier l'art. 7 al. 2 LPGA, 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. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Une rente au sens de l'al. 1 n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1^{bis} et 1^{ter} LAI n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1^{bis} LAI). Aux termes de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2); pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour un taux d'invalidité entre 40 et 49%, la quotité de la rente est fixée au pourcentage découlant de l'art. 28b al. 4 LAI.

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; TF 9C_540/2020 du 18 février 2021 c. 2.3, in SVR 2021 IV n° 54).

3.

3.1 Dans la décision attaquée, l'intimé a exclu tout droit à une rente, en retenant que le recourant était en mesure d'exercer à 100% une activité adaptée à son état de santé (légère, permettant régulièrement de s'asseoir, n'impliquant pas une charge constante), ce à compter du mois de juillet 2018 au plus tard. En comparant des revenus avec, respectivement sans atteinte à la santé, établis au moyen de données statistiques, l'intimé a arrêté le taux d'invalidité de l'intéressé à 0% en mai 2023 et à 10% au mois

de janvier 2024. Il a confirmé ce raisonnement dans sa réponse du 22 mai 2024, dans laquelle il a défendu la valeur probante de l'expertise du 27 novembre 2023. Il a en particulier relevé que l'expert psychiatre avait exclu la présence d'une affection psychiatrique et a expliqué que le rapport psychiatrique produit avec le recours n'était pas de nature à remettre en cause l'avis de cet expert.

3.2 Le recourant rappelle quant à lui qu'il a subi plusieurs atteintes à sa santé, tant sur le plan physique que psychique et affirme qu'il n'est plus en mesure d'exercer une quelconque activité lucrative. Il relève qu'il a récemment été hospitalisé en milieu psychiatrique en raison d'un épisode dépressif récurrent, de degré moyen, qui provoquerait une rapide fatigabilité, une agitation intérieure, une perte d'intérêt, des crises d'angoisse et des troubles du sommeil. Il évoque en outre une tentative de suicide trois ans plus tôt, dont il resterait marqué. Il est donc d'avis que le raisonnement de l'intimé ne peut en aucun cas être suivi, tant celui-ci minimise les atteintes à sa santé. Le recourant ajoute que si, malgré cela, le droit à une rente entière d'invalidité ne lui serait pas reconnu, l'intimé devrait alors à tout le moins être astreint à reprendre son instruction, au vu de la récente hospitalisation et aux fins d'établir clairement son état de santé.

4.

4.1 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 c. 4.3.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement, dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rédigé postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à celle-ci (TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 c. 7.2.1, 9C_34/2017 du 20 avril 2017 c. 5.2). En l'occurrence, le recourant a produit un certificat médical du 3 avril 2024 et un rapport du 16 avril 2024, tous

deux rédigés après la décision attaquée. Le premier ne fait qu'attester d'une incapacité de travail totale, alors que le second rend compte d'une hospitalisation du 26 mars au 3 avril 2024. Ces documents ne peuvent donc être pris en considération dans la présente procédure de recours. Même si tel devait être le cas du rapport médical précité, on ne pourrait du reste ignorer que celui-ci se réfère au fait que l'assuré a reçu la décision entreprise. Or, une atteinte qui serait intervenue en réaction au prononcé d'une décision serait quoi qu'il en soit réputée dénuée de caractère invalidant (TF 9C_125/2015 du 18 novembre 2015 c.7.2.1).

4.2 Au surplus, à la suite de la première demande de prestations, l'intimé a obtenu les rapports suivants d'une clinique orthopédique.

4.2.1 Le 22 janvier 2018, à la suite d'un accident de la circulation sur un passage pour piéton en date du 3 janvier 2018, lors duquel l'assuré a été atteint au pied (dossier AI 64/2 in fine), les médecins de la clinique ont posé les diagnostics de fracture de la base du métatarse et de fracture du shaft du métatarse du pied droit avec avulsion sous l'os cunéiforme comme indice possible d'une atteinte de Lisfranc (dossier [dos.] AI 6/47). Une opération a été réalisée le 23 janvier 2018, soit une arthrodèse (temporaire) du pied droit (dos. AI 6/45), avec fixation interne à réduction ouverte (dos. AI 6/41), lors d'une hospitalisation du 23 au 25 janvier 2018. Une incapacité de travail à 100% a été attestée pour cette période (dos. AI 6/43). A l'appui d'une radiographie du 8 mars 2018, il a été observé que le matériel était en place, que le déroulement post-opératoire était régulier, le patient portant une attelle et se déplaçant avec des béquilles (dos. AI 6/41). Le 26 avril 2018, il a été relevé que quelques douleurs à la pression persistaient (dos. AI 6/37).

4.2.2 Une arthrose débutante moyenne au pied droit, post-traumatique, a été soupçonnée le 24 novembre 2020, l'assuré décrivant une augmentation des douleurs. Celles-ci ont aussi été signalées au niveau du dos et des genoux, avec un boitement massif du côté droit. Des altérations résiduelles ont été observées par une radiographie du pied droit du 18 novembre 2020 (dos. AI 6/33). Le 30 novembre 2020, les diagnostics de dysplasie activée de la cheville inférieure à droite, de même que de douleurs résiduelles non spécifiques, à la suite de l'opération, ont été retenus par les spécialistes de

la clinique. Ils ont expliqué que les douleurs restaient inchangées au dos et au pied, de même qu'à la mobilisation de la cheville droite. Une IRM du 25 novembre 2020 a mis en lumière des résidus dans le canal de la vis et un œdème massif de la moelle osseuse, avec des irrégularités de la facette de l'articulation de la cheville, mais sans signe d'arthrose. Les médecins ont écrit que la dysplasie était déjà présente en 2018 mais qu'elle avait pu être activée post-traumatique. Une infiltration a été effectuée le 30 novembre 2020 et une incapacité de travail a été attestée jusqu'au 2 décembre 2020 (dos. AI 6/29 et 6/31). Le 30 décembre 2020, les médecins de la clinique ont conseillé le port de chaussures orthopédiques (dos. AI 6/27).

4.2.3 Le 1^{er} décembre 2021, en raison d'une nouvelle exacerbation des douleurs, les médecins ont soupçonné une arthrose du calcanéocuboïde. Celle-ci a été confirmée par une radiographie du même jour. Une incapacité de travail à 50% a alors été attestée jusqu'au 7 janvier 2022 (dos. AI 6/25). Le 30 décembre 2021, ils ont alors évoqué les diagnostics d'arthrose médiale accentuée de l'articulation de la cheville droite, plus importante au niveau du calcanéocuboïde droit, en présence d'une dysplasie de la même cheville. Ils ont en outre évoqué des douleurs résiduelles et une hyperkératose plantaire plus prononcée à droite. Ils ont attesté une incapacité de travail à 50% du 30 décembre 2021 au 31 janvier 2022 (dos. AI 6/32). Les douleurs demeurant inchangées (dos. AI 6/21), une opération a encore été réalisée le 8 février 2022 (arthrodèse de la cheville/du calcanéocuboïde; dos. AI 6/19), lors d'une hospitalisation du 8 au 16 février 2022. Une incapacité de travail à 100% a été attestée jusqu'au 31 mars 2022 (dos. AI 6/16). L'évolution a été rapportée sans complication, des douleurs résiduelles étant toutefois signalées (dos. AI 6/12 et 6/14). Selon une radiographie du 4 avril 2022, aucun problème de consolidation ou de mauvais positionnement n'a été observé (dos. AI 6/10), ce qui a encore été confirmé le 2 mai 2022 (dos. AI 6/8).

4.2.4 Le 13 juin 2022, le diagnostic de douleurs résiduelles neuropathiques a été retenu. Les médecins ont noté que l'assuré était satisfait de l'opération, la démarche étant bonne et la charge progressivement augmentée. Des douleurs persistantes ont été relevées à l'avant et au milieu du pied, avec une hyposensibilité des orteils. Elles ont

été mises en lien avec une possible irritation du nerf sural. Une reprise du travail à 50% a été conseillée dès le 20 juin 2022 (dos. AI 6/6, voir aussi 6/3). Le 11 juillet 2022, il a toutefois été constaté que celle-ci n'avait pas pu avoir lieu. Une radiographie a confirmé l'entière consolidation de l'arthrodèse et une parfaite intégrité du matériel d'ostéosynthèse. Il a été conclu que le port de chaussures orthopédiques allait être nécessaire, aucune autre mesure n'étant indiquée. L'incapacité de travail à 100% a été attestée jusqu'au 31 août 2022 (dos. AI 6/1).

4.3 A la suite de la deuxième demande de prestations, l'intimé a recueilli les rapports médicaux suivants.

4.3.1 Le service des urgences d'un hôpital universitaire a émis le diagnostic de distorsion de la cheville supérieure droite avec nouvelles douleurs péri-malléolaires médiales droites, après avoir examiné l'assuré le 13 janvier 2023. Aucune fracture n'a toutefois été détectée à l'issue d'une radiographie réalisée le même jour. Une incapacité de travail a été attestée jusqu'au 14 janvier 2023 (dos. AI 42/3).

4.3.2 Le 30 septembre 2022, un service d'urologie d'un centre hospitalier a retenu les diagnostics de soupçon d'inflammation chronique de la prostate (diagnostic différentiel: syndrome douloureux chronique pelvien), de status (anamnestique) après orchidectomie à gauche suite à un traumatisme, ainsi que de testicules pendulaires à droite. Des douleurs dysuriques ont été relevées, avec pollakiurie (dos. AI 62/9). Un syndrome douloureux chronique pelvien avec douleurs de miction irritatives a ensuite été retenu le 14 octobre 2022, de même qu'une absence de carcinome de la prostate à l'imagerie. Il a été souligné que les douleurs persistaient, avec des troubles de l'urgence en permanence, sans cause intra-vésicale (dos. AI 62/6). Le 21 novembre 2022, il a enfin été relaté que les douleurs à la miction avaient disparu au terme d'une adaptation de la médication, mais qu'elles demeuraient toutefois en ce qui concerne les testicules, bien qu'une cause infectieuse ait pu être écartée. Une thérapie analgésique a été préconisée (dos. AI 62/1).

4.3.3 Dans un rapport du 15 juin 2023, un réseau de santé mentale a posé les diagnostics de trouble dépressif récidivant (selon les ch. F33.1/2

de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé), ainsi que de soupçon de trouble de stress post-traumatique (ch. F43.1 CIM-10). Les spécialistes consultés ont expliqué que le patient avait subi des violences lors de son voyage jusqu'en Suisse, avec des fractures des os et du visage, ce qui avait généré toujours plus d'anxiété. Une symptomatique dépressive a été signalée, avec un manque d'entrain, une perte de la joie de vivre, une humeur labile et un retrait social total. Il a été ajouté que l'estime de soi était en baisse et que la résistance était réduite. L'assuré subissait aussi de forts troubles de la concentration et de la polyvalence, ainsi que de fréquentes attaques de panique en société. Enfin, il a été indiqué que l'assuré était fixé sur sa problématique douloureuse, qu'il était empreint d'un sentiment de vide et d'épuisement. Une réinsertion professionnelle a été jugée impossible et une incapacité de travail à 100% attestée dès le 25 janvier 2023, pour une durée indéterminée (dos. AI 64/1).

4.3.4 Sur l'avis du SMR (dos. AI 66/6), une expertise pluridisciplinaire a été organisée (en médecine interne, psychiatrie/psychothérapie, urologie et chirurgie orthopédique). A son issue, seul l'expert en chirurgie orthopédique a posé un diagnostic, soit celui (impactant la capacité de travail) de douleurs chroniques de l'extrémité inférieure droite (ch. T93.2, Z98.8 et Z98.1 CIM-10). Il a noté que l'assuré avait subi une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis le 3 janvier 2018. Il a toutefois ajouté qu'on pouvait exiger de l'intéressé qu'il assume à plein temps une activité légère dès le mois de juillet 2018, six mois après l'opération du 23 janvier 2018. Cette conclusion a été confirmée lors de la discussion consensuelle des experts.

4.3.5 Le réseau de santé mentale a encore établi un certificat médical le 14 février 2024. Une incapacité de travail à 100% y a été attesté du 1^{er} février au 31 mars 2024 (pièce justificative n° 3 du recourant).

5.

Il y a lieu d'examiner la valeur probante de l'expertise du 27 novembre 2023, sur laquelle la décision attaquée est basée.

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 D'un point de vue formel, force est tout d'abord de constater que le rapport d'expertise répond aux exigences posées par la jurisprudence quant à la valeur probante des documents médicaux. Les qualifications des experts (en médecine interne, en urologie, en chirurgie orthopédique, en psychiatrie et en psychothérapie) ne prêtent aucunement le flanc à la critique. Les experts ont en outre décrit le contexte médical de façon compréhensible, ils ont procédé à un examen personnel du recourant, ils ont tenu compte de ses plaintes subjectives, de l'anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle), ainsi que de l'ensemble des documents figurant au dossier de l'intimé (dos. AI 82.2/2-4), complété encore par des examens de laboratoire. Les résultats ont dès lors été arrêtés en pleine connaissance du dossier. Les conclusions sont par ailleurs étayées et ne laissent pas apparaître d'élément permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Le recourant n'a d'ailleurs soulevé aucun élément concret à l'encontre de la force probante de l'expertise pluridisciplinaire, sous son angle formel.

5.3

5.3.1 Sur le plan matériel, s'agissant en premier lieu du volet de médecine interne, on peut souligner que l'expert de cette discipline a expliqué que le recourant s'était surtout plaint de troubles du sommeil et de maux

d'estomac (dos. AI 83.2/2). L'expert en médecine interne a toutefois constaté, au terme de son examen (concernant notamment le poids, la pression sanguine, le cœur, les poumons, les vaisseaux sanguins, les ganglions lymphatiques, le crâne et la nuque, mais également le système nerveux) que l'état général de l'intéressé était sans particularité et notamment qu'aucune anomalie n'était à signaler au niveau de l'abdomen, hormis une légère douleur à la pression au niveau épigastrique (dos. AI 82.3/3). Il n'en a toutefois pas déduit la présence d'une pathologie incapacitante, s'agissant de son domaine de spécialisation, puisqu'il a rappelé que le recourant s'était plutôt référé à ses problèmes d'ordre urologique et que l'intéressé lui avait confié qu'il parvenait quoi qu'il en soit à assumer ses diverses tâches ménagères, avec parfois l'aide d'un ami (dos. AI 82.3/2). Dans ces conditions, même si le rapport en cause s'avère succinct, on ne voit rien à redire dans le fait que l'expert en médecine interne a conclu qu'aucun élément ne permettait de fonder un diagnostic impactant durablement la capacité de travail (dos. AI 82.3/4). Cela vaut d'autant plus qu'aucun rapport médical versé au dossier ne suggère que des examens plus poussés auraient été nécessaires dans cette discipline. Partant, c'est également de façon probante que l'expert a exclu toute période d'incapacité de travail en lien avec son domaine d'activité (dos. AI 83.3/5 s.). Le recourant n'a du reste pas non plus formulé de grief visant spécifiquement le volet de médecine interne de l'expertise.

5.3.2 Quant au rapport de l'expert en urologie, il en résulte que l'assuré a déclaré souffrir de nycturie, ainsi que d'une symptomatologie de trouble de l'urgence, en particulier pendant le travail. Il a toutefois ajouté qu'il n'existait désormais plus de réelles douleurs, si ce n'est un sentiment de brûlure à la miction et au niveau du bas-ventre (dos. AI 82.6/2, voir aussi dos. AI 82.3/2). En effet, après avoir procédé à des examens complets, en particulier au moyen de sonographies des reins, de la vessie et des testicules, de même qu'au moyen d'ultrasons dans la région transrectale, l'expert n'a mis en relief aucun indice de pathologie (dos. AI 82.6/3). Il n'a notamment pas noté de douleurs à la pression de l'abdomen ou à la percussion au niveau des reins, des deux côtés, pas plus qu'à la palpation de l'appareil génital (dos. AI 82.6/2 s.). C'est donc de manière probante qu'il a déclaré que les plaintes évoquées ne pouvaient pas être reproduites

et que les résultats des tests effectués démontraient une situation sans particularité (dos. AI 82.6/4). On ne saurait donc remettre en cause les conclusions de l'expert en urologie, selon qui aucun diagnostic impactant la capacité de travail ne devait être posé et que seuls ceux de status après une orchidectomie à gauche, ainsi que de syndrome douloureux chronique discutable (sans effet sur la capacité de travail) étaient à signaler. Ce résultat s'avère convaincant, à l'aune en particulier des atteintes évoquées par le spécialiste en urologie traitant, qui n'a du reste aucunement laissé entendre que celles-ci avaient selon lui un effet sur la capacité de travail de son patient. On peut par ailleurs relever qu'aucune thérapie n'a été préconisée par ce médecin, si ce n'est la prise d'un antalgique (voir c. 4.3.2), alors que l'expert en urologie a observé que l'assuré ne prenait pas le médicament qui lui avait été prescrit pour optimiser la vidange de sa vessie et qu'aucune thérapie au niveau pelvien n'avait été initiée (dos. AI 82.6/3). Partant, l'expertise urologique est convaincante, en tant qu'elle aboutit à la conclusion qu'aucune incapacité de travail ne peut non plus être retenue sous l'angle de cette discipline (dos. AI 82.6/5 s.).

5.3.3 S'agissant du raisonnement de l'expert en chirurgie orthopédique, il peut également être aisément restitué. Celui-ci a en effet posé le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de douleurs chroniques aux extrémités droites inférieures (selon les ch. T93.2, Z98.8 et Z98.1 CIM-10), en rappelant que l'assuré avait subi un traumatisme du pied (droit) le 3 janvier 2018, dans le sens de fractures du métatarse et d'une fracture-luxation de Lisfranc (dos. AI 82.5/8). Il en outre expliqué que le recourant se plaignait principalement de douleurs et parfois de tremblements au pied droit, de sorte qu'il rapportait ne pas pouvoir descendre des escaliers (dos. AI 82.5/1 s., voir aussi dos. AI 82.5/6). L'intéressé avait également évoqué des engourdissements des pieds en cas de maintien de la position debout et une impossibilité de marcher plus qu'un quart d'heure (dos. AI 82.5/2). Or, au moyen de son examen clinique, l'expert a mis en relief que l'assuré était parvenu à monter des escaliers de manière rapide et fluide, qu'il avait pu rester assis plus de 50 minutes sans signe apparent de douleur (dos. AI 82.5/3), qu'il avait pu se déplacer de façon légèrement ralentie mais sans boiterie, que la marche sur les talons et sur la pointe des pieds avait pu être réalisée, l'habillage et le déshabillage ayant du reste également été

rapides et fluides. A la suite d'un contrôle de la colonne vertébrale, des hanches, des genoux, des pieds, des épaules et des mains, l'expert a encore signalé que l'assuré s'était plaint d'une douleur au niveau de la jonction lombo-sacrale, de même qu'à la pression, dans la région sacrale et lombaire, puis au niveau du pied droit, de la hanche, des genoux et du coude droit. Il a toutefois précisé que la douleur du pied était très diffuse et semble-t-il peu prononcée (hormis au deuxième orteil), les plaintes dépendant plutôt de la fréquence des demandes faites à ce propos par l'expert (dos. AI 82.5/4). Ensuite, après avoir rappelé les conclusions de l'IRM du 30 décembre 2021 et du 31 octobre 2022, puis des radiographies des 11 juillet 2022 et 13 janvier 2023 (en relatant notamment que l'évolution de l'atteinte au pied, suite à l'arthrodèse de la cheville droite, avait été bonne et qu'aucune altération n'avait été mise en relief au niveau du genou et de la colonne lombaire), l'expert a conclu de manière probante et, notamment, sans omettre un bref examen neurologique, que la douleur évoquée au pied ne pouvait pas être mise en relation avec un quelconque constat objectif. Il a également ajouté de façon convaincante que les manœuvres rapportées douloureuses en position couchée avaient pu être réalisées sans problème, une fois l'intéressé assis. L'expert a également relevé à cet égard que les examens en position debout, en marche, en position assise et en position couchée avaient pu être accomplis sans anomalie (dos. AI 82.5/6). Dans ces conditions, on ne voit rien à redire dans le fait que l'expert a déclaré que les symptômes diffus rapportés par l'intéressé ne pouvaient pas être expliqués par des résultats cliniques/radiologiques. On ne saurait non plus critiquer le raisonnement de l'expert, selon qui la cause des plaintes était plutôt à mettre en lien avec une diminution (volontaire) de l'utilisation du pied droit à la suite de la blessure et des opérations, le status clinique laissant de toute évidence penser à des douleurs de nature non-organique (dos. AI 82.5/7). Cela vaut d'autant plus que l'expert a rappelé que le recourant n'était plus suivi sur le plan somatique, que ce soit par un orthopédiste, un neurochirurgien ou un rhumatologue, aucun programme médical n'étant en cours (dos. AI 82.5/2). Partant, on ne peut que souscrire à l'avis de l'expert, selon qui, au vu de l'arthrodèse (dos. AI 82.5/7), il convenait d'éviter les travaux lourds, mais d'après qui aucune limitation fonctionnelle ne pouvait en revanche être admise pour une activité légère, permettant de s'asseoir régulièrement (dos.

AI 82.5/8). Enfin, dans cette mesure, force est donc d'admettre que c'est de manière logique que l'expert a conclu que l'assuré disposait d'une capacité de travail pleine et entière dans une telle activité adaptée, ce six mois après l'opération du 23 janvier 2018 (dos. AI 82.5/9).

5.3.4 Quant au rapport de l'expert psychiatre, il en résulte que ce dernier a exclu de façon compréhensible l'existence d'un diagnostic relevant de sa spécialisation médicale. En effet, l'expert n'a pas manqué de signaler que l'assuré avait confié qu'il souffrait (surtout) d'angoisses nocturnes et d'une carence au niveau de la mémoire (dos. AI 82.4/2), mais aussi de stress et de troubles du sommeil (dos. AI 82.4/3). Il a cependant aussi expliqué que son examen avait révélé que l'assuré ne présentait aucun signe d'atteinte au niveau de la concentration, de l'attention et de la mémoire (dos. AI 82.4/4). De plus, il a mentionné que l'humeur était équilibrée, notamment sans indice en faveur d'un état dépressif, la motivation étant en particulier normale et la capacité de modulation affective suffisante. L'expert a indiqué que l'assuré avait répondu par l'affirmative à la question de savoir s'il présentait certaines craintes, mais sans pouvoir en formaliser la raison. L'intéressé avait ensuite affirmé, dans un deuxième temps, qu'il n'était pas angoissé en raison du déroulement de l'accident subi en 2018, mais parce qu'il revoyait certaines images de la guerre qu'il avait vécue, ce qui affectait son sommeil (dos. AI 82.4/4 s.). Or, l'expert a expliqué de façon probante qu'il avait constaté une tendance à l'aggravation chez l'intéressé, qui insistait principalement sur ce qu'il n'était pas en mesure de faire. L'expert a également tenu compte du rapport du spécialiste en psychiatrie traitant, du 15 juin 2023 (voir c. 4.3.3), lequel avait posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent et de soupçon de trouble de stress post-traumatique, en concluant qu'une incapacité totale de travail devait être reconnue pour toute activité. L'expert s'est néanmoins distancié de cet avis de façon logique, soit en relevant qu'un état de stress post-traumatique ne pouvait être déduit de la simple présence de rêves et de souvenirs en lien avec la guerre. Ce raisonnement, qui relativise ainsi la portée des symptômes rapportés par l'assuré, semble d'autant plus logique que celui-ci ne s'en est pas plaint spontanément et qu'il les a ensuite mis en relation avec ses difficultés à dormir. Qui plus est, l'expert a encore signalé de manière cohérente qu'aucun signe de symptôme affectif ou dépressif pathologique

n'avait pu être révélé lors de son examen et que, si l'assuré était certes devenu plus anxieux depuis l'accident de 2018, la manifestation de cette anxiété n'était chez lui pas non plus de nature à justifier un diagnostic psychiatrique. Jugeant plutôt que l'état de l'assuré se situait dans la norme et que les symptômes décrits n'avaient pas valeur de maladie (dos. AI 82.4/8), l'expert a donc déclaré que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail depuis toujours (dos. AI 82.4/5-7). Ce résultat est cohérent, d'autant plus que l'expert psychiatre a constaté que le tableau clinique était aussi influencé par des facteurs psychosociaux (dos. AI 82.4/8; voir à ce propos: ATF 127 V 294 c. 5a; TF 9C_537/2011 du 28 juin 2012 c. 3.2, in SVR 2012 IV n° 52). Aussi, le psychiatre traitant, dont l'avis n'a pas échappé à l'expert, avait certes retenu une conclusion diamétralement opposée, mais en illustrant un état clinique également très différent de celui constaté par l'expert psychiatre (voir c. 4.3.3). Dans cette mesure, aucun indice ne met à mal les conclusions de l'expert, qui emportent conviction. Tel n'est notamment pas le cas du certificat médical du 14 février 2024 produit par le recourant. Ce document attestant certes d'une incapacité de travail totale, mais sans aucun élément de motivation (voir c. 4.3.4). Il n'est donc pas de nature à remettre en cause l'avis convaincant de l'expert psychiatre.

5.3.5 Cela étant, il sied de souligner qu'une analyse fondée sur la grille d'évaluation normative et structurée développée en matière de troubles somatoformes douloureux et d'autres affections psychiques (voir c. 2.3) n'a pas à être effectuée lorsque, comme en l'espèce, une incapacité de travail est niée sous l'angle psychique, sur la base d'un rapport probant établi par des spécialistes, sans être remise en cause par une appréciation divergente ayant elle-aussi valeur probante (ATF 145 V 215 c. 7, 143 V 409 c. 4.5.3; TF 8C_153/2021 du 10 août 2021 c. 5.4). On peut dès lors laisser indécise la question de savoir si le volet psychiatrique de l'expertise résisterait aussi à un examen à l'aune des indicateurs standards prévus par la jurisprudence.

5.3.6 Finalement, au regard de ce qui précède et en tant que les experts ont confirmé leurs conclusions respectives au terme de leur discussion consensuelle, en retenant que la capacité de travail de l'assuré n'était

réduite qu'au vu des limitations fonctionnelles admises sous l'angle orthopédique (dos. AI 82.1/9), leur raisonnement ne prête pas non plus le flanc à la critique. Ce résultat s'harmonise en effet de façon logique, eu égard aux différents volets de l'expertise et apparaît cohérent, convaincant et exempt de signes de contradiction. On peut donc reconnaître une entière valeur probante à l'expertise pluridisciplinaire du 27 novembre 2023. Il faut par conséquent retenir que depuis le 3 janvier 2018 (date de l'accident; voir c. 4.2.1), il n'est plus possible d'attendre de l'assuré qu'il continue d'exercer son activité habituelle (d'ouvrier de production dans une fabrique; voir dos. AI 82.1/8). En revanche, il faut admettre qu'il est exigible de lui qu'il assume à plein temps et sans réduction de rendement l'exercice d'une activité légère lui permettant de s'asseoir régulièrement, ce après une période de six mois à compter de l'opération du 23 janvier 2018 (arthrodèse au pied droit; voir c. 4.2.1). Au vu de ce résultat, nul n'est du reste besoin de procéder encore à de plus amples investigations sur le plan médical, ainsi que le recourant le requiert (art. 4 du recours). Cette réquisition de preuve du recourant doit donc être rejetée.

6.

Reste à examiner le taux 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des deux revenus hypothétiques et en les comparant 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; TF 9C_63/2018 du 9 novembre 2018 c. 4.4.2, in SVR 2019 BVG n° 16).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être prises en compte (ATF 150 V 67 c. 4.1, 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222; voir aussi art. 25 al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Lorsque les revenus de valide et d'invalidé doivent être calculés à partir du même salaire statistique, il s'avère superflu de déterminer ceux-ci de manière précise. Dans un tel cas, le degré d'invalidité correspond alors au degré de l'incapacité de travail, sous réserve d'un éventuel abattement sur le salaire statistique (TF 8C_104/2021 du 27 juin 2022 c. 6.2, non publié in ATF 148 V 321).

6.2 En l'occurrence, le recourant a déposé sa demande de prestations en novembre 2022 (dos. AI 13/1 et 13/12), de sorte que son potentiel droit à la rente pourrait naître au plus tôt en mai 2023 (art. 29 al. 1 LAI). A cette date, il pouvait se prévaloir d'une incapacité de travail de 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (dos. AI 82.1/9, ch. 4.6). Quant à savoir s'il était alors invalide à 40% au moins, il faut relever ce qui suit. S'agissant de la comparaison des revenus, il apparaît que le recourant n'a plus exercé d'activité lucrative depuis son accident du 3 janvier 2018. Par ailleurs, il ne bénéficie d'aucune formation certifiée et a occupé en dernier lieu divers emplois de durée limitée (dos. AI 27/2, 27/5, 29/2, 34/2 et 41/2; voir aussi dos. AI 82.1/8). Par conséquent, le revenu sans invalidité ne peut être déterminé avec suffisamment de précision, si bien que c'est à juste titre que l'intimé l'a établi sur une base statistique (voir art. 26 al. 4 RAI). En outre, on ne voit rien à redire dans le fait que l'intimé en a fait de même pour calculer le revenu d'invalidé, aucun revenu n'ayant plus été réalisé depuis l'accident (voir art. 26^{bis} al. 2 RAI). En l'occurrence, il y a lieu de prendre en compte, tant pour le revenu de valide que pour celui d'invalidé, les valeurs médianes de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (art. 25 al. 3 RAI, art. 26 al. 4 RAI et art. 26^{bis} al. 3 RAI). Ce faisant, on peut faire fi d'examiner en détail ces différentes données statistiques. En effet, lorsque les revenus de valide et d'invalidé doivent être calculés à partir du même salaire statistique, il

s'avère superflu de déterminer ceux-ci de manière précise. Dans un tel cas, le degré d'invalidité correspond alors au degré de l'incapacité de travail sous réserve d'un éventuel abattement sur le salaire statistique (TF 8C_104/2021 du 27 juin 2022 c. 6.2, non publié in ATF 148 V 321). Dans ce cas, le degré d'invalidité équivaut au degré d'incapacité de travail et de rendement, compte tenu encore d'un éventuel abattement. Il ne s'agit alors pas d'une "comparaison en pour-cent" au sens de l'ATF 114 V 310 c. 3a, mais d'une simplification arithmétique (TF 8C_358/2017 du 4 août 2017 c. 2.2; JTA AI/2022/615 du 4 avril 2024 c. 6.3). Au cas particulier, puisque la capacité de travail dans une activité adaptée a été estimée, sur le plan médico-théorique, comme demeurant entièrement conservée et ce dès juillet 2018 (voir c. 5.3.6), il ne peut résulter qu'un taux d'invalidité nul au moment de la naissance potentiel du droit à la rente, soit en mai 2023. Ce faisant, point n'est utile de déterminer si un abattement sur le revenu statistique d'invalidité serait justifié (voir à ce sujet: TF 8C_123/2023 du 7 septembre 2023, dans lequel la Haute Cour a jugé que l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023 et applicable au présent litige, a jugé que cette norme était contraire au droit fédéral et que la prise en considération d'un abattement devait être examinée au vu de toutes les circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier). Un tel abattement ne pourrait en tous les cas pas dépasser 25% (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2018 IV n° 46 c. 3.3), ce qui demeurerait insuffisant pour ouvrir un droit à une rente. L'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2024 de la nouvelle teneur de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI n'y change d'ailleurs rien non plus. En effet, même si cette disposition mentionne notamment, depuis lors, qu'une déduction de 10% est opérée sur la valeur statistique précitée, cette modification ne permettrait pas non plus de porter le taux d'invalidité à 40% (voir art. 28 al. 1 let. c LAI). En définitive, c'est donc sans violer le droit que l'intimé a exclu tout droit de l'intéressé à une rente d'invalidité.

7.

7.1 En conclusion, le recours s'avère mal fondé et doit être rejeté.

7.2 Aux termes de l'art. 61 let. f^{bis} LPGA, en lien avec l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, 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, qui succombe, doit ainsi être condamné au paiement des frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-. Il ne peut en outre pas être alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 104 al. 1 et 3, art. 108 al. 1 et 3 LPJA).

7.3 Le recourant a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire, avec désignation de son avocat en tant que mandataire d'office.

7.3.1 Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès. Aux mêmes conditions, une avocate ou un avocat peut en outre être désigné à une partie si les circonstances de fait et de droit le justifient (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; TF 8C_22/2010 du 28 septembre 2010 c. 6.1, in SVR 2011 UV n° 6, 9C_432/2010 du 8 juillet 2010 c. 2, in SVR 2011 IV n° 22).

7.3.2 Compte tenu des pièces produites à l'appui de sa requête, la condition financière est remplie, le recourant bénéficiant de l'assistance des services sociaux (ATF 144 III 531 c. 4.1, 122 I 5 c. 4a; SVR 2017 IV n° 87 c. 2.1). En outre, les chances de succès du recours ne pouvaient être d'emblée niées (ATF 140 V 521 c. 9.1; SVR 2021 ALV n° 13 c. 8.1). La requête doit donc être admise et le recourant mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais de procédure sont ainsi provisoirement supportés par le canton et l'avocat de l'intéressé désigné en qualité de mandataire d'office.

7.3.3 La note d'honoraires du 17 juin 2024 de l'avocat du recourant fait montre de dépens à hauteur de Fr. 1'812.20 pour huit heures de travail au tarif horaire de Fr. 200.-. Elle ne prête pas le flanc à la critique. Eu égard à la jurisprudence du TF relative à la rétribution des défenseurs d'office (ATF 132 I 201 c. 8.7), la caisse du Tribunal versera Fr. 1'812.20 (honoraires: Fr. 1'600.-; débours: Fr. 76.40 et TVA [8,1%]: Fr. 135.80) au titre du mandat

d'office (voir l'art. 1 de l'ordonnance cantonale du 20 octobre 2010 sur la rémunération des avocats et avocates commis d'office [ORA, RSB 168.711], les art. 41 et 42 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11] et l'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811]).

7.3.4 Le recourant doit toutefois être rendu attentif à son obligation de remboursement envers le canton s'il devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 112 al. 2 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire est admise et Me B. _____ est désigné comme mandataire d'office.
3. Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Les honoraires de Me B. _____ sont taxés à Fr. 1'600.-, auxquels s'ajoutent les débours par Fr. 76.40 et la TVA par Fr. 135.80; la caisse du Tribunal lui versera la somme de Fr. 1'812.20 au titre de son activité de mandataire d'office. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
6. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant, par son mandataire,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

Le greffier:

Voie de recours

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