

200.2024.803.AI

N° AVS
ANP/EGC

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

Jugement du 1^{er} juillet 2026

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président
A.-F. Boillat et G. Zürcher, 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 1^{er} novembre 2024



En fait:

A.

A. _____, né en 1971, marié et père d'une fille adulte, est au bénéfice de formations certifiées de mécanicien en automobiles et conseiller financier. Il a quitté la première profession susnommée au profit d'un employeur l'ayant initié à la seconde, puis engagé dès le 20 avril 2000 au terme de sa formation. Le 7 novembre 2021, à la suite d'une glissade sur un sol carrelé, il a subi un choc à l'arrière du crâne. Cet accident a été pris en charge par son assureur-accidents, avant que celui-ci ne mette fin à ses prestations au 7 novembre 2022, conformément à une décision du 7 novembre 2023 demeurée incontestée. Dans l'intervalle, l'intéressé s'est annoncé par une formule du 27 septembre 2022 de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office AI Berne en vue d'une rente et de mesures professionnelles. A l'appui de sa demande, il a invoqué un traumatisme crânien et une hémorragie cérébrale.

B.

Saisi du cas, l'office précité a obtenu le dossier de l'assureur-accidents impliqué et a été informé par son biais de suivis en neurologie et neuropsychologie, de même que d'une évaluation neurologique et psychiatrique établie le 18 avril 2023. Après avoir accordé une mesure de préservation de l'emploi (finalement perdu à fin 2023/début 2024), cet office a invité le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) à se prononcer sur ces éléments. Par décision du 21 septembre 2023, il a ensuite refusé le droit à des mesures de réadaptation. Entretemps, l'office concerné a préavisé le 21 août 2023 un refus de rente motivé par la non-réalisation d'une condition du droit aux prestations (délai d'attente), avant de nier par préavis du 3 juin 2024 ce droit en raison d'une invalidité insuffisante. Après avoir soumis au SMR de nouvelles données d'ordre neurologique, neuropsychologique et psychiatrique jointes aux observations de l'assuré à l'encontre de ces préorientations, il a statué le 1^{er} novembre 2024 dans le sens annoncé dans le second préavis.

C.

Par acte du 29 novembre 2024, l'assuré, représenté par le mandataire qui l'assistait déjà devant l'Office AI Berne, a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision rendue le 1^{er} novembre 2024 par cet office. Au moyen d'un nouveau rapport de son psychiatre traitant produit à l'appui de son recours, il a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cet acte, principalement à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} novembre 2022 au 31 mars 2022 (recte: 2023) ainsi que d'une rente entière dès le 1^{er} avril 2023 et, à titre subsidiaire, au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans sa réponse du 6 janvier 2025, ce dernier a conclu au rejet du recours. Le mandataire du recourant a produit sa note d'honoraires le 9 janvier 2025, puis de nouveaux certificats ou rapports médicaux en date des 4 juin et 15 octobre 2025.

En droit:

1.

1.1 La décision du 1^{er} novembre 2024 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 demi-rente du 1^{er} novembre 2022 au 31 mars 2023 ainsi que d'une rente entière dès le 1^{er} avril 2023 et, subsidiairement, sur le renvoi du dossier à l'intimé pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision. Est particulièrement critiquée la valeur probante des rapports du SMR, en tant que ceux-ci ont été fondés sur l'expertise psychiatrique et neurologique mise en œuvre par l'intimé, qui serait toutefois lacunaire parce qu'elle n'aurait pas comporté de volet neuropsychologique.

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, 32 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 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).

2.2 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). 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 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 pas pour admettre que cette dernière 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, au vu 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). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

2.3 Selon l'art. 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.

2.4 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; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_540/2020 du 18 février 2021 c. 2.3, in SVR 2021 IV n° 54).

3.

3.1 Dans la décision contestée, l'office intimé a indiqué se rallier aux prises de position du SMR face aux observations formulées dans le cadre des procédures de préavis. Il a inféré de cette appréciation une incapacité de travail totale dans tout emploi entre le 7 novembre 2021 et le 6 novembre 2022. A compter du 7 novembre 2022, cet office a jugé l'emploi usuel exigible à 100% avec une baisse de rendement de 20%, respectivement une activité mieux adaptée possible à 100% avec une productivité diminuée de 10%. En se référant à cette seconde activité, l'intimé a évalué l'invalidité à 10% à compter de novembre 2022 et à 17% dès janvier 2024. Dans sa réponse, il a par ailleurs nié la nécessité d'investigations neuropsychologiques complémentaires. Pour étayer cette conclusion, il s'est appuyé sur les substrats légers mis au jour lors des évaluations réalisées sur le plan neuropsychologique en juin 2022 et octobre 2023, de même que sur le volet neurologique de l'expertise d'avril 2023. Au surplus, il a conclu à un état médical stationnaire d'un point de vue psychique, nonobstant le rapport du 26 novembre 2024 du psychiatre traitant produit avec le recours.

3.2 A l'appui de son recours, l'assuré conteste l'appréciation de son état de santé à laquelle s'est livré l'intimé, au motif que celle-ci occulterait les limitations fonctionnelles sévères induites par ses troubles neuropsychologiques et qu'elle reposerait ainsi sur une constatation manifestement inexacte des faits. Il fait valoir qu'il est atteint d'un syndrome post-TCC (traumatisme crânio-cérébral) qui, même relativement léger, est connu pour être apte à provoquer des troubles neuropsychologiques durables, tels ceux attestés par ses spécialistes traitants et observés lors d'une mesure du marché du travail. L'intéressé en infère que l'office précité ne pouvait faire l'économie dans son cas d'une évaluation pluridisciplinaire inclusive d'un volet neuropsychologique, ce dont pâtirait l'expertise d'avril 2023 réalisée sur les seuls plans neurologique et psychiatrique. Il souligne en outre que cette expertise réservait un nouvel examen neuropsychologique dans l'hypothèse, avérée selon lui, où persisteraient ses troubles cognitifs. En conclusion, il requiert la mise en œuvre de cet examen pour le cas où le TA refuserait de lui accorder une rente d'invalidité.

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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances [TFA, ancienne dénomination des Cours de droit social du TF] I 649/06 du 13 mars 2007 c. 3.4, in SVR 2008 IV n° 8). Au présent cas, faute de remplir l'éventualité prédécrite, les rapports médicaux des 26 novembre 2024 (psychiatre traitant), 3 juin 2025 (neurologue traitante) et 10 octobre 2025 (généraliste traitante), les certificats médicaux d'incapacité de travail établis entre le 7 février et le 14 mai 2025 ainsi que le rapport d'évaluation neuropsychologique du 13 mars 2025 – tous produits en procédure de recours (dos. recourant [rec.] 3 à 11]) et postérieurs à la décision contestée – ne peuvent être pris en compte dans l'appréciation des preuves.

4.2 En vue de cette appréciation probatoire, on relèvera les éléments suivants émergeant à la prise en charge (para-)médicale de l'assuré.

4.2.1 En date du 7 novembre 2021, le recourant est tombé sur l'arrière du crâne (occiput) après avoir glissé sur du carrelage et heurté sa tête contre le sol. Un médecin urgentiste consulté le même jour a constaté la présence à gauche d'un petit hématome sous-dural et d'un hématome sous-galéal étendu ce, après avoir veillé à exclure toute fracture au moyen d'un scanner. Il a en outre fait état d'une syncope d'origine indéterminée survenue lors de l'accident; un électrocardiogramme (ECG), également passé à la date de l'accident, rapportait des données dans la norme (hormis une inversion de l'onde T). L'intéressé est resté sous observation hospitalière jusqu'au lendemain, un nouveau scanner effectué le 17 novembre 2021 ayant confirmé la régression complète de l'hématome sous-dural. Le service de chirurgie ayant assuré ce suivi hospitalier a attesté une incapacité de travail continue à 100% du 7 au 27 novembre 2021, puis à 50% du 28 novembre 2021 au 3 janvier 2022. Par la suite, les médecins traitants ont attesté une incapacité de travail à 50% du 27 avril au 31 décembre 2022, à 90% du 1^{er} janvier au 31 octobre 2023 et à 50% dès le 1^{er} novembre 2023 (dossier intime [ci-après: dos. int.] 19.2/22; 19.2/27; 19.2/29 ss; 19.2/40 s.; 28.2/5; 28.3/1 ss; 32/2; 50.2/1; 51/3; 58.2/1; 65/2).

4.2.2 Dans un rapport du 25 mai 2022, un médecin généraliste a restitué le contenu de consultations des 27 avril et 3 mai 2022 (dos. int. 19.2/20 s.). Il ressortait de ce rapport que l'assuré lui avait indiqué que "la tête ça ne va pas", en lui ayant relaté des bourdonnements (liés à la montée des escaliers), des difficultés de concentration, une fatigabilité (accrue en cas de travail de groupe), une irritabilité et une baisse des performances professionnelles. Ce médecin indiquait pour sa part n'avoir rien constaté de particulier et avoir recommandé à son patient de se reposer dans l'attente d'une consultation prévue auprès d'une médecin neurologue; il a prononcé une incapacité de travail à 50% dès le 2 mai 2022 (taux en réalité en cours à partir du 27 avril 2022; voir c. 4.2.1). A l'appui d'un certificat médical du 7 février 2023, ce médecin a attesté de la délégation de son suivi à cette consœur, en l'absence alors d'une autre pathologie prise en charge à sa consultation (voir c. 4.2.3; dos. int. 27/2).

4.2.3 En possession d'une IRM cérébrale du 27 mai 2022, la médecin neurologue consultée a d'abord adressé son patient à une neuropsychologue à des fins d'évaluation, en raison d'une fatigabilité cognitive ainsi que de troubles de l'attention et de la concentration consécutifs à un TCC (voir c. 4.2.4). Dans son courrier y relatif daté du même jour (faisant suite à une première consultation du 24 mai 2022; dos. int. 28.2/12), cette doctoresse a décrit le déroulement de l'accident marqué par une perte de connaissance et une amnésie circonstancielle, de quelques secondes pour chacune. Dans ce contexte, elle a précisé que le bilan hospitalier établi à la suite de l'accident avait mis en évidence une plaie profonde du cuir chevelu et un hématome sous-dural au niveau du lobe gauche du cervelet (dos. int. 19.2/14 ss). Elle a ensuite restitué le 15 juillet 2022 le résultat de l'évaluation neuropsychologique réalisée le 28 juin 2022 (voir c. 4.2.4; dos. int. 19.2/11). Début septembre 2022, cette neurologue s'est en outre prononcée sur l'évolution des troubles cognitifs liés au syndrome post-TCC, en qualifiant ceux-ci de stables depuis sa précédente consultation à mi-juillet 2022, ayant rapporté en sus des céphalées de tension et une fatigue physique (dos. int. 19.2/1). Le 11 novembre 2022, elle a invité une clinique à convoquer son patient à des fins d'évaluation dans le cadre d'une réadaptation neurologique (dos. int. 28.2/11 s.). En janvier 2023, la neurologue traitante a attesté une incapacité de travail à 90% dès le même mois jusqu'à fin mars 2023, en évoquant nouvellement une intolérance aux stimulations auditives et visuelles externes (dos. int. 28.2/5). Début septembre 2023, elle a encore précisé que le syndrome post-TCC était connu pour être d'évolution longue et variable selon les patients (dos. int. 56/4 s.).

4.2.4 Selon un rapport du 30 juin 2022 relatif à une évaluation du 28 juin 2022, une neuropsychologue a constaté la présence d'un trouble attentionnel discret, caractérisé par des temps de réaction auditifs déficitaires en attention divisée ainsi qu'une faible courbe d'apprentissage. D'après elle, ce trouble discret et les plaintes post-traumatiques invoquées étaient compatibles avec le TCC évoqué au dossier. Elle a considéré que la symptomatologie correspondait à un trouble neuropsychologique léger (selon les critères de l'association suisse de neuropsychologie [ASNP] de 2015), qui induisait des limitations fonctionnelles en cas de tâches et

d'activités requérant un niveau d'exigence élevé. En pareil contexte, cette spécialiste a recommandé la poursuite d'une reprise progressive du travail (dos. int. 19.2/7 ss). A l'issue de sa deuxième évaluation du 24 octobre 2023 restituée dans un rapport du 26 octobre 2023, elle a confirmé ce tableau diagnostique et a rapporté des performances cognitives globalement stables (dos. int. 59/2 ss).

4.2.5 Dans leur expertise bi-disciplinaire rédigée le 18 avril 2023, les médecins neurologue et psychiatre mandatés ont diagnostiqué un syndrome post-commotionnel 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. F07.2 CIM-10). D'après eux, ce syndrome était actuellement au décours et n'entraînait aucune restriction fonctionnelle sur les plans neurologique et psychiatrique, en présence uniquement de discrets troubles attentionnels d'ordre neuropsychologique. Au titre des plaintes, ces experts ont mentionné des céphalées tensionnelles, des troubles de la concentration, une fatigue et une fatigabilité, une irritabilité, de même qu'un ralentissement global avec une importante perte de rendement rapportée dans le contexte professionnel. S'ils ont admis que la symptomatologie avait été très vraisemblablement déclenchée par l'accident, ils ont observé une discordance entre le caractère objectivement modeste de cet événement et l'évolution clinique hautement défavorable sur le plan subjectif. Les experts ont néanmoins exclu tout comportement démonstratif ou de majoration chez le recourant. Sur ces bases, ils ont conclu à une incapacité de travail entière pendant trois mois au maximum dans tout type d'emploi, puis à 50% pour six mois au plus dans l'emploi usuel, respectivement à une inaptitude à 100% pendant un mois et à 50% durant trois autres mois dans une activité mieux adaptée. Au final, ils ont admis que l'état définitif avait été atteint à l'échéance au plus tard d'une période d'un an après l'accident (dos. int. 36.2/1 ss).

4.2.6 A l'issue d'un bilan psychiatrique réalisé le 19 février 2024 à la demande de la neurologue traitante, un médecin de la discipline a diagnostiqué le 22 février 2024 un syndrome post-commotionnel (ch. F07.2 CIM-10) associé à un trouble neuropsychologique léger. Dans ce contexte, il a admis une altération du comportement en tant que trouble résiduel d'une lésion cérébrale traumatique, expliquant aussi par cette symptomatologie

l'impossibilité pour son patient de reprendre une activité professionnelle en accord avec ses capacités antérieures à l'accident. Ce médecin a recommandé une psychothérapie individuelle en vue de prévenir un effondrement dépressif (dos. int. 66/4 s.). Dans un courrier du 26 février 2024 à l'attention du mandataire de son patient, il s'est dit dans l'impossibilité d'évaluer l'incapacité de travail et a recommandé un stage de réinsertion professionnelle (dos. int. 66/3). S'adressant à nouveau le 17 juin 2024 à ce mandataire, il a fait état d'un suivi psychothérapeutique débuté à fin mai 2024 à sa consultation et de diverses plaintes subjectives (voir c. 5.3.3). D'après lui, la persistance de la symptomatologie – alors en cours depuis deux ans et demi – était suffisamment sévère pour limiter la capacité de travail à un taux de présence d'une heure et demie à deux heures par jour et le rendement exigible à 20-25% dans ces limites horaires (dos. int. 80/2 s.). Il se référait à une évaluation professionnelle réalisée du 5 avril au 2 mai 2024 à l'instigation de l'assurance-chômage (dos. int. 73/3 ss).

4.3 Le SMR s'est en outre prononcé sur le cas de l'assuré.

4.3.1 Une médecin neurologue a diagnostiqué le 8 juin 2023 un hématome galéal important et un petit hématome sous-dural selon le scanner du 7 novembre 2021, une brève perte de connaissance ainsi qu'une amnésie, l'absence d'une lésion axonale d'après l'IRM du 27 mai 2022, de même qu'un trouble attentionnel discret selon l'examen neuropsychologique du 22 juin 2022. Cette doctoresse a validé les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire d'avril 2023, en concluant au recouvrement d'une capacité de travail entière un an après l'événement accidentel. Elle a retenu que la péjoration secondaire qui persistait depuis lors ne pouvait être expliquée par les déficits neuropsychologiques très discrets présents, lesquels n'induisaient pas de restriction déterminante de la capacité de travail. A son sens, il n'y avait pas non plus de bénéfice à attendre d'une nouvelle évaluation neuropsychologique (dos. int. 41/4 s.).

4.3.2 En date du 27 mars 2024, un neuropsychologue a admis une baisse de rendement d'au maximum 20% dans l'activité usuelle moyennement contraignante, en se référant aux lignes directrices de l'ASNP de 2016. Le taux précité était motivé par les restrictions reconnues par cette association en présence d'un trouble attentionnel léger, tel celui diagnostiqué chez le

recourant (voir c. 4.2.4). Doctrine spécialisée à l'appui, ce neuropsychologue a en outre précisé qu'un TCC léger entraînait dans la règle une guérison complète après quelques mois (dos. int. 68/2 s.).

4.3.3 La neurologue déjà évoquée a conclu le 28 mars 2024 à une incapacité de travail à 20% dans l'emploi usuel et à 10% dans une activité adaptée, niant au surplus la nécessité d'investigations neuropsychologiques complémentaires (dos. int. 69/3 s.). Dans un ultime rapport du 7 août 2024, cette doctoresse a estimé que l'appréciation émise le 17 juin 2024 par le psychiatre traitant n'était pas de nature à remettre en cause ses précédentes conclusions (dos. int. 82/3).

5.

Se pose la question du caractère probant de l'appréciation médicale du SMR sur laquelle repose la décision contestée.

5.1

5.1.1 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).

5.1.2 La valeur probante des rapports du SMR (art. 49 al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) est comparable à celle des expertises médicales externes, lorsque ces rapports satisfont aux exigences développées par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires (ATF 135 V 254 c. 3.3.2; TF 8C_839/2016 du 12 avril 2017 c. 3.2, in SVR 2018 IV n° 4). Malgré cette

aptitude de base à prouver, les rapports émanant de médecins spécialistes internes à l'assurance ne sont toutefois pas revêtus dans la pratique de la même force probante qu'une expertise, réalisée par des experts indépendants, de nature judiciaire ou ordonnée en cours de procédure par l'assureur en vertu de l'art. 44 LPG. Si un cas d'assurance devait être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée, il convient alors de poser des exigences sévères en matière d'appréciation des preuves. S'il existe le moindre doute quant à la fiabilité et la pertinence des constatations médicales internes à l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée doivent également être pris en considération. Si les conclusions d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3a/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPG (ATF 145 V 97 c. 8.5, 142 V 58 c. 5.1, 139 V 225 c. 5.2, 135 V 465 c. 4.4 à 4.6; TF 8C_434/2023, 8C_436/2023 du 10 avril 2024 c. 4.3, non publiés in ATF 150 V 188, mais in SVR 2024 UV n° 27).

5.2 Quant à sa forme, on constate d'emblée que l'appréciation du SMR répond aux exigences jurisprudentielles prédécrites permettant de lui reconnaître entière valeur probante. Le premier rapport du 8 juin 2023 de la neurologue consultée dans ce service médical expose le contexte à l'origine du dépôt de la demande de prestations du 27 septembre 2022, en renvoyant à la synthèse médico-assécurologique établie par une spécialiste en réadaptation de l'AI (dos. int. 41/1 s.; 41/4 s.). Parmi les sources (para-)médicales spécialisées énumérées par cette collaboratrice de l'intimé, la doctoresse du SMR a restitué le contenu d'un rapport du 11 novembre 2022 de la neurologue traitante, à l'instar de celui de l'expertise bi-disciplinaire d'avril 2023 (voir c. 4.2.3 et c. 4.2.5). Une évaluation diagnostique et médico-assécurologique clôt le rapport initial de la neurologue de ce service médical, qui a en outre veillé à soumettre les conclusions de l'expertise précitée à un neuropsychologue du même service, s'étant prononcé le 27 mars 2024 à leur égard (voir c. 4.3.1 s.). L'appréciation

de ce spécialiste a été ensuite intégrée dans le deuxième rapport établi le 28 mars 2024 par sa consœur neurologue, laquelle retrace et discute en outre à son appui le résultat de l'évaluation neuropsychologique du 26 octobre 2023 et l'appréciation psychiatrique du 22 février 2024 (c. 4.2.4 et c. 4.2.6). Sur ces bases, cette doctoresse a ultérieurement défini les aptitudes de travail et de rendement offertes dans l'emploi usuel ainsi que dans une activité (mieux) adaptée (voir c. 4.3.3). A n'en pas douter, ses qualifications, conjuguées à celles du neuropsychologue consulté au sein du même service médical, s'avéraient suffisantes pour évaluer le droit aux prestations. Pour les mêmes motifs, il ne prête pas non plus le flanc à la critique que ces deux spécialistes n'aient pas procédé à un examen personnel du recourant (art. 49 al. 1 RAI; voir TF 8C_469/2020 du 26 mai 2021 c. 3.2 et les références). Ainsi qu'en attestent les résultats y afférents au dossier (voir c. 4.2.1 ss), de telles investigations avaient été en effet régulièrement effectuées au cours des suivis neurologique, neuropsychologique et psychiatrique de l'intéressé, respectivement lors de sa prise en charge hospitalière initiale des suites de son accident. Ces examens (para-)médicaux ont en outre été complétés par des données d'ordre radiologique, également intégrées à l'appréciation du SMR. Il n'y a dès lors rien à redire sur le plan formel à cette appréciation.

5.3 Sous l'angle matériel, les conclusions du SMR ne s'avèrent pas davantage problématiques.

5.3.1 Sur le plan neurologique d'abord, l'appréciation du service médical concerné s'appuie sur les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire d'avril 2023, dans son volet neurologique. A raison, la médecin neurologue du SMR a reconnu entière valeur probante à cette évaluation spécialisée. Il en ressortait qu'en dépit des nombreux troubles invoqués à la suite du traumatisme crânien léger (ou commotion cérébrale) subi lors de son accident, l'assuré ne présentait aucun déficit neurologique significatif. Si l'expert neurologue jugeait ces troubles compatibles avec un syndrome post-commotionnel, diagnostiqué du reste après la discussion de consensus avec son confrère psychiatre, il estimait en revanche que leur évolution stationnaire, voire défavorable, ne s'expliquait pas par les seules suites accidentelles. A son sens, le traumatisme subi, dans le cours ordinaire des

choses, aurait dû connaître une évolution progressivement favorable avec persistance tout au plus d'une petite gêne un an après l'événement accidentel. L'expert était d'avis que cette conclusion s'imposait à plus forte raison dans le cas de l'assuré, dont l'examen neurologique s'était toujours avéré normal et dont le bilan neuropsychologique n'avait révélé que de discrètes anomalies, impropres à expliquer la péjoration de l'incapacité de travail à fin 2022 (en réalité dès janvier 2023; voir c. 4.2.1). En se référant à une activité adaptée, il concluait à une incapacité de travail entière d'un mois dès l'accident, puis à 50% pendant trois mois (dos. int. 36.2/16 s.). Hormis par un bilan neurologique complet réalisé le 14 mars 2023, ce constat était étayé par l'IRM – avec séquences SWI (Susceptibility Weighted Imaging) propres à détecter des micro-saignements – réalisée le 27 mai 2022, dont le résultat n'avait révélé aucune atteinte structurelle cérébrale (dos. int. 19.2/16; 36.2/15). Cette appréciation, conforme aux substrats objectivés, se montre ainsi pleinement cohérente. Il en va de même de son volet consacré à l'évaluation des aptitudes de travail. Au contraire de ce que défend le recourant, les conclusions de sa médecin neurologue ne sont pas de nature à la remettre en question. L'estimation des aptitudes professionnelles initialement livrée par cette doctoresse se limitait en effet à reconduire, à partir de sa prise en charge du 24 mai 2022, l'incapacité de travail à 50% (à nouveau) attestée dès le 27 avril 2022 par un généraliste traitant (dos. int. 19.2/14; voir c. 4.2.1). A l'instar de celle de ce confrère qui n'avait admis ce taux qu'en vue de permettre à son patient de récupérer de sa charge de travail, son appréciation n'était toutefois étayée par aucun signe clinique pathologique. Par la suite, la neurologue traitante a prolongé à plusieurs reprises ce taux d'incapacité à 50%, avant de porter celui-ci à 90% de janvier à fin mars 2023 ce, sans étayer derechef cette estimation et en l'assortissant de considérations en partie étrangères à sa spécialisation (évocation d'une irritabilité extrême; dos. int. 28.2/5). Enfin, l'on note que son appréciation contraste fortement avec les résultats des évaluations neuropsychologiques de juin 2022 et d'octobre 2023 (voir c. 5.3.2), sur lesquels cette doctoresse ne s'est au demeurant pas prononcée.

5.3.2 S'agissant ensuite de l'aspect neuropsychologique, en réalité seul contesté en raison de l'absence d'investigations sur ce plan lors de l'évaluation bi-disciplinaire de mars 2023, on relèvera que cette expertise

intégrait le bilan neuropsychologique réalisé en juin 2022. Au vu de son caractère détaillé et des anomalies particulièrement discrètes constatées à son appui, c'est à raison que l'expert neurologue n'a alors pas jugé utile de répéter ce bilan. Certes, cet expert réservait alors une nouvelle évaluation neuropsychologique dans l'hypothèse où ses conclusions seraient contestées, tout en ayant néanmoins souligné qu'une telle évaluation ne serait pas nécessaire à l'appréciation du cas (dos. int. 36.2/16; 36.2/25). En tout état de cause, un tel examen circonstancié a à nouveau été réalisé en octobre 2023 et a abouti à des résultats pour l'essentiel inchangés depuis le premier bilan ayant conclu à un trouble neuropsychologique léger (voir dos. int. 19.2/7 et 59/2). Un spécialiste de cette discipline s'est en outre exprimé au sein du SMR et a admis, en se référant aux lignes directrices de l'ASNP, que ce trouble générerait en théorie une diminution de rendement de l'ordre de 20% à 30%. Dans l'activité usuelle moyennement contraignante du recourant, il a estimé que cette baisse de productivité s'élevait à 20% au maximum. En s'appuyant sur une abondante doctrine spécialisée, ce neuropsychologue a en outre rappelé qu'un TCC léger, tel celui unanimement reconnu en l'espèce, n'entraînait pas d'atteinte cérébrale irréversible et guérissait dans la règle de manière intégrale après quelques mois. D'après lui, une progression des limitations en présence d'un TCC constituait un indice clair en faveur d'une origine psychogène (dos. int. 68/2 s.). Compte tenu d'une situation dès lors univoque et non évolutive sous l'angle neuropsychologique, c'est à bon droit que la neurologue du SMR a nié la nécessité d'investigations complémentaires sur ce plan paramédical. Son appréciation n'omet néanmoins pas d'intégrer la symptomatologie et les conclusions diagnostiques retenues à l'issue des deux bilans neuropsychologiques précités. Elle intègre en outre expressément les conclusions du neuropsychologue du SMR, puisque les exigences reconnues à hauteur de 80% dans l'emploi usuel et de 90% dans une activité adaptée sont inférées des estimations de ce spécialiste, ayant conclu à un rendement maximal de 20% dans la dernière activité exercée (voir c. 4.3.2). Ces estimations apparaissent du reste généreuses au vu des déficits attentionnels somme toute très discrets objectivés chez le recourant.

5.3.3 Pour ce qui concerne enfin l'aspect psychiatrique, l'expert de cette spécialité mandaté en mars 2023 n'a pas mis en évidence de trouble

psychiatrique sous forme de dépression, d'anxiété, de trouble ou de trait accentué de la personnalité ou d'état de stress post-traumatique. Tout au plus a-t-il conclu à l'existence probable d'un syndrome post-commotionnel (ch. F07.2 CIM-10), apparu dès mars-avril 2022 selon les conclusions de son confrère neurologue. Il a rappelé que ce syndrome était défini dans les manuels diagnostiques comme associant à des degrés divers des symptômes somatiques (céphalées, sensations vertigineuses, nausées, troubles sensoriels ou auditifs, fatigue, troubles du sommeil, trouble somatoforme), des plaintes cognitives (troubles de la mémoire et de l'attention) et des modifications émotionnelles ou comportementales (irritabilité, labilité émotionnelle, anxiété, humeur dépressive). Dans le cas de l'assuré, cet expert a considéré que le syndrome prédécrit ne comprenait aucun symptôme psychique, d'anxiété notamment, et que le patient n'avait pas non plus invoqué de plaintes de cette nature. A raison, il a souligné que les neuropsychologues n'avaient pas davantage constaté de symptômes psychiques lors de leur examen du 28 juin 2022 – ni du reste lors de celui du 24 octobre 2023 (restitutif en revanche de plaintes d'ordre dépressif, non confirmées toutefois lors du bilan psychiatrique de février 2024). En conclusion, l'expert a exclu toute limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique (dos. int. 36.2/13 ss). Les constatations cliniques à la base de son appréciation se recoupent pour l'essentiel avec celles émises dès février 2024 par le psychiatre traitant. Les symptômes décrits par ce dernier, à savoir une fatigue et une fatigabilité accrue, des difficultés de concentration et d'accomplissement de tâches mentales, de même qu'une tolérance réduite au stress, aux bruits et aux émotions, sont en effet inhérents au syndrome post-commotionnel, selon les avis des spécialistes consultés. La même conclusion s'impose quant aux altérations comportementales évoquées par ce spécialiste traitant. En tout état de cause, celui-ci n'a pas retenu de diagnostic distinct en lien avec l'une ou l'autre de ces manifestations cliniques, les rattachant bien davantage dans leur globalité au syndrome post-commotionnel prédécrit (dos. int. 66/4 s.). Moins d'un mois après sa prise en charge, ce médecin a en outre admis que l'assuré avait bien intégré l'événement accidentel sur le plan thymo-affectif (dos. int. 80/3). De plus, il s'est dit incompétent pour apprécier la capacité de travail résiduelle et s'est limité à reprendre le résultat de l'évaluation professionnelle réalisée en avril et mai 2024. Or, à défaut de constituer une observation

professionnelle à proprement parler, ce simple module de clarification réalisé au profit de l'assurance-chômage ne saurait constituer une évaluation fiable des aptitudes de travail du recourant (dos. int. 73/3 ss). Qui plus est, les spécialistes de ce bilan ne se sont pas prononcés sur les divergences constatées entre les performances enregistrées durant la mesure et les substrats cliniques modestes rapportés au dossier, au contraire des experts lors de leur évaluation bi-disciplinaire. Il ne se justifie dès lors pas de s'écarter de cette évaluation médicale davantage éprouvée et aboutie, sur laquelle repose celle du SMR.

5.4 Partant, il convient d'admettre le caractère probant de l'appréciation du SMR à l'aune de la vraisemblance prépondérante (degré de preuve valable en droit des assurances sociales; ATF 151 V 280 c. 3.3.1 144 V 427 c. 3.2; TF 8C_457/2021 du 28 avril 2022 c. 3.3, in SVR 2022 UV n° 41). A la lumière des avis médicaux qui la sous-tendent, il est vrai quelque peu éparpillés au dossier, la situation médicale du recourant apparaît claire et univoque. La valeur probante reconnue à l'appréciation du SMR vaut pour ses aspects médicaux, mais également pour la proposition qui y est formulée relativement à l'estimation de la capacité de travail et de son évolution. Par le fait d'avoir évalué les déficits fonctionnels sur une base objectivée, le SMR a en effet respecté le cadre normatif déterminant (art. 7 al. 2 LPGa; voir c. 2.2). Il n'existe pas non plus d'indices objectifs au dossier qui permettent de douter de la pérennité de cette appréciation à la date de la décision contestée (voir c. 4.3.3). Une instruction complémentaire n'a dès lors pas lieu d'être ordonnée par le TA. Il s'ensuit que c'est à raison que l'intimé a admis sur la base des conclusions du SMR (et du dossier médical) qu'après une incapacité de travail continue à 100% ou 50% dès le 7 novembre 2021 (excepté à 0% du 4 janvier au 26 avril 2022; voir c. 6.1.1), l'assuré avait récupéré des aptitudes de travail entières grevées d'une baisse de rendement de 10% à compter du 7 novembre 2022, dans une activité adaptée autre que celle exercée jusqu'alors.

6.

Il reste à examiner les conséquences juridiques de ce qui précède sous l'angle de l'évaluation de l'invalidité.

6.1

6.1.1 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 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 RAI).

6.1.2 Au présent cas, le droit à la rente n'a pas pris naissance au 1^{er} novembre 2022 comme retenu à tort par l'intimé. La demande de l'assuré ayant été déposée en septembre 2022, le droit à la rente ne pouvait de toute manière pas prendre naissance avant l'expiration de la période de carence de six mois prévue par l'art. 29 al. 1 LAI, soit en mars 2023 (voir dos. AI 1/1; art. 29 al. 3 LPGA). A cela s'ajoute le fait que l'incapacité de travail d'au moins 40% reconnue à l'assuré depuis le 7 novembre 2021 a été interrompue du 4 janvier au 26 avril 2022, ensuite de la reprise à temps plein de son travail (dos. int. 19.3/6 s.; 28.2/11). A mesure qu'elle rendait compte d'une aptitude au travail entière recouvrée durant plus de 30 jours consécutifs, cette interruption était en effet à considérer comme notable au sens de l'art. 29^{ter} RAI. Un nouveau délai d'attente a cependant commencé à courir dès le 27 avril 2022 et est arrivé à échéance au 26 avril 2023, après que l'assuré eut pu justifier durant cette période d'une incapacité de travail interrompue de 40% au moins. Il s'ensuit que le droit à la rente pouvait naître au plus tôt en avril 2023. A cette époque, le délai de carence de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir ses droits (art. 29 al. 1 LAI) était également écoulé. L'année de naissance du droit potentiel à la rente est

donc 2023. C'est dès lors à cette date que doit être effectuée une première comparaison des revenus. La seconde, quant à elle, se fera en 2024, à la suite de l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier de cette année de la modification de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI – à teneur duquel une déduction de 10% est opérée sur le revenu avec invalidité déterminé selon les statistiques.

6.2

6.2.1 Pour déterminer le revenu sans invalidité (revenu de valide; art. 16 LPG), 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, au moment du début potentiel du droit à la rente (ATF 134 V 322 c. 4.1). Il y a lieu de prendre pour base le dernier salaire effectivement réalisé par la personne assurée avant la survenance de l'invalidité. Si le revenu réalisé au cours des dernières années précédant la survenance de l'invalidité a subi de fortes variations, il convient de se baser sur un revenu moyen équitable (art. 26 al. 1 RAI). Si le revenu effectivement réalisé ne peut pas être déterminé ou ne peut pas l'être avec suffisamment de précision, le revenu sans invalidité est déterminé sur la base des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI pour une personne ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante (art. 26 al. 4 RAI).

6.2.2 En l'espèce, l'intimé a, à raison, évalué le revenu sans handicap sur la base du dernier emploi perdu à fin 2023/début 2024 pour des motifs médicaux. En raison de la rémunération à la commission de cette activité, c'est également de manière fondée que cet office s'est basé sur un salaire annuel moyen de Fr. 66'214.- issu des quatre derniers revenus comptabilisés au compte individuel (CI) pour l'activité de conseiller financier (voir dos. int. 11/1), abstraction faite toutefois de l'année 2021, lors de laquelle l'atteinte est survenue (2018: Fr. 60'757.-; 2019: Fr. 77'662.- ; 2020: Fr. 60'222.-). Ce faisant, il ne s'est pas montré défavorable à l'égard de l'assuré, puisque la moyenne des cinq revenus annuels ayant précédé l'année de l'accident aurait été de Fr. 53'301.40 (JTA AI/2020/70 du 14 avril 2021 c. 5.3.2; VGE IV/2023/541 du 22 avril 2025 c. 5.5.1). L'exclusion des années 2016 et 2017 apparaît du reste logique, étant donné que les revenus accumulés au cours de ces périodes sont bien plus bas que les autres salaires perçus. Ils sont ainsi peu représentatifs. Néanmoins, l'intimé n'a procédé à aucune

indexation. Or, avant de fixer la moyenne des revenus déterminants, il y a lieu d'indexer chaque revenu annuel à l'année de naissance du droit à la rente, soit 2023 (TF 8C_233/2015 du 13 octobre 2015 c. 3.4). Ainsi, il en résulte une moyenne de Fr. 67'434.85 pour 2023 (2018: Fr. 62'447.80; 2019: Fr. 78'584.-; 2020: Fr. 61'272.70; voir la table T1.1.10 "Indice des salaires nominaux", hommes, 2011-2025, rubrique K 64-66 Activités financières et d'assurance, indices 2018: 107.8; 2019: 109.5; 2020: 108.9; 2023: 110.8). S'agissant de 2024, cette moyenne est en revanche de Fr. 67'313.10 (2018: Fr. 62'335.10; 2019: Fr. 78'442.15; 2020: Fr. 61'162.10; indice 2024: 110.6).

6.3

6.3.1 Quant au revenu d'invalidé, si l'assuré réalise un revenu après la survenance de l'invalidité, le revenu avec invalidité (art. 16 LPGa) correspond à ce revenu, à condition que l'assuré exploite autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui (art. 26^{bis} al. 1 RAI). Si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant, le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI. Depuis le 1^{er} janvier 2024, l'art. 26^{bis} al. 3 RAI prévoit en substance qu'une déduction de 10 % est opérée sur la valeur statistique visée à l'alinéa 2.

6.3.2 Dès lors que le recourant n'a plus exercé d'activité lucrative depuis la perte de son emploi à fin 2023/début 2024, l'intimé a déterminé à raison le revenu d'invalidé sur la base de l'ESS en se fondant sur la valeur centrale des salaires versés aux hommes pour des activités non qualifiées (physiques ou manuelles simples correspondant au niveau 1 de l'ESS). En revanche, c'est à tort que cet office s'est basé sur les données de l'ESS 2020, à mesure que celles issues de l'ESS 2022 étaient disponibles lorsqu'il a statué sur le droit à la rente. Sur ces nouvelles bases, le salaire avec handicap s'élève à Fr. 59'729.- en 2022 si l'on tient compte de la capacité de rendement de 90% offerte et de l'horaire de travail de 41,7 heures hebdomadaires actuel pour cette année-là (ESS 2022, TA1, hommes, niveau 1, valeur totale, Fr. 5'305.- x 12 x 90% x 41.7/40; voir pour cette dernière adaptation la table "Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique", disponible sur le site www.ofs.ch). Il convient toutefois encore d'adapter ce revenu à l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2023, ce qui débouche

sur un montant annuel de Fr. 60'732.85 (selon la table d'indexation précitée [voir c. 6.2.2], valeur totale, indices 2022: 107.1; 2023: 108.9). En 2024, le revenu avec handicap est porté à Fr. 54'629.20, en tenant compte de la déduction supplémentaire de 10% de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI (voir c. 6.1.2 in fine et c. 6.3.1) et de l'évolution des salaires nominaux jusqu'à l'année concernée (2022: 107.1; 2024: 110.2; voir la table T1.1.20 précitée, hommes, valeur totale).

6.3.3 Il résulte dès lors de ce qui précède que le taux d'invalidité s'élève en 2023 à 10% (9.94% arrondis) après comparaison des revenus de valide de Fr. 67'434.85 et d'invalides de Fr. 60'732.85. En 2024, il est en outre de 19% (18.84% arrondis) une fois comparés les revenus de valide de Fr. 67'313.10 et d'invalides de Fr. 54'629.20. 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 al. 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:

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).