

200.2018.38.AI
N° AVS
NIG/REN

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

Jugement du 20 juillet 2019

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
G. Niederer, greffier

A. _____,
agissant par sa curatrice, **B.** _____
représenté par Me C. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 27 novembre 2017



En fait:

A.

A. _____, né en 1966, célibataire sans enfant, au bénéfice d'une formation de fromager non sanctionnée par un CFC et à la suite de laquelle il a été employé (en dernier lieu à 50%) en tant que vendeur magasinier, a bénéficié de prestations de l'assurance-invalidité (AI) depuis sa naissance et jusqu'en 1986 en raison d'une infirmité congénitale (syndrome adrénogénital). Le 26 mai 2004, après une période d'incapacité de travail à 50%, il a déposé une demande de prestations pour adultes de l'AI (soit une rente), en indiquant souffrir d'une maladie présente depuis sa naissance, à savoir de crises d'épilepsie. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a recueilli des renseignements de l'employeur de l'assuré et des rapports médicaux des médecins ayant traité ce dernier, puis il a consulté le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) et diligenté une expertise médicale auprès d'une spécialiste en médecine interne, endocrinologie et diabétologie. A réception des conclusions de cette dernière, du 6 juin 2005, l'Office AI Berne a octroyé une demi-rente d'invalidité à l'assuré par décision du 2 novembre 2005.

B.

Le 22 janvier 2007, suite à une période d'incapacité de travail à 100% qui a débuté en août 2006, l'assuré a demandé la révision de cette décision, en mentionnant être atteint d'ostéoporose. L'Office AI Berne a alors sollicité des renseignements supplémentaires de l'employeur, de même que des rapports des médecins consultés. Il a ensuite organisé un stage d'observation professionnelle du 8 septembre au 3 octobre 2008. Les rapports y relatifs ont été délivrés les 6 et 28 octobre 2008. Par acte adressé le 26 octobre 2009 à l'assuré, l'Office AI Berne a rejeté la demande de révision. Le 16 décembre 2009, il a encore mis fin à l'aide au placement, confirmant de ce fait une préorientation rendue en ce sens le 26 octobre 2009, l'assuré ayant perdu son emploi et été engagé auprès d'un nouvel employeur en tant que coordinateur polyvalent.

C.

En état d'incapacité de travail à 100% des suites d'un accident survenu le 6 septembre 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI (mesures professionnelles) le 20/28 septembre 2010, si bien que l'Office AI Berne a requis des informations du dernier employeur, s'est renseigné auprès de l'assureur-accidents et a sollicité des rapports du chirurgien qui a opéré l'assuré. Ce dernier a dans l'intervalle résilié son contrat de travail pour des raisons de santé et perçu des prestations de l'assurance-chômage. Il a ensuite bénéficié de l'aide des services sociaux. L'Office AI Berne a mis fin à l'aide au placement par décision du 12 novembre 2012, confirmant une préorientation similaire adressée à l'assuré le 1^{er} octobre 2012. Il a ensuite demandé un rapport médical à la spécialiste en médecine interne, endocrinologie et diabétologie précitée, de même qu'au médecin traitant de l'assuré, avant de consulter le SMR, qui s'est prononcé le 13 juin 2013. L'Office AI Berne a alors rendu une décision, le 16 septembre 2013, refusant une augmentation de la rente et confirmant ainsi une préorientation identique notifiée le 4 juillet 2013.

D.

Le 12 septembre 2014, l'assuré, par l'intermédiaire de sa curatrice, a une fois encore demandé à l'Office AI Berne de réexaminer son dossier, en faisant valoir, documents médicaux complémentaires fournis par le médecin traitant à l'appui, une nouvelle aggravation de son état de santé. A réception de cette demande, l'Office AI Berne a consulté à deux reprises le SMR puis mis en œuvre une expertise bidisciplinaire (en médecine interne et psychiatrie) dont les conclusions ont été rédigées le 6 mars 2017. En raison des objections formulées par l'assuré le 3 avril 2017 (complétées le 2 mai 2017 par la production de plusieurs rapports médicaux) contre une préorientation du 24 mars 2017 refusant une augmentation de la rente de ce dernier, l'Office AI Berne a consulté le SMR, de même que les experts qui ont conduit l'expertise du 6 mars 2017. Il a finalement adressé une nouvelle préorientation à l'assuré le 3 octobre 2017 puis confirmé son

contenu, soit un refus d'augmentation de la rente, par décision du 27 novembre 2017.

E.

L'assuré, agissant conjointement avec sa curatrice, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) par mémoire de leur avocat du 15 janvier 2018, en concluant à l'annulation de la décision du 27 novembre 2017 et, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès décembre 2012 au moins, de même que, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, le tout sous suite de frais et dépens. Par écrits des 9 et 23 février 2018 et dans les délais qui lui ont été accordés pour ce faire par ordonnances des 30 janvier et 12 février 2018, le recourant a encore déposé une requête d'assistance judiciaire partielle, respectivement complété son recours, confirmé ses conclusions et requis la production, par l'intimé, d'un rapport de son conseiller d'insertion. Dans son mémoire de réponse du 28 mars 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours et de la réquisition de preuves du recourant, sous suite de frais et dépens. Rendu attentif au fait qu'une annulation (cassatoire) de la décision contestée pouvait engendrer le prononcé d'une nouvelle décision plus défavorable, le recourant a déclaré, par envoi du 24 mai 2018, qu'il maintenait son recours, de même que sa réquisition de preuve et il a répliqué dans le même document. Dans sa duplique du 14 juin 2018, l'intimé a également maintenu ses conclusions, en informant que le rapport requis n'avait pas encore été établi. Le recourant et l'intimé se sont encore déterminés le 11 juillet 2018, respectivement le 16 juillet 2018, et ont tous deux confirmé leurs conclusions, le mandataire du recourant et de sa curatrice ayant en outre, à cette occasion, produit une note d'honoraires. Les parties en ont fait à nouveau de même le 9 août 2018, s'agissant du recourant, et le 30 août 2018, s'agissant de l'intimé. Avec son envoi, ce dernier a produit le rapport d'observation professionnelle demandé par le recourant. Celui-ci s'est exprimé sur ce document dans un écrit du 6 septembre 2018 et il a encore versé au dossier deux nouvelles pièces. Il a ensuite produit des observations le 16 octobre 2018, de même qu'un complément à la note

d'honoraires de son mandataire. Le 5 juin 2019, le recourant a finalement informé le TA qu'il avait été hospitalisé et qu'il avait subi une opération en février 2019, confirmant une dernière fois ses conclusions.

En droit:

1.

1.1 La décision du 27 novembre 2017 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à une augmentation de sa demi-rente d'invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et, principalement, l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Est particulièrement critiquée par le recourant l'évaluation de son état de santé et des conséquences de celui-ci sur sa capacité de travail.

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, agissant conjointement avec une curatrice autorisée à cette fin et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]; art. 394 s. ainsi que 416 al. 1 ch. 9 et al. 2 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 [CC, RS 210]).

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 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 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 141 V 281 c. 2.1). 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).

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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'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.

2.4 Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGGA).

2.4.1 Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente. La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable. C'est notamment le cas d'une amélioration de la capacité de travail en raison de l'accoutumance ou de l'adaptation au handicap. Un motif de révision est, selon les circonstances, également donné lorsqu'une autre manière d'évaluer l'invalidité trouve application ou en cas d'évolution dans les travaux habituels (ATF 144 I 103 c. 2.1, 141 V 9 c. 2.3; SVR 2018 UV n° 22 c. 2.2.1).

2.4.2 Il faut prendre en compte comme bases temporelles déterminantes pour la comparaison, d'une part, l'état de fait au moment de la décision d'octroi de rente initiale et, d'autre part, celui au moment de la décision de révision litigieuse (ATF 130 V 343 c. 3.5.2, 125 V 368 c. 2; SVR 2010 IV n° 53 c. 3.1). Lorsque la rente a déjà été révisée ou confirmée antérieurement, il s'agit de prendre comme base temporelle de comparaison, la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits (médicaux) pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (la comparaison des revenus n'ayant toutefois dû être pratiquée que s'il existait des indices d'une modification des conséquences exercées par l'état de santé sur la capacité de gain; ATF 133 V 108 c. 5.4; SVR 2013 IV n° 44 c. 3.1.2).

2.5 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4).

2.6 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 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Dans sa décision du 27 novembre 2017, l'intimé a indiqué, en se fondant sur les conclusions de l'expertise bidisciplinaire du 6 mars 2017,

que l'état de santé du recourant avait subi des modifications objectives et qu'il s'était légèrement aggravé depuis le prononcé du 16 septembre 2013. Il a expliqué qu'une activité légère était exigible à mi-temps et sans diminution du rendement, si bien que le profil d'exigibilité retenu n'avait pas subi de changement. L'intimé a donc nié l'existence d'un motif de révision. Dans sa réponse du 28 mars 2018 et ses écrits subséquents, l'intimé a en particulier ajouté que les disciplines retenues pour cette expertise avaient été réduites sur le conseil du SMR et afin de ne pas retarder l'instruction du dossier, un centre d'expertise n'ayant pas pu être désigné par la plateforme SuisseMED@P même après un an et cinq mois. L'intimé a précisé que le recourant n'avait pas formulé d'objection lorsqu'il en a été informé et qu'il a été invité à se déterminer, de sorte qu'il n'était plus admis à contester le choix des disciplines médicales. L'intimé a également soutenu que l'expertise bidisciplinaire revêtait une force probante entière et il a contesté que l'avis du médecin traitant la remette en cause. Il a encore rappelé que seul l'état de fait existant au moment du prononcé de la décision était déterminant, si bien que le grief du recourant, selon lequel l'aspect actuel n'aurait pas été pris en compte, n'était pas pertinent. L'intimé a finalement retenu, en se basant sur une note du service de réadaptation, que le recourant n'était pas disposé à trouver un emploi et qu'il n'avait pas la volonté d'exploiter sa capacité de travail résiduelle. L'intimé a confirmé ce point de vue en déclarant, pièce à l'appui, que le recourant avait refusé d'essayer d'augmenter son taux de présence auprès de l'institution qui a mené une mesure d'observation professionnelle du 9 avril au 8 juillet 2018, ce qui démontrait une limitation autoproclamée de sa part.

3.2 Le recourant a quant à lui rétorqué, dans son recours du 15 janvier 2018 et ses déterminations ultérieures, que l'intimé avait reconnu une péjoration de son état de santé mais qu'il n'avait pas apprécié correctement les conséquences de cette dernière sur sa capacité de travail et qu'il lui avait reconnu de façon irréaliste une telle capacité dans une activité adaptée. Il a reproché à l'intimé de n'avoir pas suffisamment instruit son dossier alors que la situation sur le plan médical était particulièrement complexe. Le recourant a ajouté que son état de santé était si limité qu'il lui était impossible de déployer une quelconque activité et que seul un emploi à temps partiel en milieu protégé était adapté. Il a également critiqué la

valeur probante de l'expertise bidisciplinaire, en tant que celle-ci a été limitée aux domaines psychiatrique et rhumatologique, alors que l'intimé préconisait au départ aussi d'examiner la situation sous l'angle neurologique, angiologique et de la médecine interne. Il a en outre affirmé que des problèmes cancéreux, cardiaques, osseux et artériels s'étaient déclarés et que ceux-ci n'avaient pas été pris en considération par l'intimé. Le recourant a ajouté que l'avis de son médecin traitant remettait en question l'appréciation des experts et il a exposé que celui-ci avait développé des éléments que ni les experts, ni le SMR n'avaient pris en compte, en particulier sur le plan cardiaque. Le recourant a finalement déclaré que la mesure d'observation professionnelle qu'il suivait alors démontrait qu'il n'était pas en mesure de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle dans l'économie libre.

4.

S'agissant d'une procédure de révision (matérielle) de rente au sens de l'art. 17 LPGA, il convient d'examiner si un changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité s'est produit entre la décision initiale de rente du 2 novembre 2005 et la décision litigieuse du 27 novembre 2017, les procédures de révision closes par actes du 26 octobre 2009 et du 16 septembre 2013 n'ayant pas mis en œuvre un examen complet de l'état de santé du recourant (voir c. B, C et 2.4.2).

4.1 En l'occurrence, s'agissant de l'état de santé du recourant et ses répercussions sur sa capacité de travail au moment de l'octroi de la demi-rente d'invalidité, ils sont illustrés par les éléments principaux suivants.

4.1.1 Dans un rapport du médecin traitant le recourant, du 14 juillet 2004, les diagnostics (avec effets sur la capacité de travail) de syndrome adrénogénital (déficit en 21-hydroxylase) et d'hypogonadisme primaire partiel (depuis la naissance), de même que d'épilepsie de type grand-mal (depuis la petite enfance), d'éthylisme occasionnel (depuis environ 5 ans) et d'état dépressif réactionnel (en 2002) ont été retenus. Il a été précisé que l'activité exercée était exigible à 50% et que le rendement était réduit en raison d'un état de fatigue lié à une insuffisance hormonale avec des

malaises hypoglycémiques en cas d'effort trop intense. Une incapacité de travail à 50% a été attestée en dernier lieu depuis le 13 avril 2004 et pour une durée indéterminée.

4.1.2 Selon le rapport d'expertise rédigé le 6 juin 2005 par une spécialiste en médecine interne, endocrinologie et diabétologie, les diagnostics (avec effets sur la capacité de travail) de syndrome adrénogénital et d'épilepsie de type grand-mal ont été confirmés et une diminution des capacités intellectuelles d'origine multifactorielle a encore été retenue. La spécialiste a aussi mentionné un ancien abus d'alcool, un hypogonadisme primaire, du tabagisme et un status après une dépression réactionnelle, en tant que diagnostics sans effet sur la capacité de travail. Elle a expliqué que le recourant présentait une diminution de la capacité de s'adapter aux changements professionnels et de gérer les situations conflictuelles et indiqué que le syndrome adrénogénital, de même que la médication épileptique pouvaient expliquer la fatigue décrite par le recourant. La spécialiste a ajouté qu'il était très vraisemblable que le recourant n'était pas en mesure de travailler à un taux supérieur à 50% comme magasinier, précisant que l'appréciation de la capacité de travail était soumise à une grande marge d'interprétation et que la diminution de cette capacité provenait davantage des difficultés d'adaptation à l'augmentation des exigences professionnelles qu'à une détérioration de l'état de santé. La spécialiste a conclu que le recourant était capable d'accomplir un travail physique léger à moyen et de remplir des tâches simples et répétitives, sans exposition à une pression psychique. Elle a spécifié qu'il était important que le recourant puisse répartir son travail et faire des petites pauses. Le taux d'activité exigible a été arrêté à 50% et une diminution de rendement de 10% a été retenue.

4.2 Quant aux éléments ayant servi de base au prononcé de la décision du 26 octobre 2009 (rejet de la demande de révision du 22 janvier 2007), ils se résument comme suit.

4.2.1 D'après un rapport du 4 avril 2008 du médecin traitant du recourant, les diagnostics (avec effets sur la capacité de travail) d'ostéoporose sévère avec tassement vertébral D12 (dès janvier 2007; voir dossier [dos.] AI 27/16 s.) et d'insuffisance artérielle des membres inférieurs (dès septembre

2006; voir dos. AI 27/18 et 27/22-24) ont encore été retenus. Ce médecin a en particulier expliqué que le recourant souffrait d'asthénie et de malaises répétés, de douleurs vertébrales et dorsales en raison de l'ostéoporose, ainsi que de claudication intermittente des membres inférieurs (du fait d'une artérite oblitérante de ceux-ci; voir dos. AI 27/25). Selon le rapport, il en est résulté un ralentissement psychomoteur discret, du fait d'un état de fatigue. L'abandon de l'activité exercée en tant que manutentionnaire a été recommandé, seule une activité excluant totalement le port de charge et permettant des changements réguliers de position étant jugée adaptée. Une incapacité de travail à 100% a été attestée dès le 3 novembre 2006.

4.2.2 Le médecin-conseil d'un centre dans lequel le recourant a accompli une mesure d'observation professionnelle du 8 septembre au 3 octobre 2008 a mentionné, dans son rapport du 6 octobre 2008, que celui-ci présentait des limitations intellectuelles, visuelles, en termes de port de charge (soit à 15 kg, en raison de l'ostéoporose), du périmètre de marche (du fait de l'insuffisance artérielle des membres inférieurs) et pour la conduite automobile. Il a ajouté que les travaux sur une échelle ou en hauteur, de même que l'utilisation de machines potentiellement dangereuses (à cause de l'épilepsie) étaient exclus. Ce médecin a conclu que pour des travaux simples et sans responsabilité, le recourant conservait une capacité de travail de l'ordre de 50%, avec un rendement proche de la norme. Dans le rapport final de ce centre d'observation professionnelle, du 28 octobre 2008, des difficultés de réflexion et d'analyse ont été mises en relief et seule une formation pratique ou un travail simple ont été jugés envisageables. Les activités fines ont été déconseillées. Une activité légère et répétitive, sans port de charge, plutôt debout ou en positions alternées a été considérée comme étant adéquate. Dans cet écrit, le taux d'activité de 50% a également été estimé adapté et le rendement a été jugé dans la norme.

4.3 Avant de prononcer la décision du 16 septembre 2013 (suite à la demande du 20/28 septembre 2010), l'intimé a notamment recueilli les éléments médicaux suivants.

4.3.1 Après que le recourant a été opéré, le 10 décembre 2012, lors d'une hospitalisation du 9 au 19 décembre 2012 survenue à la suite d'une chute

et d'une fracture du côté gauche de la hanche (voir dos. AI 99/9), celui-ci a été pris en charge dans un centre de réadaptation du 19 au 31 décembre 2012. Dans un rapport du 12 février 2012, ce dernier a principalement retenu le diagnostic de déconditionnement physique avec une limitation de la mobilité, de la force et de l'autonomie.

4.3.2 Le médecin traitant du recourant s'est ensuite exprimé dans un document établi le 4 juin 2013. Dans celui-ci, il a ajouté à ses précédents diagnostics (avec effets sur la capacité de travail) une fracture pathologique pertrochanterienne de la hanche gauche le 9 décembre 2012, un status après une fracture du coude gauche en 2010 et une fracture proximale de l'humérus droit en septembre 2010. Il a rappelé que le recourant présentait une fragilité physique due à un syndrome adrénogénital substitué et un manque d'endurance physique dans les travaux lourds de manutention. Le médecin a ajouté que la situation était très stable sur les plans endocrinien et neurologique et qu'aucune crise d'épilepsie ou d'insuffisance surrénalienne n'était survenue ces dernières années. Il a souligné que le pronostic dépendait essentiellement de l'ostéoporose sévère, rappelant encore que le recourant présentait une fatigabilité générale et un risque de crise en cas de travail trop astreignant. Le port de charge, même légère, a été jugé contre-indiqué et la dernière activité exercée impossible. Il a retenu que le recourant était capable de travailler à 50% dans un emploi adapté dès mars 2013, avec une réduction du rendement.

4.3.3 Le SMR, par une spécialiste en médecine générale, s'est prononcé par écrit du 13 juin 2013, dans lequel il a confirmé les diagnostics retenus par le médecin traitant du recourant. Il a indiqué que l'ostéoporose avait conduit à une diminution durable de la résistance physique dès septembre 2010 (date de la fracture de l'humérus) mais retenu que le profil d'exigibilité n'avait toutefois pas subi de changement.

4.4 Finalement, dans le contexte de la demande de révision du 12 septembre 2014 et de la décision litigieuse du 27 novembre 2017, l'intimé a essentiellement recueilli les éléments suivants.

4.4.1 Le médecin traitant du recourant a informé, le 24 novembre 2014, que le recourant avait développé une gêne à l'utilisation de son bras droit,

de sorte qu'une opération en vue du retrait du matériel d'ostéosynthèse de la fracture de la tête humérale droite était intervenue en novembre 2013 (voir dos. AI 110/21). Il a ajouté que le recourant avait ensuite présenté une aggravation de sa claudication intermittente des membres inférieurs et qu'une thrombo-endarterectomie (du carrefour fémoral droit et de l'artère fémorale superficielle proximale droite) avait dû être pratiquée en juin 2014 (voir dos. AI 110/8). D'après le médecin traitant, une infection de la cicatrice est alors survenue et le recourant a subi une nouvelle intervention en juillet 2014 (nettoyage d'une infection à staphylocoques dorés). Selon ce rapport, depuis 2013, il n'a plus jamais été imaginable de pouvoir demander au recourant de travailler ou même de rechercher du travail.

4.4.2 Une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) a été réalisée les 20/23 décembre 2016 et ses conclusions retranscrites le 6 mars 2017. Concernant le volet psychiatrique, l'expert psychiatre n'a retenu aucun diagnostic présentant des effets sur la capacité de travail. Il a en revanche retenu (sans effet sur la capacité de travail), une longue phase d'inactivité professionnelle (selon le ch. Z56 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'organisation mondiale de la santé [OMS]; difficultés liées à l'emploi et au chômage) ainsi qu'une utilisation nocive pour la santé d'alcool (selon le ch. F10.1 CIM-10). L'expert a en particulier nié l'existence d'une diminution de l'intelligence, d'un trouble psychiatrique ou de symptômes d'un épisode dépressif. Il a aussi spécifié que le recourant n'appréhendait pas de façon hypochondriaque les conséquences négatives de sa maladie et qu'il n'était pas fixé sur ses douleurs. Quant au volet rhumatologique de l'expertise, l'expert rhumatologue a retenu les diagnostics (avec effets sur la capacité de travail) d'ostéoporose, de syndrome panvertébral essentiellement lombaire (avec de rares manifestations; "*selten lumbalbetontes Panvertebralsyndrom*"; voir dos. AI 135.1/8), ainsi que de maladie artérielle périphérique. L'expert a notamment précisé que le recourant ne souffrait plus des conséquences de ses fractures au bras droit et à la hanche, ni de douleurs aux jambes depuis qu'il a été opéré des vaisseaux sanguins, mais qu'il éprouvait des douleurs dans le bas du dos lorsqu'il devait porter des charges de plus de 10 kg. L'expert a ajouté qu'il était difficilement compréhensible, sur la base des données ressortant notamment des

rapports des 14 juillet 2004 et 6 juin 2005 (voir c. 4.1.1 et 4.1.2) qu'une limitation de la capacité de travail ait été admise par l'intimé, le syndrome adrénogénital et les crises d'épilepsie n'ayant en particulier pas empêché le recourant d'exercer une activité de magasinier durant plusieurs années. L'expert a toutefois souligné que les diagnostics impactant la capacité de travail (ostéoporose, syndrome lombaire panvertébral et maladie artérielle périphérique) existaient déjà en partie lors du prononcé de la décision du 2 novembre 2005 et que ceux-ci impliquaient une limitation du port de charge à 10 kg et la nécessité de ne pas surmener son corps. Il a en revanche exclu toute limitation fondée sur une polyneuropathie débutante et une consommation excessive d'alcool. Hormis les diagnostics évoqués ci-avant, l'expert a retenu qu'il n'existait pas d'élément nouveau. Il a cependant conclu qu'il fallait admettre que l'état de santé paraissait s'être détérioré depuis la décision du 2 novembre 2005, ajoutant toutefois que cette évolution n'avait eu aucune influence, s'agissant de l'exercice d'une activité adaptée et que seule la capacité de travail pour les travaux physiquement éprouvants avait été affectée. Dans une activité adaptée (comportant des tâches légères à moyennes et permettant des changements de position), l'expert a estimé que la capacité de travail du recourant était limitée à 50% depuis des années, voire déjà depuis 2005, avec une réduction du rendement. Le pronostic a été jugé favorable. Dans leurs conclusions interdisciplinaires, les experts ont indiqué que l'évaluation de la capacité de travail découlant du volet rhumatologique de l'expertise était déterminante.

4.4.3 Le médecin traitant du recourant a encore indiqué, le 2 mai 2017, qu'un adénocarcinome du colon avait été découvert en mai 2016 (dos. AI 140/46-49), que le recourant avait subi un infarctus du myocarde en juin 2016 (dos. AI 140/17-40) et que des lésions athéromateuses sévères avaient été décelées (sténose des artères sous-clavières, des artères vertébrales et de l'artère carotide interne gauche). Il a ajouté qu'un examen réalisé le 29 août 2016 avait confirmé la présence d'une ostéoporose sévère. Ce médecin a insisté sur le fait qu'il considérait son patient comme totalement inapte à travailler dans quelque domaine que ce soit, en raison des risques de fracture spontanée, d'accident vasculaire cérébral, d'insuffisance artérielle périphérique, ainsi que d'infarctus.

4.4.4 Toujours par le concours d'un spécialiste en médecine interne, le SMR s'est prononcé le 6 juin 2017. Dans son rapport, ce spécialiste a mentionné que le dernier contrôle relatif à l'ostéoporose ne changeait rien au profil d'exigibilité retenu. S'agissant des lésions athéromateuses, il a précisé que les dégâts causés par l'infarctus au ventricule gauche limitaient la tolérance à l'effort du recourant et que les données produites permettaient d'admettre l'existence d'une restriction modérée des fonctions cardiaques, si bien que, comme déjà retenu dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire, seule une activité légère était exigible. Le spécialiste du SMR s'est aussi prononcé au sujet de l'insuffisance artérielle périphérique et a indiqué que cette pathologie avait pour conséquence une plus rapide fatigabilité des bras ainsi que des jambes. Il a toutefois mentionné que ces problèmes avaient déjà été pris en compte par l'expert rhumatologue. Quant à l'adénocarcinome du colon, le spécialiste du SMR a souligné qu'aucune maladie tumorale maligne n'avait été décelée et qu'aucune limitation de la capacité de travail n'était justifiée sous cet angle.

4.4.5 L'expert rhumatologue a également conclu, dans un complément d'expertise du 3 août 2017, que les rapports du médecin traitant des 6 septembre 2016 et 2 mai 2017 n'apportaient pas d'élément nouveau justifiant une restriction supplémentaire de la capacité de travail du recourant. Il a en particulier relevé que tel n'était pas le cas de la problématique relative à la sténose des artères, de l'ostéoporose ou de l'adénocarcinome du colon.

4.5 Enfin, dans la présente procédure et à la demande du recourant, l'intimé a produit un rapport de l'institution auprès de laquelle le recourant a accompli un stage d'observation professionnelle du 9 avril au 8 juillet 2018. Il y apparaît que le recourant a débuté cette activité à 50% et qu'il n'a pas voulu essayer d'augmenter son taux de travail, désirant être occupé à 50% au plus. On peut aussi y lire que le rendement dans les tâches simples et répétitives a été de 60%, alors qu'il s'est limité à 30% pour les tâches exigeant davantage de concentration et d'attention, de même que de la motricité fine. D'après le rapport, la baisse de rendement a été liée, par rapport à l'invalidité, à des problèmes de motricité fine, de vue et de dos, de

même que, relativement au contexte et à l'environnement, à un manque de motivation pour augmenter son taux d'occupation.

5.

Il s'agit d'examiner la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire.

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

5.2 D'un point de vue formel, il apparaît que les experts ont rendu leurs conclusions après un examen personnel du recourant, qu'ils ont tenu compte de ses plaintes subjectives, de son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle) ainsi que de l'ensemble des documents médicaux versés en procédure (voir dos. AI 135.1/6-8 et 136.1/2-4; voir aussi dos. AI 144/1 s.). Les résultats qui découlent de l'expertise ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance du dossier (voir aussi c. 5.3.2). Aussi, la description du contexte médical est claire et les conclusions sont dûment motivées.

5.3 Le recourant critique cependant l'expertise bidisciplinaire, en invoquant qu'elle ne couvre pas tous les domaines pertinents (voir p. 7 s., ch. 3 du complément au recours).

5.3.1 A ce propos, il y a lieu de constater que le recourant a été informé de la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire le 14 septembre 2016 (au lieu de l'expertise pluridisciplinaire annoncée le 25 février 2015, voir dos. AI 113). Un délai au 30 septembre 2016 lui a alors été imparti pour

faire valoir ses objections, notamment à l'encontre des spécialités prévues (dos. AI 120). Le recourant n'a toutefois pas soulevé d'objection, que ce soit dans le courrier de sa curatrice du 23 septembre 2016 (dans lequel l'institution d'une curatelle a été annoncée), suite aux convocations des 7 et 16 décembre 2016 (dos. AI 128 s.), de même que lors de son entretien téléphonique avec l'intimé, du 16 février 2017 (dos. AI 132). Or, d'après les règles de la bonne foi, la personne assurée doit faire valoir ses objections le plus tôt possible après avoir pris connaissance des points déterminants de l'expertise envisagée. Le fait de savoir si les objections ont été apportées en temps voulu doit être apprécié d'après les circonstances de chaque cas d'espèce (ATF 138 V 271 c. 1.1), un délai de 10 jours étant admis par le Tribunal fédéral (ATF 139 V 349 c. 5.2). Cela étant, le grief du recourant ayant trait au choix des disciplines d'expertise est tardif, comme l'a correctement relevé l'intimé (voir ch. 22 de la réponse).

5.3.2 Quoi qu'il en soit, il convient de relever que les experts consultés n'ont pour leur part aucunement remis en cause la portée de l'expertise. Il appartient toutefois précisément à ces derniers d'apprécier si la participation d'autres spécialistes est nécessaire ou non (arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_277/2014 du 30 janvier 2015 c. 5.2) et de déterminer si des examens spécifiques supplémentaires sont nécessaires. Les experts médicaux bénéficient en effet d'une large autonomie en la matière (TF 9C_91/2015 du 3 septembre 2015 c. 4.3). De plus, comme le SMR l'a expliqué de façon convaincante, outre les indices d'une alcoolémie excessive, les affections du recourant concernent surtout l'appareil locomoteur (voir dos. AI 119/2). L'expert rhumatologue a en effet confirmé que les crises d'épilepsie et le syndrome adrénogénital n'impactaient pas la capacité de travail. Il a aussi retenu que l'opération relative à la maladie artérielle avait permis d'éliminer les douleurs, de même que la claudication intermittente. Par ailleurs, il a néanmoins pris en compte les conséquences de cette maladie (voir dos. AI 135.1/9-11; recommandant d'ailleurs des examens angiologiques uniquement selon l'évolution des douleurs). De même, s'il est vrai que, comme l'évoque le recourant, ce dernier a subi un infarctus le 3 juin 2016 (dos. AI 132) et que l'expert n'était pas en possession des documents y relatifs lors de l'expertise, il n'en demeure pas moins que toute la documentation médicale propre à cet incident lui a été

adressée ultérieurement et qu'il n'a alors pas pour autant conseillé une expertise cardiologique, expliquant au contraire avoir pris en considération cette problématique (dos. AI 144). Partant, il y a lieu de constater que tous les aspects médicaux pertinents ont été évalués. On ne saurait dès lors critiquer la valeur probante de l'expertise au motif qu'elle a été limitée aux disciplines psychiatrique et rhumatologique (voir ATF 139 V 349 c. 3.2), en particulier au vu des motifs invoqués à cet effet par l'intimé (notamment le souci d'assurer la rapidité de la procédure; voir ch. 22 de la réponse).

5.4 Sur le plan matériel, il convient en premier lieu de relever que le volet psychiatrique de l'expertise n'est (à juste titre) pas litigieux entre les parties. L'expert psychiatre a en effet exclu de façon compréhensible l'existence d'une maladie psychiatrique, notamment d'un épisode dépressif (voir dos. AI 136.1/5 ss et 136.1/12). Il a en outre expliqué de façon convaincante pourquoi la consommation excessive d'alcool du recourant n'avait pas d'influence sur sa capacité de travail (voir dos. AI 136.1/8 s.). Quant au volet rhumatologique de l'expertise, il sied de relever que l'expert a confirmé les diagnostics d'ostéoporose (sans toutefois la qualifier de sévère, voir à cet égard dos. AI 144/2 § 3 mais aussi dos. AI 140/6) et d'insuffisance artérielle périphérique, retenant en outre le diagnostic de syndrome panvertébral lombaire (voir c. 4.4.2). S'agissant du premier de ces diagnostics, l'expert a relevé de façon pertinente que les fractures subies par le recourant à la partie supérieure du bras, ainsi que du côté gauche de la hanche, étaient survenues alors que celui-ci se trouvait en état d'ivresse (notamment après que le recourant a chuté, voir dos. AI 140/6), relativisant ainsi que les fractures soient (uniquement) liées à l'ostéoporose. S'il apparaît cependant que l'expert s'est uniquement fié aux déclarations du recourant pour retenir que ce dernier avait été examiné près d'une année plus tôt et qu'hormis du calcium et de la vitamine D, aucun traitement médicamenteux supplémentaire n'était indiqué selon son médecin (voir dos. AI 135.1/3 s., 135.1/6-8 et 135.1/11), alors qu'au contraire, d'après un rapport du 12 septembre 2016 (versé au dossier par le médecin traitant du recourant), une thérapie supplémentaire a été jugée indiquée (dos. AI 140/6), il n'en demeure pas moins que l'auteur de ce document a également recommandé d'encourager le recourant à la pratique régulière d'activités physiques modérées (dos. AI 140/7). Dans ces

circonstances, la reconnaissance par l'expert de limitations pour les activités physiquement éprouvantes (voir dos. AI 135.1/12) apparaît ainsi suffisamment tenir compte de cette pathologie. A propos de la maladie artérielle, l'expert a de plus rapporté de façon cohérente que le recourant ne se plaignait plus de douleurs depuis son opération de chirurgie vasculaire (voir dos. AI 135.1/4) et qu'il ne présentait plus de claudication intermittente (dos. AI 135.1/2 et 135.1/9), du fait certainement qu'il évitait de se mouvoir rapidement (dos. AI 135.1/10). Il a d'ailleurs souligné que le recourant lui avait confié ne pas ressentir de douleur lorsqu'il se déplaçait lentement (voir dos. AI 135.1/3). Partant, pour cette pathologie également, le profil d'exigibilité retenu semble pleinement tenir compte des répercussions de celle-ci sur la capacité de travail du recourant. Enfin, concernant le diagnostic de syndrome panvertébral lombaire, l'expert a souligné que le recourant avait déclaré souffrir de douleurs dans le bas du dos uniquement lors du port de charges de plus de 10 kg (dos. AI 135.1/2). Il a ajouté que ces douleurs ne pouvaient être mises en relation avec un signe clinique ou pathologique pertinent et il les a plutôt reliées à l'ostéoporose (dos. AI 135.1/11; ce qu'avait par ailleurs déjà fait le médecin traitant du recourant en 2008, voir c. 4.2.1). Par conséquent, au regard de tout ce qui précède, les conclusions de l'expert, selon lesquelles l'aggravation (vraisemblable) de l'état de santé du recourant a essentiellement eu un impact pour les activités physiquement éprouvantes mais pas pour l'exercice d'une activité adaptée, apparaissent dignes de foi. S'il est vrai que les diagnostics retenus par l'expert rhumatologue, dans le chapitre consacré de son expertise, semblent succincts, il n'en demeure pas moins que ce spécialiste a en définitive tenu compte de l'ensemble des problèmes rencontrés par le recourant. Il a en effet aussi pris en considération la problématique épileptique, la consommation d'alcool, les fractures subies, les troubles de la circulation sanguine, l'infarctus du 3 juin 2016, les problèmes d'anémie, la polyarthrose, la polyneuropathie, l'état de sclérose généralisé (dos. AI 135.1/2-4), ainsi que le déconditionnement physique constaté au sein du centre de réadaptation (dos. AI 135.1/13). Il a en outre expliqué de manière compréhensible pourquoi ces différentes atteintes n'étaient pas liées à une limitation de la capacité de travail (dos. AI 135.1/9 ss). Ce faisant, l'expert a motivé de manière complète et convaincante que l'aggravation de l'état de santé du recourant n'avait pas

modifié le profil d'exigibilité. Il s'ensuit que le caractère probant de l'expertise bidisciplinaire du 6 mars 2017 (également défendu par le SMR, dans son rapport du 6 juin 2017) doit être confirmé.

5.5 Les arguments soulevés par le médecin traitant du recourant, notamment dans son avis du 24 novembre 2014, d'après lequel, depuis 2013, il n'a plus jamais été imaginable que le recourant travaille (voir c. 4.4.1) n'apparaissent au contraire pas crédibles, en particulier dans la mesure où, dans son rapport du 4 juin 2013, ce médecin concluait encore à une capacité de travail de 50% dans un emploi adapté et à compter de février/mars 2013. Aussi, sur la base des explications de l'expert rhumatologue au sujet des causes des fractures subies, ainsi que des conséquences liées à l'ostéoporose, le risque de fracture spontanée évoqué par le médecin traitant dans son rapport du 2 mai 2017 ne s'impose pas à un degré de vraisemblance prépondérante (degré de preuve déterminant en droit des assurances sociales, voir ATF 144 V 427 c. 3.2, 138 V 218 c. 6), à tout le moins avec les limitations découlant du profil d'exigibilité retenu (voir également à cet égard l'avis du SMR du 6 juin 2017). Enfin, le médecin traitant n'a pas développé davantage pourquoi l'ostéoporose, les lésions athéromateuses sévères et l'infarctus du myocarde (dûment pris en compte par l'expert, comme évoqué ci-avant, voir dos. AI 144) ont modifié ou aggravé les restrictions admises dans le profil d'exigibilité. Aussi, comme l'expert l'a justement évoqué, le polype désigné par le médecin traitant comme un adénocarcinome du colon a, au regard du dossier, entièrement été réséqué et aucune cellule cancéreuse n'a été identifiée (voir dos. AI 140/3-4 et 140/46-49). Par conséquent, on ne saurait admettre que ces éléments remettent en question les conclusions de l'expertise bidisciplinaire, comme le recourant l'allègue (voir p. 8, ch. 4 du complément au recours).

5.6 Finalement, il convient encore de relever que le rapport relatif au stage d'observation professionnelle réalisé par le recourant du 9 avril au 8 juillet 2018 (voir c. 4.5) porte sur une période postérieure à la décision litigieuse et n'est donc en principe pas déterminant (ainsi en va-t-il également du courrier adressé par le recourant au TA le 5 juin 2019). En effet, les faits survenus postérieurement à la décision entreprise et qui ont

modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (voir ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). Quoiqu'il en soit, ce rapport compile des données non médicales et aucun aspect qui en découle ne permet d'ailleurs non plus de remettre en cause les conclusions des experts.

6.

En conclusion, il convient de suivre l'avis des experts et d'admettre que l'aggravation de l'état de santé du recourant sur le plan somatique, depuis la décision d'octroi d'une demi-rente d'invalidité du 2 novembre 2005, n'a pas entraîné une modification significative du profil d'exigibilité retenu à cette époque. Ce résultat (détérioration de l'état de santé sans impact sur le profil d'exigibilité) est également corroboré par le fait qu'ainsi que l'a relevé l'expert rhumatologue (dos. AI 135.1/9), la réduction importante de la capacité de travail admise à l'octroi de la demi-rente en novembre 2005 apparaît difficile à concilier avec les diagnostics qui avaient alors été retenus (syndrome adrénogénital, épilepsie de type grand-mal et diminution des capacités intellectuelles), tandis que le recourant était jusque-là et en présence de ces troubles, parvenu à assumer pendant plusieurs années un travail physiquement pénible (voir c. 4.4.2). A ce sujet, on ne peut ignorer non plus que l'experte mandatée à l'époque avait elle-même émis d'importantes réserves quant à la difficulté de l'évaluation de la capacité résiduelle de travail (voir c. 4.1.2). Au demeurant, l'expert rhumatologue ayant contribué à l'élaboration de l'expertise du 6 mars 2017 précise qu'il ne veut pas insinuer par ses réflexions que le recourant était totalement capable de travailler en 2005, mais expliquer qu'en réalité les diagnostics problématiques (ostéoporose, syndrome panvertébral et maladie artérielle périphérique) restreignaient déjà la capacité de travail à cette époque. Cela étant, c'est à juste titre que l'intimé a nié l'existence d'un motif de révision et, partant, rejeté la demande d'augmentation de la rente d'invalidité du recourant. Rien au dossier ne permet par ailleurs de supposer que la capacité de travail et de gain se serait détériorée de telle façon qu'un droit à une rente plus élevée que la demi-rente octroyée serait né pour une période limitée dans le temps pendant la période couverte par

l'objet de la contestation, à savoir du 1^{er} septembre 2014 au 27 novembre 2017 (une augmentation de rente antérieure à la demande de révision, comme requis par les conclusions du recours, ne pourrait être envisagée; art. 88a al. 2 et 88^{bis} du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

7.

Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

7.1 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 recourant, qui succombe, doit ainsi supporter les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, et ne peut prétendre au remboursement de ses dépens (art. 69 al. 1^{bis} LAI, art. 61 let. g LPGA, art. 104 al. 1 et 108 LPJA).

7.2 Le recourant a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire partielle (limitée aux frais de procédure).

7.2.1 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 et des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de chances de succès (art. 29 al. 3 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 [Cst., RS 101] et art. 61 LPGA en lien avec l'art. 111 al. 1 LPJA).

7.2.2 En l'espèce, le recourant perçoit des prestations de l'aide sociale (voir pièces jointes à sa demande d'assistance judiciaire). Il est ainsi manifeste que la condition formelle de l'assistance judiciaire est réalisée. En ce qui concerne la condition matérielle posée pour une dispense des frais judiciaires, on ne saurait d'emblée déclarer que la cause était dépourvue de chances de succès (ATF 140 V 521 c. 9.1). La requête doit dès lors être admise et le recourant mis au bénéfice de l'assistance

judiciaire partielle. Partant, les frais de procédure sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire.

7.2.3 Le recourant doit en outre être rendu attentif à son obligation de remboursement s'il devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272]).

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. 800.-, sont mis à la charge du recourant. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure. 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 mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué (A):
 - à la Caisse de pension D._____.

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

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