

200.2015.1027.AI
N° AVS A. _____
WIC/BEJ

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

Jugement du 3 février 2017

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
C. Haag-Winkler, greffière



A. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 29 octobre 2015

En fait:

A.

A. _____, né en 1958, séparé de son épouse, au bénéfice d'un CFC de cuisinier depuis 2003, a déposé une première demande de prestations (reclassement) de l'assurance-invalidité (AI) datée du 26 octobre 2003. L'Office AI Berne, par décision du 18 mai 2004, a nié le droit à des prestations (rente et mesures professionnelles), faute d'atteinte invalidante à la santé. La formation dans les soins communautaires commencée en août 2003 a été interrompue en août 2004.

B.

Le 13 janvier 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office AI, qui a organisé, notamment sur la base des résultats d'une expertise psychiatrique (rapport du 19 mars 2010 reconnaissant une capacité de travail mais niant l'exigibilité d'un emploi en cuisine et déconseillant une réadaptation dans les soins), un stage d'observation professionnelle du 11 avril au 10 juillet 2011. Par décision du 23 mai 2012, l'Office AI a nié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles. Au terme d'investigations médicales supplémentaires, l'Office AI a rendu une décision de refus de rente le 23 mai 2013 (degré d'invalidité de 6%). Saisi d'un recours contre cette décision, le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) a, par jugement du 30 juin 2014 (JTA 200.2013.545.AI), admis le recours et annulé la décision contestée, en renvoyant la cause à l'Office AI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

C.

Après avoir obtenu les informations requises auprès des médecins traitants de l'assuré (rapports du 8 août 2014 du généraliste traitant et du 18 septembre 2014 du psychiatre traitant), l'Office AI a sollicité une

expertise interdisciplinaire (rapports du 25 février 2015 du Dr B._____, rhumatologue, et du 23 mars 2015 du Dr C._____, psychiatre; rapport de l'expertise interdisciplinaire du 26 mars 2015). Sur la base de ces mesures d'instruction, l'Office AI a rendu le 17 septembre 2015 un préavis refusant la rente (degré d'invalidité de 2%), qui n'a pas donné lieu à des observations de la part de l'assuré. L'Office AI a confirmé son préavis précité par décision du 29 octobre 2015.

D.

L'assuré a recouru par acte du 20 novembre 2015 auprès du TA contre la décision précitée, en concluant, implicitement et en substance, à l'admission du recours, à l'annulation de la décision de refus de rente, au renvoi de la cause au service de réadaptation de l'intimé pour qu'il accorde des mesures professionnelles et à l'octroi d'une rente basée sur un nouveau calcul du revenu avec invalidité.

Informé par ordonnance de la Juge instructrice du 23 novembre 2015 du fait que le Tribunal ne pourra se prononcer que sur l'objet de la contestation tranché par la décision attaquée (qui n'avait pas été produite avec le recours), le recourant a indiqué, dans le délai imparti, maintenir son recours et a déposé une requête d'assistance judiciaire.

Dans son mémoire de réponse du 4 janvier 2016, l'Office AI a conclu au rejet du recours.

Le recourant a encore, spontanément, fait parvenir trois courriers au TA. Celui du 29 novembre 2016 a été versé au dossier, celui du 4 janvier 2017, se rapportant à des différends avec les autorités d'aide sociale, lui a été retourné, de même que celui du 27 janvier 2017, auquel étaient joints des documents médicaux, soit décrivant des affections postérieures à la décision attaquée, soit concernant des données médicales déjà au dossier.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI du 29 octobre 2015 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'AI. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision, le renvoi de la cause à l'intimé, l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle et d'une rente d'invalidité. Sont allégués la violation du droit d'être entendu et le caractère arbitraire d'une part de l'examen du dossier sous l'angle de la rente et non des mesures de réadaptation et, d'autre part, du revenu d'invalidité fixé par l'intimé pour calculer le degré d'invalidité.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes minimales prescrites, auprès de l'autorité compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est en principe 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] et art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

Toutefois, l'objet de la contestation, à savoir la décision rendue par l'intimé le 29 octobre 2015, porte uniquement sur le refus d'une rente d'invalidité, au motif que le degré d'invalidité minimal ouvrant le droit à cette prestation n'est pas atteint. Si l'octroi d'une rente peut d'emblée être nié, la décision de refus de celle-ci peut être prononcée indépendamment de la question d'éventuelles mesures de réadaptation (TF 8C_515/2010 du 20 octobre 2010 c. 2.2). En l'espèce, des mesures professionnelles ont été organisées, mais un terme y a été mis par décision du 23 mai 2012 (sous réserve de nouvelle demande dès que l'assuré se sentirait en meilleure santé), décision qui n'a alors pas été contestée dans le délai légal et est entrée en force. Dès lors, les motifs et conclusions du recours visant l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle excèdent le présent objet de la contestation (le refus de rente) et ne peuvent faire partie de l'objet du litige

devant le TA (ATF 125 V 413 c. 2a). Le recours est ainsi uniquement recevable en tant qu'il conclut à l'annulation de la décision entreprise, à l'octroi d'une rente d'invalidité et, le cas échéant, au renvoi de la cause à l'autorité précédente. Pour le surplus, il est irrecevable.

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

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

2.

2.1 Le recourant avance tout d'abord des griefs de nature formelle en invoquant des violations de son droit d'être entendu.

2.2 D'une part, le recourant allègue qu'il n'a pas pu défendre ses droits suite au préavis du 17 septembre 2015, le service social qui le soutient n'ayant pas formulé d'observations dans le délai prévu à cet effet, alors que le recourant estime l'avoir chargé de le faire.

En l'espèce, l'intimé a rendu une préorientation le 17 septembre 2015 (préavis au sens des art. 73^{bis} et 73^{ter} du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]), accompagnée d'un courrier adressé au recourant et l'informant de la possibilité pour lui de contester celle-ci dans un délai de 30 jours, soit en formulant une objection par écrit, soit en prenant rendez-vous pour un entretien personnel. Le 28 septembre 2015, l'intimé a adressé au recourant les rapports d'expertise qu'il avait demandés par courrier du 20 septembre 2015 "*pour présenter son dossier*". Il ressort d'une autre lettre de l'intimé du 5 octobre 2015, que le recourant a demandé une nouvelle fois par téléphone du même jour que la lettre du 28 septembre 2015 et les rapports médicaux annexés lui soient adressés. Le 6 octobre 2015, le service social a demandé à pouvoir

consulter le dossier AI dans son intégralité, joignant à son courrier une procuration signée le 2 octobre 2015 par le recourant, qui déclarait ainsi accepter que le service social "*obtienne les renseignements nécessaires afin de clarifier son droit à l'aide sociale*" et donnait "*ainsi son consentement au [service social] afin d'obtenir auprès de [l'intimé] l'intégralité des documents concernant la procédure AI de la personne soussignée*". En date du 23 octobre 2015, le recourant s'est insurgé, dans une missive adressée à une collaboratrice du service social, du fait qu'il ait été informé par téléphone de ce même jour que le service social n'avait pas "la compétence de faire recours" contre le préavis et qu'aucune observation n'avait été formulée dans le délai prévu à cet effet.

Tout d'abord, il faut constater que les autorités en charge de l'exécution de la LAI ne pourraient être tenues pour responsables des problèmes de coordination et de communication entre le recourant et le service social. Les organes de l'AI ont répondu à toutes les requêtes du recourant et des personnes qu'il avait chargées de le représenter et n'ont en rien lésé le droit d'être entendu du recourant (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst., RS 101]). Quoi qu'il en soit, il convient de rassurer le recourant: ses droits de se défendre à l'encontre de la décision de refus de rente n'ont en rien été préterités par l'absence d'observations faisant suite au préavis du 17 septembre 2015. En effet, la décision du 29 octobre 2015 correspond dans son contenu en tous points au préavis précité et un recours a été interjeté contre cette décision au TA, ce dernier disposant du même pouvoir d'examen (étendu) que l'Office AI Berne, tant à l'égard des faits que du droit (ATF 137 I 195 c. 2.3.2, 126 V 130 c. 2b; SVR 2013 IV n° 26 c. 4.2). Le recourant a donc pu faire valoir ses arguments de la même façon que si des observations avaient été formulées déjà à l'encontre du préavis.

2.3 Le recourant allègue en outre que son dossier est incomplet en ce sens qu'une "pièce à conviction", à savoir une lettre du directeur du centre de formation D. _____ aurait été dissimulée (aspect du droit d'être entendu comprenant le droit de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision et d'avoir accès au dossier; ATF 132 V 368 c. 3.1; SVR 2014 UV n° 32 c. 5.1).

La lettre qui manque au dossier AI représente un courrier du 21 janvier 2013 du directeur du centre dans lequel il a été envisagé de faire suivre au recourant une formation dans la conciergerie ou le polissage, voire la soudure, en fonction des résultats du stage d'observation professionnelle organisé en 2011. Cette lettre portait sur le contenu d'un entretien du 20 avril 2012, prévu pour la signature d'une convention d'objectifs, mais qui a débouché sur une interruption des mesures de réadaptation eu égard aux problèmes de dos invoqués en relation avec la formation dans la conciergerie et de médicaments, en relation avec un emploi sur une machine (voir "Protokoll per 04.01.2016" - 24.02.2012 à 20.04.2012"; voir aussi lettre du 22 novembre 2013 du recourant au directeur du centre qui mentionne en plus un vœu de commencer une activité dans l'horlogerie, qui a cependant été écarté aussi en raison des médicaments). L'absence de cette lettre du 21 janvier 2013 au dossier AI ne saurait porter atteinte au droit d'être entendu du recourant. D'une part, le directeur du centre de formation, sur (nouvelles) demandes du recourant des 8 et 22 novembre 2013, a attesté l'existence de cette lettre préalable du 21 janvier 2013 et a confirmé que la décision de ne pas débiter une mesure à cette période avait été prise d'un commun accord (dossier [dos.]. AI doc. 145/1 et 147/2). Le dossier AI permet donc de reconstituer le contenu de la lettre du 21 janvier 2013. D'autre part, cette lettre ne se rapporte pas à des faits susceptibles d'influer sur la décision de refus de rente ici en cause, mais tout au plus sur la décision du 23 mai 2012 de refus de droit à des mesures professionnelles tant que l'intéressé ne se sentirait pas dans un état de santé lui permettant de demander à nouveau de telles mesures, décision qui n'est pas couverte par la présente procédure (voir c. 1.2 supra).

2.4 Il s'en suit que le droit d'être entendu du recourant n'a été lésé en aucune façon en l'espèce.

3.

3.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des

possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de l'existence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

3.2 Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré exerçant une activité lucrative 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 (méthode générale de comparaison des revenus; art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 c. 3.4.2, 128 V 29 c. 1).

3.3 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). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 141 V 281 c. 3.7.1, 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2014 IV n° 2 c. 3.1). 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). 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 141 V 281 c. 2.1).

3.4 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). L'expert évalue les capacités fonctionnelles de la personne concernée en fonction des indicateurs pertinents. Les organes d'application du droit vérifient ensuite librement les indications fournies, en particulier le point de savoir si les médecins ont respecté le cadre normatif déterminant, c'est-à-dire s'ils ont exclusivement tenu compte de déficits fonctionnels qui découlent d'une atteinte à la santé (art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA), et si leur appréciation de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA; ATF 141 V 281 c. 5.2.2).

3.5 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 125 V 351 c. 3a; SVR 2015 IV n° 28 c. 4.1). 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 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

4.

Dans sa décision ici contestée, l'intimé a considéré, sur la base de l'expertise bidisciplinaire du 26 mars 2015, que l'exercice de l'activité de cuisinier n'est plus exigible de la part du recourant. En revanche, selon l'intimé, dans une activité adaptée, à savoir effectuée de préférence en position assise, le recourant est apte à travailler à 100% et sans diminution de rendement.

Le recourant, pour sa part, ne conteste pas en soi la valeur probante de l'expertise sur le plan formel. Il invoque toutefois que la prescription de médicaments antidépresseurs constitue une indication pour l'existence d'un diagnostic autre que celui d'un mal de dos et que cette atteinte psychique doit également être prise en considération pour évaluer sa capacité de travail résiduelle.

5.

5.1 Suite à l'arrêt du TA du 30 juin 2014 (JTA 200.2013.545.AI précité) annulant la décision de rente du 23 mai 2013, l'intimé a sollicité de nouveaux rapports médicaux auprès des médecins traitants, afin d'actualiser les informations quant à l'état de santé du recourant.

5.1.1 Le généraliste traitant a ainsi indiqué, dans un rapport du 8 août 2014, que l'état de santé du recourant était stationnaire tant au niveau des diagnostics que sur le plan médical. Le généraliste traitant a précisé qu'il convenait d'éviter au recourant des situations de contrainte extrême, tout en niant par ailleurs toute incapacité de travail pour des motifs de santé. Il a estimé que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. En outre, il a encore expliqué que le recourant n'a pas régulièrement besoin d'assistance d'autres personnes pour les gestes de la vie quotidienne et qu'il ne jugeait pas nécessaire de procéder à d'autres mesures médicales.

Sur une feuille annexe au rapport médical, le généraliste a relevé quant aux restrictions imputables à l'état de santé, qu'il s'agissait pour le recourant de ménager sa colonne vertébrale lombaire ("*Verminderte Belastbarkeit LWS Exazerbation nach Belastung*"). Selon ce médecin, le métier de cuisinier n'est plus exigible car le recourant n'est plus en mesure d'assumer des activités debout, ne peut plus soulever ni porter des charges supérieures à 5 kg. Le généraliste traitant a cependant ajouté que le recourant est en revanche encore apte à exercer une activité en position assise ou permettant l'alternance de positions. Il a encore constaté que les mesures professionnelles entreprises jusqu'alors avaient apparemment échoué et que si d'autres devaient entrer en considération, il s'agirait de veiller à intégrer le recourant lors de la prise de décision. Il a conclu en constatant que les possibilités thérapeutiques et le pronostic sont réservés.

5.1.2 Le psychiatre traitant du recourant, en date du 18 septembre 2014, a lui aussi qualifié l'état de santé du recourant de stationnaire. Il a diagnostiqué un état plutôt inchangé comportant des troubles de l'adaptation avec perturbation des émotions et du comportement social (CIM-10 F43.24) chez une personnalité sensitive paranoïaque (CIM-10: F60.0) existant depuis des années et ayant une influence sur la capacité de travail. Selon le psychiatre traitant, on ne constate, tant sur le plan psychiatrique que sur le plan de l'évolution, aucun changement depuis le 1^{er} août 2012. Il a renvoyé à son rapport de ce même jour et a souligné que la thérapie consiste toujours en un traitement de psychiatrie intégrée accompagné de psychothérapie (thérapie cognitive comportementale), ainsi que d'un traitement médicamenteux à base principalement de neuroleptiques, d'antidépresseurs et de consultations régulières. De son point de vue, le pronostic est surtout dépendant de la situation psychosociale du recourant, qui n'est toujours pas améliorée, puisqu'il vit de l'aide sociale, se trouve sans travail et surtout, précise-t-il, sans aucune structure journalière. Il a considéré que de nouvelles mesures professionnelles sont indiquées, que le recourant n'a pas régulièrement besoin d'assistance d'autres personnes pour les gestes de la vie quotidienne et qu'un bilan médical complémentaire n'est pas indiqué, en renvoyant toutefois au généraliste traitant pour ce qui concerne le problème somatique de la colonne vertébrale. Sur la feuille annexe au rapport

médical, le psychiatre traitant a spécifié, concernant les restrictions physiques, intellectuelles et psychiques du recourant, la persistance de changements d'humeur se manifestant souvent par des phases dépressives accompagnées d'insomnies, d'un sentiment de culpabilité, d'une perte de confiance et perte de l'estime de soi. Il a expliqué que le recourant décrivait aussi souvent la persistance de pensées de ruminations fixées sur sa situation psychosociale (pas de travail, pas de structure journalière et soutenu par l'aide sociale). Il a également relevé la présence inchangée des troubles de la personnalité sensitive paranoïaque (caractère soupçonneux, méfiant, conflits relationnels). Le psychiatre traitant est toutefois d'avis que le recourant est apte pour une réadaptation professionnelle, en dépit du problème psychiatrique. La capacité de travail du recourant en tant que cuisinier est décrite comme nulle par le spécialiste traitant, qui a estimé que le recourant nécessitait une réadaptation professionnelle dans un domaine souhaité par lui, à savoir l'informatique, l'horlogerie ou l'électronique, qui lui permettrait de travailler de façon autonome dans un environnement sans stress et sans conflits. La poursuite du traitement ambulatoire de psychiatrie intégrée, du traitement médicamenteux, ainsi que la continuité des consultations régulières ont été conseillés par ce médecin traitant.

5.2 L'intimé a confié la réalisation de l'expertise interdisciplinaire imposée par le jugement du 30 juin 2014 (JTA 200.2013.545.AI) à deux experts, rhumatologue et psychiatre.

5.2.1 Dans son rapport du 25 février 2015, l'expert rhumatologue a diagnostiqué comme ayant des répercussions sur la capacité de travail, un syndrome douloureux lombosacré chronique intermittent avec irradiation pseudoradiculaire à droite (depuis 1993), discret mauvais maintien, clinique correspondant à l'âge sans symptomatologie radiculaire, légère ostéochondrose des segments L4/5 et L5/S1, ainsi qu'adiposité et déconditionnement en raison d'un manque d'activité physique. Un syndrome douloureux chronique cervical (depuis 2011), des formations partiellement étendues de chéloïdes, ainsi qu'un dysfonctionnement érectile, ont été considérés comme n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. L'expert a décrit une certaine restriction dans la

sollicitation de la colonne vertébrale lombaire, expliquant que le recourant pourrait souffrir de maux de dos dans l'exercice de son métier de cuisinier. Selon l'expert, les autres fonctions physiques sont intactes et le recourant pourrait travailler à temps complet comme cuisinier, en tenant cependant compte d'une diminution de rendement de 15% en raison des pauses pour s'asseoir imposées par les maux de dos occasionnés par un travail essentiellement debout. Quant aux mesures médicales envisageables, l'expert a expliqué qu'une perte de poids serait souhaitable, mais non réalisable, tout comme une thérapie d'entraînement médicale. Il a estimé que la seule option réaliste consistait dans l'optimisation de la médication antalgique, mais qu'il se trouvait dans l'incapacité de se prononcer plus avant sur ce point, ses questions insistantes n'ayant pas permis de déterminer la dose médicamenteuse mensuelle du recourant. L'expert a encore indiqué que le recourant pourrait mettre sa capacité de travail mieux en valeur dans une activité plus adaptée à sa situation de santé, à savoir dans l'exercice d'une activité légère, voire moyenne physiquement, alternant les positions, mais essentiellement en position assise et ceci à temps complet, sans diminution de rendement. De l'avis de l'expert rhumatologue, il appartient à l'expert psychiatre de définir quelles exigences une place de travail devrait en particulier satisfaire d'un point de vue médical.

5.2.2 L'expert psychiatre, dans son rapport du 23 mars 2015, n'a retenu aucun diagnostic avec répercussions sur la capacité de travail. En revanche, il a indiqué à la rubrique des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, des difficultés liées à l'orientation de son mode de vie (Z73.1), d'autres difficultés liées à l'entourage immédiat, y compris la situation familiale (Z63), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), une personnalité paranoïaque (F60.0), ainsi qu'un status post-trouble de l'adaptation (F43.21). De l'avis de l'expert psychiatre, les atteintes psychosomatiques sont prépondérantes et doivent être considérées comme surmontables, étant donné qu'elles n'ont pas pour origine un trouble psychique. Il n'existe pas de diminution de rendement dans l'activité de cuisinier, qui pourrait être exercée, en raison des expériences négatives rencontrées, dans un environnement professionnel calme, que ce soit dans une cantine ou un hôpital, en tenant également

compte des limitations imputables aux atteintes dorsales. Selon l'expert, il n'a jamais existé de restriction de la capacité de travail pour des motifs psychiatriques chez le recourant. S'agissant d'éventuelles mesures médicales, l'expert psychiatre a recommandé la poursuite du suivi psychiatrique ambulatoire et si la santé mentale du recourant devait à nouveau se péjorer, que la médication soit effectivement prise, ce qui n'était pas le cas au moment de la réalisation de l'expertise. Il a également recommandé la médication à titre prophylactique. L'expert psychiatre a du reste exclu une rechute. Il a ajouté que si le recourant peut poursuivre son activité de cuisinier, il est également en mesure d'exercer une autre activité, à temps complet et sans diminution de rendement.

5.2.3 De façon interdisciplinaire, les experts ont considéré qu'eu égard à leurs conclusions respectives, il était possible de se fonder totalement sur les considérations tirées sur le plan rhumatologique. Le recourant dispose ainsi selon eux d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité exercée de préférence en position assise.

5.3 Sur un plan formel, il peut d'emblée être reconnu entière valeur probante à l'expertise bidisciplinaire des experts rhumatologue et psychiatre du 26 mars 2015 ce qui, à juste titre, n'est pas contesté par le recourant. Elle répond en effet aux exigences développées par la jurisprudence en la matière (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a). Les points litigieux importants ont été examinés par les experts et leurs rapports respectifs démontrent une connaissance fouillée du dossier du recourant. Ils ont tous deux examinés le recourant et ont rapporté ses plaintes subjectives. L'anamnèse de chacun des rapports atteste que le dossier leur était connu dans son ensemble, au vu des descriptions des pièces qu'il contient. Le contexte médical exposé de manière claire par chacun des experts conduit du reste à des conclusions motivées dans les deux rapports, comme dans la partie de l'expertise consacrée à l'appréciation interdisciplinaire.

5.4

5.4.1 Sur le plan matériel, force est d'emblée de constater que les conclusions de l'expertise sur le plan somatique concordent avec les autres

rapports médicaux figurant au dossier, notamment avec celles du généraliste traitant du 22 novembre 2011. Ce dernier avait alors retenu, sur un plan somatique, un syndrome lombovertébral présent depuis 2000, les douleurs s'exacerbant en cas de sollicitation. Il avait indiqué à la rubrique portant sur les constats objectifs, un syndrome lombovertébral chronique récidivant avec ostéochondrose L4/5 et L5/S1, ainsi que spondylosis déformans L2/3. Les mesures thérapeutiques consistaient alors en des séances de physiothérapie (reconditionnement physique). Le généraliste traitant estimait (d'un point de vue global toutefois) que l'activité de cuisiner était encore exigible à raison de 80 - 100%. Il avait confirmé ce point de vue dans un rapport ultérieur du 13 juillet 2012, notant une différence de longueur des jambes et précisant la présence d'une scoliose et d'une lordose lombaire et maintenant l'évaluation de la capacité de travail de 80 - 100% en tant que cuisinier, avec une diminution de rendement due au manque d'endurance. Un rhumatologue consulté par le recourant à la même époque avait également constaté, dans un écrit du 21 juillet 2012, la présence sur l'imagerie médicale de modifications dégénératives légères à modérées, ainsi qu'un léger mauvais maintien, concluant ainsi à des atteintes dégénératives, d'une part, et rhumatismales des tissus mous, d'autre part, dans la région de la colonne vertébrale, plus accentuées au niveau lombaire que cervical. Il avait également recommandé une thérapie de reconditionnement physique. Dans son rapport le plus récent, daté du 8 août 2014, le généraliste traitant a encore confirmé l'état stationnaire du recourant du point de vue somatique; il a attesté d'une capacité de travail pleine et entière en recommandant d'éviter les situations de contrainte extrême. Face à l'unanimité des avis, émanant à la fois des médecins traitants et de l'expert rhumatologue, on peut sans autre se fier à l'expertise convaincante quant aux atteintes somatiques et que le recourant ne conteste du reste pas.

5.4.2 Toujours sur le plan matériel, l'évaluation de l'état de santé psychiatrique du recourant par les différents médecins qui se sont prononcés à ce sujet est plus nuancée. La principale différence consiste dans le fait que le trouble de l'adaptation diagnostiqué dans une expertise de 2010 et confirmé par le psychiatre traitant (CIM-10: F43.24) est désormais considéré par l'expert actuel comme dépassé (status post-

trouble de l'adaptation, CIM-10: F43.21). Le psychiatre traitant, dans son rapport du 18 septembre 2014, avait déjà noté une amélioration de l'irritabilité, de la nervosité, des accès de colère et des crises d'anxiété avec panique. Dans son appréciation de mars 2015, l'expert psychiatre a soigneusement expliqué que ses observations (notamment: absence d'anxiété, pas de perturbation de l'estime de soi, attitude amicale, bon rapport affectif et contacts sociaux suivis dans une communauté religieuse) ne correspondaient plus à un trouble de l'adaptation, voire une dépression réactive, ni une personnalité sensitive, mais à des traits accentués de la personnalité. Il a ainsi décrit que les diagnostics, à présent dépassés, bien qu'ils aient encore été relevés lors de l'expertise de 2010, avaient été engendrés par la séparation d'avec l'épouse (approximativement en 2005) et les problèmes d'ordre professionnel (dès 2008). Par ailleurs, l'expert a relevé une mauvaise compliance médicamenteuse, le bilan sanguin ayant révélé des concentrations nettement inférieures à celles attendues, au vu de la posologie indiquée par le médecin traitant. L'expert psychiatre en a donc déduit que le potentiel thérapeutique n'était pas épuisé, tout en concédant que la médication en question avait un rôle prophylactique et que même sans l'aide des médicaments prescrits, le comportement du recourant est tout à fait adéquat. L'expert n'en a pas moins souligné que le fait que le recourant ne prenne pas les médicaments prescrits démontre que même celui-ci ne se sent pas malade psychologiquement, ce qui vient encore étayer son évaluation. Les considérations de l'expert relatives à la mauvaise compliance réduisent également à néant l'argument du recourant qui s'appuie sur la prescription d'antidépresseurs pour démontrer l'existence d'une atteinte psychique qui n'aurait pas été prise en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail. Cet aspect a forcément été examiné, puisqu'un psychiatre a participé à l'élaboration de l'expertise et cet expert psychiatre a précisément exposé les raisons pour lesquelles la prescription d'une médication contre la dépression n'impliquait pas l'existence d'une atteinte malade de ce type (prescription plus prophylactique que thérapeutique, mauvaise compliance ne perturbant pas le comportement adéquat du recourant, conscience de ce dernier de l'importance toute relative de cette médication que partiellement respectée). L'expert psychiatre a toutefois constaté que les plaintes du recourant se fixaient sur les douleurs, avec une extension des maux en

présence de problèmes personnels amplifiant le phénomène, ce qui justifie, selon lui, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. L'expert s'est par conséquent attaché à examiner le caractère surmontable de cette atteinte à la lumière des critères jurisprudentiels alors en vigueur (ATF 137 V 64 c. 4.1, 136 V 279 c. 3.2.1, 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.3). En constatant que le trouble de l'adaptation se résorbait, que les traits de personnalité n'étaient pas graves, que les baisses d'humeur liées aux douleurs physiques ressenties sont déjà comprises dans le diagnostic même de trouble somatoforme douloureux, il a nié la présence d'une comorbidité psychiatrique, qui plus est importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Quant aux autres critères susceptibles d'être déterminants, l'expert psychiatre a certes pris en compte l'existence d'une atteinte rhumatologique qui restreint la capacité de travail, une structure de personnalité prémorbide, toutefois peu marquée, et des douleurs qui progressent et deviennent chroniques, mais il a aussi relevé une persistance de l'intégration sociale (fréquentation de cours de langues, activités paroissiales, contact avec des amis), l'absence d'échec du traitement (toutes les possibilités n'étant pas encore épuisées). Sur la base de ses constatations, l'expert arrive à la conclusion que si plusieurs critères sont remplis, ils ne le sont toutefois pas dans une mesure qui autorise à conclure au caractère insurmontable du trouble somatoforme douloureux et il en déduit qu'aucune atteinte psychiatrique ne réduit la capacité de travail du recourant, même dans un emploi de cuisinier, mais qui devrait de préférence être exercé dans un cadre calme.

5.5

5.5.1 L'avis étayé de l'expert psychiatre convainc au sens de la jurisprudence qui déterminait le caractère surmontable ou non des troubles somatoformes en fonction d'une présomption. Le Tribunal fédéral (TF) a cependant modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'AI en cas de trouble somatoforme douloureux persistant et de troubles psychosomatiques comparables (ATF 141 V 281, arrêt rendu le 3 juin 2015). La nouvelle jurisprudence doit être prise en considération pour les cas encore pendants au moment du revirement (TF 9C_476/2009 du 7 décembre 2009 c. 3.3; VGE IV/15/130 du 15 juillet 2015 c. 2.3). Une

expertise mise en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perd néanmoins pas d'emblée toute valeur probante. Dans le cadre de l'examen global et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, il est conforme au droit fédéral de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants pour les appliquer aux nouvelles exigences (ATF 141 V 281 c. 8, 137 V 210 c. 6). En l'espèce, comme la proposition de l'expert psychiatre niant tout caractère incapacitant (donc invalidant) au trouble somatoforme est fondée sur un raisonnement calqué sur l'ancienne jurisprudence, il y a lieu de procéder à une analyse conforme à la nouvelle méthode initiée par l'ATF 141 V 281 (voir par exemple TF 9C_154/2016 du 19 octobre 2016 c. 4.1).

5.5.2 Dans l'examen de la preuve d'une atteinte à la santé (1^{ère} étape de l'évaluation selon la nouvelle jurisprudence), il convient d'admettre, au vu du diagnostic établi de façon conforme aux critères de classification par l'expert psychiatre, que le recourant souffre d'un trouble somatoforme persistant au sens strict (F45.40). Par ailleurs, le dossier ne contient aucun indice d'exagération ou d'une autre manifestation analogue. A ce stade par conséquent, aucun motif d'exclusion (au sens de l'ATF 131 V 49) ne permet d'écarter le caractère d'atteinte à la santé au diagnostic posé par l'expert psychiatre. Quant à la preuve de l'incapacité de travail (2^{ème} étape), le TF désormais abandonne la présomption selon laquelle les troubles psychosomatiques concernés ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Il n'en reste pas moins que de manière inchangée, selon la volonté claire du législateur exprimée à l'art. 7 al. 2 LPGA, dans le but d'une perspective objective, il faut partir du principe qu'une personne est valide. Il s'agit désormais d'évaluer la capacité de travail de façon normative et structurée sur la base d'un catalogue d'indicateurs (répartis en deux grandes catégories: "degré de gravité fonctionnel" et "cohérence") qui tiennent compte des facteurs de contrainte restreignant cette capacité, mais aussi du potentiel de compensation (ressources; ATF 141 V 281 c. 3.7.2, 4.3, 4.4 et 5). En l'espèce, il ressort du dossier qu'en dépit des douleurs attestées sur le plan lombaire par l'expert rhumatologue, le recourant dispose de ressources émanant, notamment, de sa personnalité, en l'absence de comorbidité psychiatrique, d'instabilité d'humeur et de manifestations dans le

comportement qui laisseraient supposer un trouble de la personnalité, les critères d'un trouble de la personnalité sensitive-paranoïde n'étant pas remplis. Le recourant tire également des ressources du contexte social dans lequel il évolue, puisqu'il a lui-même déclaré à l'expert psychiatre que son rapport aux gens s'était amélioré, qu'il se sent plus calme, n'entre plus en conflit avec ses semblables et que, de manière générale, il a constaté une amélioration dans les rapports humains (pas de rancœur, ni méfiance ni esprit querelleur). L'expert psychiatre a par ailleurs souligné que le recourant, qui n'a plus exercé d'activité professionnelle régulière depuis 2008, s'était efforcé de structurer son quotidien, notamment en écrivant des livres et en suivant assidûment des cours de langues, ce qui constitue autant de signes que le recourant dispose encore de capacités intactes. En outre, le recourant fréquente régulièrement sa communauté religieuse, ce qui lui permet également de rencontrer d'autres personnes et de faire de nouvelles connaissances. Il faut encore ajouter que le recourant est de surcroît capable d'optimiser ses ressources, en faisant preuve d'une meilleure compliance médicamenteuse, en prenant des mesures de reconditionnement physique et en diminuant sa (sur)charge pondérale. Ces éléments caractéristiques des indicateurs standards ne permettent pas d'attribuer, avec une vraisemblance prépondérante, par rapport aux répercussions fonctionnelles d'atteintes à la santé médicalement constatées et aux critères de cohérence, un caractère invalidant au trouble somatoforme diagnostiqué (ATF 141 V 281 c. 6).

5.6 Le Tribunal parvient donc aux mêmes conclusions que celles de l'expertise bidisciplinaire, quand bien même celle-ci a-t-elle été élaborée, sur le plan psychique, en fonction des critères posés sous l'ancienne jurisprudence. Par conséquent, c'est à raison que l'intimé s'est rallié au résultat des experts considérant que le recourant, sur le plan psychique, ne subit aucune limitation de sa capacité de travail (sinon un milieu calme pour l'exercice de la profession de cuisinier pas optimale) et que les seules restrictions découlent de l'état somatique, en ce sens qu'une activité légère à moyenne, permettant d'alterner les positions mais exercée essentiellement en position assise, devait être privilégiée (aussi au détriment de la profession de cuisinier) pour garantir un taux d'occupation plein et sans perte de rendement. Il n'existe pas d'indice de détérioration de

l'état de santé du recourant jusqu'à la date de la décision attaquée (voir c. D supra au sujet des documents médicaux produits par le recourant après l'échange d'écritures). Il est ainsi superflu d'organiser des mesures probatoires supplémentaires.

6.

6.1 Sur cette base, il reste à évaluer le degré d'invalidité. D'emblée, il faut constater que, contrairement à ce qu'allègue le recourant, sur un marché du travail équilibré (qui sert de référence théorique et abstraite en AI: ATF 110 V 273 c. 4b; RCC 1991 p. 329 c. 3b), il existe manifestement des emplois (par ex. en fabrique ou en atelier, activités impliquant des manipulations légères, un contrôle, de l'emballage), satisfaisant aux conditions requises, correspondant aux facultés du recourant et à la portée de ce dernier sans formation spécifique, en vertu de son obligation de réinsertion personnelle (ATF 138 V 457 c. 3.1 et 3.2). De surcroît, il faut rappeler que dans sa dernière décision d'interruption des mesures de réadaptation, l'intimé a réservé une nouvelle demande du recourant lorsqu'il se sentirait en mesure de réintégrer le marché du travail. C'est à lui qu'en incombe d'en prendre l'initiative. Il doit cependant être conscient du fait qu'un assuré n'a, en règle générale, droit qu'aux mesures nécessaires et appropriées pour atteindre l'objectif de sa réadaptation et non à celles qui seraient les meilleures dans son cas (voir art. 8 al. 1 LAI; ATF 139 V 115 c. 5.1).

6.2 Pour procéder à la comparaison des revenus selon la méthode ordinaire (voir c. 3.2 supra), il convient de se placer au moment 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 doivent être prises en compte (ATF 129 V 222, 128 V 174; SVR 2003 IV n° 11 c. 3.1.1). Comme l'a déterminé l'intimé, l'année de référence est en l'occurrence 2009. En effet, la demande de prestations a été déposée courant janvier 2009 et le délai de six mois de l'art. 29 al. 1 LAI dès la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux

prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA était donc échu en juillet 2009. A cette époque, on peut considérer qu'une incapacité de travail de 40% au moins comme cuisinier avait déjà été attestée au recourant en moyenne pendant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 LAI).

6.3 Le revenu de valide de Fr. 53'092.- pris en considération par l'intimé dans la comparaison des revenus ne fait, à raison, l'objet d'aucune critique de la part du recourant. En effet, ce revenu a été calculé selon les données fournies par le dernier employeur qui a engagé le recourant en qualité de cuisinier, pour une durée déterminée (du 25 mars au 14 mai 2008). Cette façon de faire correspond à la règle générale qui fixe le revenu sans invalidité en fonction du dernier salaire gagné par la personne assurée, en l'adaptant le cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires réels (ATF 139 V 28 c. 3.3.2, 134 V 322 c. 4.1). Il s'agissait d'un salaire mensuel de Fr. 4'000.-, versé 13 fois l'an en 2008, donc Fr. 52'000.-. Une fois indexé à 2009, l'on obtient un revenu de valide de Fr. 53'083.- (selon table T1.93, indice des salaires nominaux, 1993-2013, valeur "Total" "hommes": indice 2008: 120,0 et indice 2009: 122,5), à peu près équivalent à celui obtenu par l'intimé (qui s'est probablement fondé sur d'autres données d'indexation des salaires).

A noter que ce salaire de valide de Fr. 53'092.- est inférieur au salaire statistique usuel dans la branche. En effet, selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée en 2008 par l'Office fédéral de la statistique (OFS; toutes les données chiffrées, y compris indices d'indexation et durée du travail hebdomadaire, peuvent être consultées sur le site internet de l'OFS), table TA1, hommes, niveau 3 (connaissances professionnelles spécialisées, à retenir au vu du CFC de cuisinier du recourant), dans la branche 55 hôtellerie et restauration, le salaire mensuel est de Fr. 4'286.-, soit de Fr. 51'432.- annuels (= Fr. 4'286.- x 12). Indexé à l'année de référence 2009 (selon table T1.93, indice des salaires nominaux, 1993-2013, valeur "Total" "hommes": indice 2008: 120,0 et indice 2009: 122,5), l'on obtient un revenu de Fr. 52'503.50, qu'il convient encore d'adapter à la durée de travail hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises (durée normale de travail dans les entreprises selon la section économique dans l'hébergement et la restauration en 2009: 42.0;

ATF 141 V 1 c. 5.6), il en résulte ainsi un salaire statistique usuel annuel de Fr. 55'128.70. La différence entre ce salaire de référence et le salaire de valide du recourant, réalisé dans son emploi de cuisinier avec CFC, n'atteint cependant pas la limite de 5% à partir de laquelle la jurisprudence qualifie un revenu de nettement inférieur à la moyenne (ATF 135 V 297 c. 6.1.2 et 6.1.3). Il n'y a donc pas lieu de procéder à un parallélisme des revenus à comparer.

6.4 Dans la décision litigieuse, l'intimé a fixé le revenu d'invalidé à Fr. 52'053.- sur la base du revenu d'ouvrier, selon la valeur "Total" de l'ESS en 2008, indexée à 2009, en admettant un abattement de 15% (Fr. 61'239.- x 85%). Le recourant estime qu'au vu de sa formation professionnelle et de son handicap physique, il n'est pas en mesure de réaliser un revenu de cet ordre de grandeur, particulièrement eu égard au fait qu'aux dires de l'expert rhumatologue, il ne peut espérer d'emploi dans le domaine de l'électronique ou de l'informatique à son âge.

C'est à raison que l'intimé s'est fondé sur les données statistiques usuelles (ESS, valeur "Total") pour évaluer le revenu d'invalidé, puisque le recourant n'a plus exercé d'activité lucrative, ou du moins plus d'activité exigible adaptée à son état, depuis sa demande de prestations de 2009. Le niveau 4 de l'ESS 2008 recouvre l'ensemble des activités simples et répétitives, ne nécessitant pas de formation certifiée, y compris des emplois encore accessibles au recourant au vu de son profil d'exigibilité; ce niveau tient donc compte du fait qu'une activité dans l'électronique ou l'informatique, qui exigerait une formation, n'est pas forcément à la portée du recourant. En se fondant sur l'ESS 2008, TA1, hommes, total, niveau 4, à savoir Fr. 4'806.-, l'on parvient à un revenu annuel de Fr. 57'672.- (Fr. 4'806.- x 12). Une fois indexé à l'année de référence 2009 (Indice suisse des salaires nominaux T1.93, total, hommes, en 2008: 120.0, 2009: 122.5), l'on obtient Fr. 58'873.50, montant qu'il convient encore d'adapter au temps de travail de 2009 de 41,7 heures hebdomadaires (les salaires bruts standardisés de l'ESS sont fondés sur un horaire de 40 heures; ATF 126 V 75 c. 3b/bb), soit un résultat de Fr. 61'375.60. Au surplus, et à l'instar de l'Office AI, il y a lieu de concéder un abattement de 15% (sur le maximum de 25% admis par la jurisprudence), pour tenir compte des spécificités personnelles et

professionnelles du recourant (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2015 IV n° 1 c. 2.2), quand bien même, pour le revenu avec invalidité, il n'est pas question de prendre en compte la perte de rendement de 15% reconnue par les experts dans le métier de cuisinier, qui n'est pas adapté de façon optimale. La réduction de 15% tient compte du fait qu'un nouvel engagement dans le domaine de la cuisine n'est pas idéalement profilé en raison des douleurs lombaires et que le recourant doit envisager un changement de domaine d'activité. On aboutit ainsi à un montant de Fr. 52'169.30, très proche du revenu avec invalidité calculé par l'intimé (Fr. 52'053.-).

6.5 Que l'on compare les résultats auxquels parvient le TA (Fr. 53'083.- et Fr. 52'169.30; invalidité de 1,72%) ou ceux de l'intimé (Fr. 53'092.- et Fr. 52'053.-; invalidité de 1,96%), il en résulte un degré d'invalidité arrondi de 2%, inférieur à la limite de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité de l'AI.

6.6 En conséquence, c'est à bon droit que l'intimé a nié le droit du recourant à une rente.

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, le recours dirigé contre la décision du 29 octobre 2015 doit être rejeté, dans la mesure où il est recevable.

7.2 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Les frais de procédure doivent être fixés à Fr. 800.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

Le recourant, qui succombe, doit supporter les frais de la procédure et ne peut prétendre à des dépens (art. 69 al. 1^{bis} LAI, 61 let. g LPGA a contrario, 104 al. 2 et 108 al. 1 et 3 LPJA).

7.3 Sur requête, l'autorité 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 (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

En l'espèce, le recourant a requis d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée au frais de procédure. La condition financière est manifestement remplie, le recourant bénéficiant de l'assistance financière des services sociaux de sa ville (voir attestation d'assistance du service social du 25 novembre 2015 joint à l'appui du recours; ATF 128 I 225 c. 2.5.1). En outre, les chances de succès du recours ne pouvaient être d'emblée niées (ATF 129 I 129 c. 2.3.1, 122 I 267 c. 2b et les références citées). En l'espèce, la requête peut dès lors être admise et le recourant mis au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure, qui sont provisoirement supportés par le canton.

Le recourant doit en outre 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, de suffisamment de revenu ou de fortune (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272] par renvoi de l'art. 112 al. 2 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
2. La requête d'assistance judiciaire, limitée aux frais de procédure, est admise.

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. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

La greffière:

Voie de recours

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