

200.2015.193.AI

DEJ/BEJ

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

Jugement du 25 novembre 2016

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
J. Desy, greffier



A. _____
représenté par B. _____

recourant

contre

Office AI Berne
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne

intimé

relatif à une décision de ce dernier du 28 janvier 2015

En fait:

A.

A. _____, né en 1959, divorcé et père d'un enfant majeur, a appris le métier de maçon et plâtrier (stucateur) dans son pays d'origine. Il a travaillé en Suisse depuis 1979 (emplois souvent de courte durée entrecoupés de chômage). Sans travail depuis juin 2010 et soutenu par les services sociaux, il a déposé, sur initiative de ces derniers, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 25 janvier 2013 (reçue le 28 janvier 2013) en invoquant souffrir depuis 2010 de dépression, de trouble du sommeil, d'angoisses et de douleurs.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne s'est procuré un rassemblement des extraits du compte individuel de cotisations sociales (CI) et a requis des informations auprès des médecins psychiatre et généraliste traitants du recourant. Par communication du 10 avril 2013, il a nié le droit de ce dernier à des mesures professionnelles. Après réception de rapports médicaux émanant des médecins susmentionnés, l'Office AI Berne a pris conseil auprès d'un médecin psychiatre de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui a recommandé l'établissement d'une expertise bidisciplinaire (psychiatrique et rhumatologique). Sur mandat de l'Office AI Berne du 25 juillet 2013, les experts, la Dresse C. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, et le Dr D. _____, spécialiste en neurologie, psychiatrie et psychothérapie, ont procédé à leurs examens le 3 décembre 2013 et ont rédigé un rapport commun daté du 11 mars 2014, en concluant, en substance, à l'absence de trouble invalidant déterminant. Les experts ont également recommandé une reprise immédiate du travail à 50% dans une activité légère adaptée, le taux de travail augmentant ensuite à 80% dans les six mois, puis à 100% après une année. Sur cette base, par préorientation du 23 juillet 2014, l'Office AI Berne a informé l'intéressé qu'il prévoyait de nier son droit à des prestations de l'AI.

C.

Le 26 août 2014, l'intéressé, par l'intermédiaire des services sociaux, a formé objection à l'encontre de cette préorientation en retenant qu'au vu des conclusions de l'expertise bidisciplinaire susmentionnée, il avait droit à une demi-rente d'invalidité pendant six mois, puis à sa diminution progressive pendant six mois pour finalement arriver, après une année, à sa suppression. Nonobstant cette objection, l'Office AI Berne a, par décision du 26 janvier 2015, confirmé sa préorientation et nié le droit de l'assuré à des prestations de l'AI, en considérant, en substance, qu'il n'existait pas d'invalidité au sens de la loi.

D.

Par acte du 23 février 2015, l'intéressé a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision précitée, en concluant à l'organisation rapide d'un programme qui tienne compte de son atteinte à la santé. Il a par la suite requis l'assistance judiciaire. Le médecin psychiatre traitant du recourant a adressé le 9 mars 2015 un rapport médical au TA.

Dans son mémoire de réponse du 2 avril 2015, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours.

Le 1^{er} mai 2015, le recourant, désormais représenté par une mandataire, présidente d'une association d'entraide, a répliqué et maintenu ses conclusions.

Par duplique du 19 mai 2015, l'intimé a confirmé sa conclusion tendant au rejet du recours et, finalement, le 8 juin 2015, le recourant, par sa mandataire, a une nouvelle fois pris position. Il s'est encore enquis deux fois, par écrit et par téléphone, de l'avancement de son dossier.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 28 janvier 2015 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à des prestations de l'AI faute d'atteinte à la santé invalidante. L'objet du litige porte implicitement sur l'annulation de cette décision et, explicitement, sur l'octroi de mesures tendant à ce que l'intimé "envisage un programme qui tienne sérieusement compte de l'atteinte à la santé". En substance, le recourant fait valoir que le résultat de l'instruction effectuée par l'intimé ne décrit pas correctement sa situation pathologique tant somatique que psychiatrique et qu'il est totalement incapable de travailler. Par ailleurs, il reproche à l'intimé de ne pas avoir respecté son droit d'être entendu dans la mesure où, d'une part, le résultat de l'expertise bidisciplinaire n'a pas été communiqué spontanément à ses médecins traitants et, d'autre part, la décision entreprise ne répondrait pas aux griefs évoqués dans son objection.

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, 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] et art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]). Au surplus, le recourant a, après avoir déposé son recours, valablement mandaté une représentante (art. 61 let. f LPGA; art. 15 LPJA).

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

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

2.

2.1 Le recourant semble tout d'abord invoquer la violation de son droit d'être entendu dans la mesure où l'expertise bidisciplinaire susmentionnée n'a pas directement été adressée à ses médecins traitants, si bien qu'ils n'auraient pu prendre position à son sujet.

2.1.1 Le droit de consulter le dossier selon l'art. 47 al. 1 let. a LPGA fait partie du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst., RS 101]). Il s'agit d'un droit de nature procédurale, qui confère à la personne assurée, dans la mesure où les intérêts privés prépondérants sont sauvegardés (voir, s'agissant de la communication de données du domaine de la santé: art. 47 al. 2 LPGA), le droit d'accès aux données qui la concernent. Ce droit se réfère en principe à tous les actes de procédure (ATF 140 V 464 c. 4.1, 125 V 332 c. 3a). La personne assurée ne peut s'exprimer valablement sur l'objet en cause et apporter ou invoquer des moyens de preuve adéquats que si elle a la possibilité de prendre connaissance des pièces au dossier sur lesquelles l'autorité s'est basée pour rendre sa décision (ATF 132 V 387 c. 3.1, 115 V 297 c. 2e; RAMA 1992 p. 196 c. 2c).

2.1.2 Or, en l'espèce, dans la préorientation du 23 juillet 2014, l'Office AI Berne a indiqué au recourant qu'il lui était loisible de former objection par écrit contre la décision envisagée ou alors de prendre rendez-vous pour un entretien personnel. Le 29 juillet 2014, les services sociaux soutenant le recourant, au bénéfice d'une procuration signée par ce dernier, ont demandé à pouvoir consulter le dossier, puis ont, le 26 août 2014, formulé leurs observations sur le préavis précité (art. 73^{ter} al. 1 et 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]), en se référant expressément au contenu de l'expertise bidisciplinaire. Il y a donc lieu de constater que le recourant, à tout le moins par les services sociaux le représentant, a pu consulter le dossier de la cause et prendre position à son sujet avant la décision. Il aurait également eu la possibilité, ainsi qu'il l'a fait en réaction à la décision en vue du recours (dossier [dos.] AI 36), de demander lui-même à l'Office AI Berne qu'un exemplaire de l'expertise bidisciplinaire précitée soit transmis à ses médecins traitants en les invitant à prendre position à son sujet (art. 47 al. 2 LPGA). Il

n'appartenait d'aucune manière à l'intimé de transmettre d'office une copie de l'expertise bidisciplinaire, dès lors qu'aucun des deux médecins traitants ne disposait de pouvoir de représentation à l'égard du recourant et qu'ils n'en avaient pas fait la demande. A toutes fins utiles, on mentionnera encore que les deux médecins traitants précités ont pris position dans le cadre de la procédure pendante devant le TA.

Dans ces circonstances, le recourant ne peut se prévaloir de la violation de son droit d'être entendu, dès lors qu'il lui appartenait (à lui personnellement ou aux services sociaux le représentant) de faire en sorte qu'une copie de l'expertise bidisciplinaire soit communiquée à ses médecins traitants.

2.2 Dans un second grief, le recourant semble reprocher à l'intimé de ne pas s'être prononcé sur le contenu des observations présentées par les services sociaux le représentant contre le préavis.

2.2.1 L'obligation de motiver représente une part importante du droit d'être entendu au sens de l'art. 29 al. 2 Cst. Elle doit empêcher que l'autorité se laisse guider par des motifs partiels et permettre le cas échéant aux intéressés de contester la décision de façon adéquate. Cela n'est possible que si la personne concernée et l'autorité de recours peuvent se faire une idée de la portée de la décision. En ce sens, les réflexions qui ont guidé l'autorité et sur lesquelles se fonde la décision doivent au moins être brièvement mentionnées. Il n'est toutefois pas nécessaire que tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties soient expressément exposés et discutés. Il suffit plutôt que les points importants en vue du jugement figurent dans la décision (ATF 136 I 229 c. 5.2, 124 V 180 c. 1a).

2.2.2 A ce stade, on peine à comprendre l'argument du recourant. Dans les observations d'août 2014, le recourant, par les services sociaux le représentant, avait fait valoir son droit à une demi-rente d'invalidité dans la mesure où il retenait que les experts avaient conclu qu'il n'était capable de travailler qu'à 50% pendant six mois. Or, l'intimé, dans sa décision du 28 janvier 2015, a pris position sur ce grief et expressément expliqué qu'il n'y avait pas d'invalidité au sens de l'AI, raison pour laquelle il a maintenu sa position. Il faut ainsi constater que le droit d'être entendu du recourant

n'a pas été violé. La discussion plus fouillée de ce point et de la légalité des arguments de l'intimé fait l'objet de la motivation matérielle du présent jugement (voir ci-après c. 6.2.4).

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). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante pour l'incapacité de gain, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché du travail équilibré. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1).

3.2 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, 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 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, pourrait encore 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).

3.3 Le caractère de maladie invalidante ne peut pas être dénié à des troubles psychiques du seul fait qu'ils peuvent encore être soignés ou traités à plus ou moins longue échéance. Le seul et unique critère déterminant pour savoir si une atteinte psychique peut ouvrir le droit à une rente d'invalidité consiste à examiner si l'atteinte en question a provoqué, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année (sans interruption notable), conformément à l'art. 28 al. 1 let. b LAI (anc. art. 29 al. 1 let. b LAI), et si une incapacité de gain au sens des art. 16 ou 8 al. 3 LPGa en lien avec l'art. 28a al. 2 et 3 LAI (anc. art. 28 al. 2^{bis} et 2^{ter} LAI) perdure (ATF 127 V 294 c. 4c).

3.4 Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne se distinguent souvent pas clairement de la souffrance médicalement objectivable. De telles circonstances extérieures ne figurent cependant pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la LAI. En conséquence, il n'existe aucun droit à une rente lorsque les troubles psychiques trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial et disparaissent si les facteurs extérieurs s'effacent eux-mêmes. Certes, en présence d'un trouble psychique de nature malade attesté par des spécialistes, le caractère invalidant de l'atteinte ne peut être nié déjà au motif que des facteurs sociaux défavorables influencent le tableau clinique. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est cependant essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie (ATF 127 V 294 c. 5a; SVR 2012 IV n° 52 c. 3.2). Ce n'est que si et dans la mesure où ils entretiennent une maladie psychique devenue autonome ou aggravent ses conséquences – survenant elles-mêmes indépendamment des éléments étrangers à l'invalidité – que les facteurs psychosociaux et socioculturels peuvent influencer indirectement l'invalidité (ATF 139 V 547 c. 3.2.2; SVR 2010 IV n° 19 c. 5.2). Par ce biais, l'on tient dès lors compte des possibles interactions entre les troubles qui se manifestent sur les plans physique et psychique et l'environnement social,

même si cela doit être compris de manière nettement moins étendue que dans le modèle bio-psycho-social constituant une conception souvent défendue par la médecine moderne (SVR 2008 IV n° 62 c. 4.2).

3.5 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, et éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 c. 4, 125 V 256 c. 4). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (voir l'art. 16 LPGA).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

4.

4.1 L'Office AI Berne estime, sur la base de l'expertise bidisciplinaire, que ce sont les problèmes psychosociaux du recourant qui entraînent les troubles relevés et qu'il n'existe pas de trouble psychique autonome. Sur le plan somatique, le même Office retient qu'il n'y a pas de véritable atteinte, à l'exception d'un déconditionnement, lequel peut être surmonté et n'a pas de répercussion durable sur la capacité de travail. Dès lors, en l'absence d'un trouble psychique autonome et d'atteinte somatique déterminante, l'Office AI Berne considère qu'il n'existe pas de troubles invalidants au sens de l'AI et nie au recourant le droit à des prestations de cette assurance.

4.2 Dans son acte de recours, le recourant fait en substance valoir qu'il est incapable de travailler et en veut pour preuve les rapports médicaux de ses médecins traitants. Il en déduit un droit à une prise en charge rapide par l'AI tenant compte des atteintes à l'origine de son incapacité de gain actuelle. Il prétend donc, à tout le moins, à des mesures de réadaptation ou réinsertion professionnelles.

4.3 Dans le cadre du présent litige, conformément aux limites de l'objet de la contestation (voir ci-avant c. 1.1), il s'agit ainsi d'examiner si le recourant peut prétendre à des prestations de l'AI susceptibles de commencer au plus tôt en juillet 2013 (délai de six mois prévu à l'art. 29 al. 1 LAI: demande déposée en janvier 2013) jusqu'au 28 janvier 2015 (date de la décision attaquée).

5.

Il ressort du dossier les données médicales suivantes.

5.1 Dans son rapport médical du 11 mars 2013 adressé à l'intimé, le médecin psychiatre (FMH) qui suit le recourant depuis le 8 juin 2010 retient les diagnostics, présents depuis plusieurs années et avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel moyen sans syndrome somatique (ch. F33.10 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé

connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), et une dysthymie (CIM-10 F34.1). Il relève également l'existence d'un diabète de type II, toutefois sans influence sur la capacité de travail. En substance, réservant son pronostic, il mentionne que la pathologie de son patient est devenue chronique, avec une fixation sur la situation de son fils. Concernant la capacité de travail, il retient qu'elle est actuellement inexistante, tout en relevant toutefois qu'une tentative de réinsertion par l'AI aurait un effet positif.

Le 9 mars 2015, suite à la décision négative de l'intimé du 28 janvier 2015 dont est recours, le même médecin psychiatre a communiqué au TA que depuis son dernier rapport de mars 2013, l'état de son patient s'était encore détérioré. Il a également mentionné qu'il soutenait, en tant que médecin psychiatre traitant, le recours de son patient et a à nouveau énoncé qu'une aide à la réinsertion de la part de l'AI serait utile.

5.2 Le 29 avril 2013, le médecin généraliste (FMH) traitant du recourant a rédigé un rapport médical à l'intention de l'intimé et a joint à son envoi plusieurs documents médicaux. A titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant, il retient une dépression chronique et une anxiété (en raison de la situation de son fils handicapé, de son divorce et du peu de contacts sociaux), un important déconditionnement (avec tachycardie du travail) et un diabète mellitus de type II. Sans qu'ils n'aient d'influence sur la capacité de travail du recourant, le médecin retient également les diagnostics d'hypertonie artérielle, d'hypercholestérolémie, de légère anémie, manque d'acide folique, de prostatite, de dysfonctionnement érectile et d'un rein en fer à cheval. Le recourant présente selon lui une pleine incapacité de travail depuis le 1^{er} juin 2010. En substance, il retient que son patient souffre de limitations corporelles en relation avec une dépression profonde, de même qu'un manque de mouvement et de faiblesse. Réservant son pronostic, le médecin relève la nécessité d'un traitement psychiatrique optimal et mentionne qu'un reconditionnement dans un cadre de travail protégé pourrait aider son patient.

Le recourant a joint à son recours une prise de position de son médecin généraliste traitant du 23 février 2015, consécutive à la décision de l'intimé

dont est recours. En substance, la teneur de ce rapport confirme celui d'avril 2013 et reproche à l'intimé de ne pas avoir organisé un reconditionnement au recourant avant de clore son dossier.

5.3 Après avoir pris conseil auprès de son SMR, l'Office AI Berne a diligenté l'établissement d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique; dos. AI 19 et 20).

5.3.1 L'expert psychiatre s'est entretenu (par l'intermédiaire d'un interprète) avec le recourant le 3 décembre 2013 et a rédigé son rapport le 26 février 2014. A titre de diagnostic, il retient un trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel de degré moyen (CIM-10 F33.1), et une dysthymie (CIM-10 F34.1). L'expert concède que selon une approche moderne bio-psychosociale de la compréhension en tant que maladie des troubles psychiques, il faut partir de l'idée qu'à tout le moins les humeurs dépressives récurrentes sont de nature malade et doivent être soignées. Cependant, il fait remarquer que les facteurs à l'origine des fluctuations des troubles présentent un caractère psychosocial et socioculturel prédominant. Selon l'expert, la vie du recourant est uniquement axée sur son fils. L'expert rapporte que le recourant décrit son fils comme extrêmement handicapé (hydrocéphalie), abandonné par la mère et placé dans une institution inadéquate. Ainsi, toujours aux yeux de l'expert, le recourant se sent investi d'un devoir "sacré", ce qui lui prend tout son temps et toute son énergie, sans qu'il ne subsiste de place pour d'autres activités. L'expert, en résumé, arrive à la conclusion qu'il est exigible du recourant qu'il reprenne, de façon progressive, une activité lucrative, voire même dans son métier, ce processus devant être accompagné d'un appui psychothérapeutique.

5.3.2 L'experte en rhumatologie et en médecine interne a examiné le recourant le 3 décembre 2013 et a rédigé son rapport le 6 mars 2014. Elle retient les diagnostics d'hypertension artérielle (CIM-10 I10.9), de diabète mellitus de type II (CIM-10 E 14.9) et de syndrome douloureux lombaire récurrent (CIM-10 M54.5). L'experte met en évidence le déconditionnement (musculaire et cardiovasculaire) du recourant, en soulignant qu'il est totalement réversible (à condition d'être activement combattu), et indique que les diagnostics qu'elle a relevés n'ont, selon elle, pas de conséquence sur la capacité de travail.

5.3.3 Dans leur expertise bidisciplinaire du 11 mars 2014 (voir dos. AI 27.2 et 28.1), les experts ont confirmé et résumé la teneur des volets psychiatrique et rhumatologique. Dans leur évaluation interdisciplinaire, ils ont exclu tout problème de coordination d'incapacités de travail, vu qu'il n'existe pas d'atteinte à la santé déterminante d'un point de vue somatique. Sur le plan psychiatrique, ils ont considéré que les troubles psychiques diagnostiqués sur la base d'une compréhension bio-psycho sociale méritaient d'être traités (selon les critères de l'assurance-maladie). En revanche, par rapport aux questions posées par l'AI, ils estiment que les atteintes doivent être replacées dans le contexte inhérent essentiellement à la problématique du fils du recourant, sans qu'il n'existe de trouble psychique autonome. Selon les experts, l'enfance traumatisante du recourant explique son inclination dépressive, mais son évaluation subjective de ses ressources privilégie à un tel point l'accomplissement de ses priorités personnelles, en en faisant porter la responsabilité à la communauté des assurés, qu'elle ne peut être interprétée comme le symptôme d'une atteinte à la santé déterminante. Les experts relèvent encore que l'activité de peintre/plâtrier est exigible et que le recourant devrait immédiatement recommencer de travailler à un taux de 50% dans une activité relativement légère (pour éviter une obstruction), puis augmenter le taux de travail à 80% dans les six mois et viser un plein emploi après une année, cela dans la mesure où le déconditionnement décrit plus haut est activement combattu.

6.

6.1 D'un point de vue strictement formel tout d'abord, l'expertise bidisciplinaire apparaît complète, convaincante et satisfait aux exigences jurisprudentielles (voir ci-avant c. 3.5). Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions des experts, dont rien ne permet de douter des qualifications, motivées. L'expertise fournit les renseignements et évaluations devant permettre à l'administration et au juge d'estimer le caractère invalidant des atteintes à la santé du recourant. Elaborée sur la base d'examen personnels de l'assuré en médecine rhumatologique et en psychiatrie, elle comporte une anamnèse précise sur les plans personnel,

social et professionnel. Les avis médicaux antérieurs des médecins traitants figurant au dossier ont été énumérés et pris en considération par les experts, démontrant une étude approfondie et consciencieuse du dossier. D'ailleurs, les médecins traitants du recourant ont posé les mêmes diagnostics que les experts, si bien qu'ils peuvent ici être pleinement confirmés.

Dans ces circonstances, l'expertise bidisciplinaire possède une haute valeur probante. Du reste, le recourant ne paraît pas contester les diagnostics retenus, mais bien les conséquences de ceux-ci.

6.2 Il convient ainsi d'interpréter les résultats de cette expertise et de déterminer si le recourant présentait une invalidité à l'échéance du délai de six mois dès le dépôt de la demande, soit en juillet 2013 (voir ci-avant c. 4.3), étant entendu qu'au vu de l'incapacité de travail attestée depuis juin 2010 par le médecin généraliste traitant (voir dos. AI 15) on peut considérer que le délai d'attente d'une année au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI était échu depuis juin 2011.

6.2.1 Selon la jurisprudence, l'expert doit évaluer 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). L'interprétation des résultats de l'expertise sous l'angle de l'AI relève ainsi de la compétence des organes d'application de cette assurance.

6.2.2 En l'espèce, il faut souligner et reconnaître au recourant, selon les descriptions qu'il a données à ses médecins traitants et aux experts, un parcours de vie compliqué et lourd. En résumé, on peut relever que, selon les dires du recourant, sept de ses sœurs aînées seraient décédées peu après leur naissance et que sa mère serait tragiquement décédée, en sa présence, dans un terrible accident de voiture intervenu en 1973. Toujours

selon le recourant, son père, qu'il ne voyait que peu eu égard au fait qu'il travaillait à l'étranger et visitait sa famille deux fois par année, aurait rapidement débuté une nouvelle relation amoureuse, ne prenant pas véritablement soin de lui et l'obligeant à travailler pour subvenir à ses besoins. Il explique aussi qu'en 1985, il s'est marié en Suisse avec une compatriote, d'une certaine façon par obligation sociale, suite à la découverte d'une grossesse, que l'enfant est né avec un lourd handicap (hydrocéphalie, nécessitant son placement dans diverses institutions), ce que la mère, psychologiquement fragile, n'aurait pas supporté et que le mariage a été dissous par un divorce en 1987.

6.2.3 A ce stade, il n'existe pas d'éléments au dossier justifiant de s'écarter de l'évaluation de la capacité de travail effectuée par les experts (voir ci-avant c. 5.3, en particulier c. 5.3.3). Certes, les médecins traitants, dont il faut quelque peu relativiser les évaluations eu égard à la relation de confiance et au mandat thérapeutique qui les lie à leur patient (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3), attestent une complète incapacité de travail au recourant en tant que peintre (voir dos. AI 15 et les pièces jointes au recours). Ils préconisent cependant également des mesures de réinsertion professionnelle, cas échéant avec ménagement et éventuellement dans un cadre protégé, reconnaissant ainsi une certaine capacité de travail au recourant. Il faut également souligner les explications claires et détaillées apportées par les experts à l'appui de leur évaluation, en donnant beaucoup de détails, notamment, sur la question de l'absence d'un trouble psychiatrique autonome qui pourrait, cas échéant, se révéler invalidant. A ce propos, il convient de rappeler la jurisprudence évoquée plus haut (voir ci-avant c. 3.4), selon laquelle, en présence de facteurs psychosociaux et socioculturel importants, ce n'est qu'en présence de troubles psychiatriques autonomes qu'une invalidité peut être reconnue, ce qui n'est pas le cas en l'espèce, les experts étant très clairs et catégoriques quant à l'absence d'une telle atteinte autonome. Il est vrai que l'expert psychiatre, lorsqu'il discute ce point et le caractère exigible des efforts du recourant pour surmonter sa fixation sur la situation de son fils, s'inspire, semble-t-il, de l'ancienne pratique, fondée sur un raisonnement construit autour d'une présomption, qui était appliquée pour l'évaluation du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux et troubles assimilés

(dos. AI 27.1/13). Bien que cette pratique ait été remplacée par un système d'évaluation structurée ayant abandonné le modèle règle/exception (ATF 141 V 281 c. 3.6), au cas d'espèce, l'appréciation de l'expertise garde toute sa valeur. En effet, les diagnostics des affections du recourant ne s'apparentent pas aux troubles somatoformes douloureux et la discussion de certains critères aussi usités pour ce genre de troubles par l'expert psychiatre n'a été menée qu'en tant qu'argument supplémentaire pour soutenir son avis d'absence de trouble psychiatrique autonome face à l'attitude adoptée par le recourant, qui exclut toute activité autre que l'attention qu'il voue à son fils.

Sur le vu de ce qui précède, il apparaît que le recourant ne présente pas d'invalidité (au sens légal) pour la période allant de juillet 2013 au 28 janvier 2015.

6.2.4 Concernant la période de reconditionnement proposée par les experts (à savoir une reprise immédiate à 50% dans une activité adaptée, avec élévation à 80% dans les six mois, puis 100% après une année), elle ne peut, selon la jurisprudence, pas non plus être considérée comme empreinte par des affections invalidante au sens de l'AI (voir notamment TF 9C_662/2013 du 2 décembre 2014 c. 5, publié également dans la SVR 2015 IV n° 16). En effet, les experts attestent expressément que cette remise en forme somatique, à accompagner par un soutien psychologique ciblé s'apparentant à une assistance spirituelle, relève (tout au plus) de l'assurance-maladie, mais pas de l'AI. Ainsi, l'incapacité partielle de travail durant le reconditionnement vise seulement des fins curatives (éviter une obstruction), mais n'a pas d'influence sur le caractère invalidant. Les experts ne font pas dépendre le caractère non invalidant des troubles (selon l'appréciation effectuée sous l'angle de l'AI, qui ne correspond pas à l'angle bio-psychosocial) du suivi de la thérapie. Dans ces circonstances, c'est au recourant, ou aux services sociaux (ou éventuellement à l'assurance-chômage), de prendre l'initiative de la réadaptation professionnelle, avec des mesures médicales d'accompagnement (entraînement physique et soutien psychologique), ce d'autant plus que le métier appris par le recourant (peintre) est encore exigible. On notera encore, finalement, que la décision attaquée nie le droit du recourant à

toute prestation de l'AI et non seulement à une rente, au vu de l'absence d'invalidité. Au vu de ce qui précède, il n'existe en effet pas d'invalidité susceptible de justifier un reclassement ou une réadaptation professionnelle selon l'AI.

6.3 Il ressort de ce qui précède qu'à l'échéance du délai de six mois après le dépôt de la demande de prestation de l'AI, soit en juillet 2013, et jusqu'à la décision, il n'y a jamais eu d'atteinte invalidante au sens de l'AI, quand bien même les experts conseillent la mise sur pied d'un reconditionnement (ou d'une réinsertion) progressif sur une année, qui, cas échéant, devrait être à la charge d'autres assurances sociales (voir également ci-avant c. 3.4).

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, le recourant ne remplissant pas les conditions légales pour obtenir des prestations de l'AI.

7.2 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA et selon l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre Fr. 200.- et Fr. 1'000.-.

Le recourant, qui succombe, doit ainsi supporter les frais de la procédure, fixés à Fr. 700.-, et ne peut prétendre au remboursement de ses dépens (art. 69 al. 1^{bis} LAI, 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 108 al. 1 et 3 LPJA).

7.3 Le recourant a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire.

7.3.1 Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès. Aux mêmes conditions, une avocate ou un avocat peut en outre être désigné à une partie si les circonstances de fait et de droit le

justifient (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

7.3.2 En l'espèce, le recourant dépend de l'aide sociale (voir pièces jointes à la requête d'AJ du 4 mars 2015); il est ainsi manifeste que la condition formelle de l'assistance judiciaire est réalisée.

7.3.3 En ce qui concerne la condition matérielle de l'octroi de l'assistance judiciaire, on ne saurait d'emblée déclarer que la cause était dépourvue de chance de succès, si bien qu'il faut considérer en l'espèce qu'elle est également réalisée.

7.3.4 Ainsi, les frais de procédure sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire. On notera encore que le recourant ne peut prétendre à des dépens pour sa représentante, celle-ci n'étant pas avocate inscrite au barreau, et ne pouvant revêtir le statut d'avocat d'office (art. 111 al. 2 LPJA; ATF 135 I 1).

7.3.5 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 ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire, limitée aux frais de procédure, est admise.

3. Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, 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):
 - à la mandataire du recourant et, sous pli simple, au recourant personnellement (qui en a fait la demande, étant précisé que la seule notification légale, déterminante pour le calcul du délai de recours, consiste en la notification adressée à sa mandataire),
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS).

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

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