

200.2015.664.AI

A. _____
CHA/BEJ

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

Jugement du 18 janvier 2017

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
A. de Chambrier, greffier



A. _____

recourant

contre

Office AI Berne

Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne

intimé

relatif à une décision de ce dernier du 10 juin 2015

En fait:

A.

A. _____, né en 1959, marié, vendeur de formation et titulaire d'un diplôme dans le domaine informatique, a occupé divers emplois (entrecoupés de périodes de chômage), surtout dans la vente, puis l'informatique. Après un licenciement et une nouvelle période de chômage, il a créé une entreprise active dans le domaine musical en Italie (notamment organisation de karaokés), pays dans lequel il a résidé, selon ses propres déclarations, de février 2004 à février 2005 (dossier [dos.] AI doc. 40 p. 3). De retour en Suisse, il bénéficie de l'aide sociale depuis mars 2005. Le 27 février 2006, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), en faisant valoir divers diagnostics cervicaux-dorsaux et une dysbalance musculaire depuis le 12 mai 2005, date à laquelle il aurait subi un accident de vélo (dos. AI doc. 2 p. 6 et, entre autres, doc. 7 p. 3). Par décision du 13 décembre 2007, l'Office AI Berne, se basant sur une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique), des 31 août et 29 septembre 2007, a refusé de lui octroyer une rente, faute d'atteinte à la santé invalidante. Le recours formé par l'intéressé contre cette décision a été rejeté par le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), par jugement entré en force du 5 septembre 2008 (JTA 2008/6414).

B.

Le 21 mai 2013, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI, en faisant valoir, depuis mai 2005, des douleurs chroniques à la colonne vertébrale, la nuque et la tête après un grave accident de vélo, une fibromyalgie, des douleurs chroniques dans les genoux et une hanche, une grave dépression, ainsi que des troubles hormonaux (production insuffisante de testostérone). L'Office AI Berne a procédé à diverses mesures d'instruction et requis, sur recommandation de son Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), une nouvelle expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique),

réalisée les 19 mars et 22 avril 2015 par les mêmes experts que ceux qui ont été à l'origine de l'expertise précitée de 2007. Par préorientation du 30 avril 2015, l'Office AI Berne a informé l'intéressé qu'il envisageait de lui refuser toute prestation, en retenant que, selon ladite expertise, les limitations actuelles étaient surtout dues à un déconditionnement et que suite à un renforcement musculaire, l'activité précédemment exercée serait exigible sans restriction. L'Office AI Berne a confirmé le contenu de sa préorientation par décision du 10 juin 2015.

C.

Le 12 juillet 2015, l'assuré, par un avocat, a recouru contre la décision précitée de l'Office AI Berne du 10 juin 2015 auprès du TA et requis l'assistance judiciaire complète. Sous suite des frais et dépens, il a conclu à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Le 28 juillet 2015, le recourant, par son mandataire, a complété sa requête d'assistance judiciaire. Dans son mémoire de réponse du 12 août 2015, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. L'avocat du recourant a fait parvenir sa note d'honoraires au TA le 8 septembre 2015. Le 22 avril 2016, il a informé le TA qu'il mettra fin à ses activités d'avocat le 30 avril 2016, ne représentera plus l'intéressé à partir du 1^{er} mai 2016 et que les correspondances devront alors être adressées directement à ce dernier.

En droit:

1.

1.1 La décision du 10 juin 2015 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et refuse au recourant le droit à des prestations AI. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation

de cette décision et, principalement, sur l'octroi d'une rente entière d'invalidité à l'assuré.

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, représentée par un mandataire dûment légitimé, 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] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 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.

Après avoir estimé que le recourant avait rendu plausible une modification des circonstances depuis le refus de rente prononcé le 13 décembre 2007, confirmée par le TA le 5 septembre 2008 (voir let. A ci-dessus), l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande du 21 mai 2013 et a procédé à un examen matériel du cas (art. 87 al. 2 et 3 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]; jusqu'au 31 décembre 2011: anc. art. 87 al. 3 et 4 RAI; SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2). Le TA doit donc également procéder à un examen au fond (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1).

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). L'incapacité de gain consiste dans 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). 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 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. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c).

3.3 La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche dans la procédure faisant suite à la nouvelle demande (examen matériel) – d'une manière analogue à celle de la révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA – en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision de refus à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 c. 5.3, 130 V 71 c. 3.2.3; VSI 1999 p. 84 c. 1b).

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).

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.

4.1 La décision de refus de prestations du 13 décembre 2007, confirmée par le jugement du TA du 5 septembre 2008, reposait essentiellement sur l'expertise bidisciplinaire (psychiatrique et rhumatologique) des 31 août et 29 septembre 2007, réalisée par le Dr B._____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, plus particulièrement rhumatologie, également en possession d'une attestation

de formation complémentaire en médecine psychosomatique et aussi en médecine manuelle et par le Dr C._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans cette expertise, le rhumatologue retenait comme diagnostic une augmentation marquée de l'intensité du syndrome douloureux localisé dans la partie supérieure de la colonne thoracique se prolongeant dans le thorax et la colonne cervicale, plus à droite qu'à gauche, sans signe de compression neurogène. Il mentionnait également une maladie tendino-musculaire non inflammatoire (*Tendomyosen*) et des maux de tête provoquant une sensation de tension, un status après distorsion de la colonne cervicale avec choc à la tête et légère commotion cérébrale le 18 mai 2005 (recte 12 mai), un status après accident de moto en 1988 avec luxation de la hanche et plusieurs fractures des deux jambes, ainsi qu'un status après plusieurs accidents sans atteinte subjectivement essentielle. Sur le plan psychiatrique, l'expert psychiatre ne retenait quant à lui aucun diagnostic invalidant; il retenait un épisode dépressif léger à moyen (F32.00 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 accentuation de certains traits de la personnalité (CIM-10: Z73.1). Il évoquait également un trouble somatoforme persistant, sans déceler de comorbidité psychiatrique ou somatique. La problématique de mauvaise gestion de la douleur était également abordée, mais celle-ci restait, selon lui, sans influence sur la capacité de travail en l'absence de maladie psychiatrique. De même, il estimait que les traits de la personnalité accentuée diagnostiqués n'avaient pas d'effet sur la capacité de travail. Selon les experts, le recourant ne présentait aucune maladie invalidante et disposait d'une pleine capacité de travail sans perte de rendement (dos. AI doc. 24 et 25).

4.2 Sur le plan médical, l'intimé a essentiellement fondé sa décision du 10 juin 2015 sur l'expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) des 19 mars et 22 avril 2015 (dos. AI doc. 86.1 et 88.1), également réalisée par les mêmes spécialistes que la précédente. Sur le plan rhumatologique, sont retenus comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, un syndrome cervical avec spondylarthrose développée depuis 2007 (CIM-10 M54.02) et sans incidence sur ladite capacité, un syndrome douloureux chronique non spécifique généralisé, compatible avec une fibromyalgie

(CIM-10: M79.4), un status après un accident de vélo le 18 mai 2005, ainsi qu'après un accident de moto en 1984, une dépendance aux opiacés, un hypogonadisme, un manque de vitamine D3 et un manque de fer. Sous l'angle rhumatologique, la fibromyalgie n'entraîne, selon l'expert, pas d'incapacité de travail. Il estime qu'en raison de l'habitus asthénique et du déconditionnement musculaire, ainsi que des modifications vertébrales dégénératives, un travail avec une position statique de la colonne vertébrale de longue durée n'est plus exigible du recourant. Une activité légère à moyenne, avec la possibilité de changer de position environ toutes les demi-heures, est en revanche, selon lui, immédiatement exigible et le recourant disposera d'une pleine capacité de travail dans une activité légère à moyenne, comme celle de vendeur, dès qu'il aura suivi un programme de musculation conséquent sur trois à six mois. Sur le plan psychiatrique, l'expert psychiatre retient le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'agoraphobie avec trouble panique (CIM-10: F40.01), et sans influence sur ladite capacité, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (CIM-10: F33.00), une accentuation de certains traits de la personnalité (CIM-10: Z73.1) et un soupçon de dépendance à la morphine (CIM-10: F11). Sous l'angle psychiatrique, il estime qu'à aucun moment, le recourant n'a présenté de limitation de la capacité de travail ou de perte de rendement, étant précisé que l'agoraphobie rend toutefois inexigible de sa part une activité dans des locaux exigus ou entourée de beaucoup de monde. Dans leur avis commun, élaboré au cours d'un entretien téléphonique du 19 mars 2014, les deux experts estiment qu'au vu de l'absence de maladie avec effet sur la capacité de travail sur le plan psychiatrique, on peut se référer pleinement aux conclusions de l'expertise rhumatologique.

4.3

4.3.1 Le recourant, dans son recours, conteste les conclusions de cette expertise qu'il estime incompatibles avec les autres avis médicaux au dossier. Il n'est en particulier pas d'accord avec les experts lorsqu'ils retiennent que la dépression, l'hypogonadisme et la fibromyalgie diagnostiqués sont sans influence sur la capacité de travail et reproche à l'expert psychiatre de ne pas avoir expliqué comment il arrivait à ses

conclusions, ni pour quelles raisons il pouvait écarter les avis divergeant au dossier. Dans sa réponse, l'Office AI Berne estime que la valeur probante de l'expertise précitée est entière.

4.3.2 L'expertise bidisciplinaire des 19 mars et 22 avril 2015 est convaincante, se fonde sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assuré et repose sur un exposé clair des faits. Les conclusions des experts, dont rien ne permet de douter des qualifications, sont détaillées, bien étayées et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Les experts prennent en compte les avis médicaux essentiels figurant au dossier ainsi que les plaintes exprimées par l'assuré et se basent sur un examen personnel de ce dernier. L'appréciation des experts est de plus corroborée par d'autres éléments au dossier. Le rhumatologue traitant constate également l'absence de substrat objectif aux douleurs décrites (rapport du 17 avril 2014; dos. AI doc. 78 p. 4) et le caractère non invalidant de l'hypogonadisme diagnostiqué est confirmé par deux médecins de la clinique d'endocrinologie, diabétologie et nutrition clinique de l'hôpital universitaire consulté par le recourant pour ce trouble (rapport du 17 juin 2013), ainsi que par le médecin généraliste traitant dans son rapport du 23 juillet 2013 (dos. AI doc. 48 et 51 p. 2).

4.3.3 Contrairement à ce que prétend le recourant, l'expert psychiatre se prononce sur les avis divergents au dossier, en particulier sur celui de la psychiatre traitante. Avec une argumentation concluante, il explique pourquoi il retient une dépression légère et non pas légère à moyenne et pour quelles raisons le taux d'incapacité de travail de 100% retenu par cette dernière dans le rapport du 11 avril 2014 n'est pas justifié. Il constate que dans le rapport précité, la psychiatre traitante n'étaye pas le diagnostic de trouble douloureux chronique et ne se réfère pas à la CIM-10. De plus, l'expert psychiatre précise que le recourant dispose encore de ressources, qu'il n'a pas constaté de limitation de la capacité de concentration ou de l'attention et qu'une oppression permanente n'est pas démontrée. Il indique que lors de leur entretien, le recourant a parfois souri et ri. Il relève que ce dernier parlait d'une voix normale, donnait une impression de vitalité et que les plaintes exprimées étaient vagues, généralisées et difficiles à saisir.

Relevant parfois des tendances à la dramatisation, il précise ne pas avoir constaté de signe clinique de fatigue et que les déclarations du recourant concernant l'évolution de ses troubles dépressifs étaient inconsistantes. Par ailleurs, l'appréciation de l'expert psychiatre concernant l'effet de la dépression diagnostiquée sur la capacité de travail est conforme à la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), qui considère qu'en principe un trouble du cercle dépressif (CIM-10: F32.1, F33 ou F34) de degré léger à moyen est susceptible d'être traité, donc surmontable, et pas incapacitant pour l'AI (parmi d'autres, TF 8C_131/2016 du 14 juillet 2016 c. 5.3.1 et références). L'expert explique en outre que ses constatations ne lui permettent pas de retenir l'existence d'un trouble panique, mentionné par la psychiatre traitante.

4.3.4 Dans son rapport du 11 avril 2014, la psychiatre traitante retient comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent épisode actuel léger à moyen (CIM-10: F33.01-11), un trouble panique (CIM-10: F41), un trouble douloureux chronique suite à un accident de vélo, dans la région de la nuque et, par intermittence, généralisé sur allodynie. Elle ne décrit toutefois pas les éléments objectifs sur lesquels elle se fonde pour retenir de tels diagnostics, ni n'explique pour quels motifs ces derniers conduisent, sur le plan médical, à une incapacité de travail de 100%, probablement permanente. Au surplus, il ressort du rapport précité du 11 avril 2014 que l'état psychique du recourant semble aussi influencé par des facteurs sociaux défavorables, notamment des conflits avec les autorités d'aide sociale, soit par des facteurs étrangers à l'invalidité (sur la prise en compte de tels facteurs, voir ATF 139 V 547 c. 3.2.2, 127 V 294 c. 5a; SVR 2012 IV n° 52 c. 3.2, 2010 IV n° 19 c. 5.2). Comme le relève l'expert psychiatre, la psychiatre traitante semble essentiellement fonder son appréciation sur les plaintes subjectives de l'assuré. Par ailleurs, aucun élément au dossier ne vient contredire les conclusions des experts concernant les conséquences du trouble hormonal sur la capacité de travail. A ce titre, le rapport du 9 juillet 2015 du spécialiste en médecine interne, sportive et d'urgence, joint au recours (postérieur à la décision attaquée, mais pouvant néanmoins être pris en compte dans la mesure où il concerne la situation médicale existante au moment où cette première a été rendue; SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4), ne se

prononce pas sur la capacité de travail du recourant, mais rapporte les plaintes subjectives de ce dernier et précise que les résultats des thérapies sont encore insuffisants. En outre, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il reproche à l'expert rhumatologue d'avoir estimé que le problème hormonal est "réglé". Ce dernier explique au contraire que le recourant court un risque accru d'ostéoporose en raison, notamment, de ce diagnostic et recommande de poursuivre le contrôle et le traitement de ce problème.

4.3.5 Concernant le caractère invalidant du syndrome douloureux chronique, respectivement de la fibromyalgie, l'interniste et généraliste traitant estime certes que la fibromyalgie a un effet sur la capacité de travail (rapport du 23 juillet 2013; dos. AI doc. 51 p. 2). Toutefois, ce médecin, qui aura en principe tendance, dans le doute, à favoriser son patient (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3; TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4), n'étaye aucunement cette affirmation et ne rend pas plausible l'ampleur des limitations qu'il retient (notamment en se référant à d'autres domaines de la vie ou d'activité; ATF 141 V 281 c. 4.4.1, 140 V 290 c. 3.3.2, 130 V 352). L'expert psychiatre indique pour quelles raisons il ne retient pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, en relevant une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé. Certes, l'expertise en cause a été réalisée avant la nouvelle jurisprudence du TF sur les troubles somatoformes douloureux ou les syndromes comparables sans étiologie claire (ATF 141 V 281). Cela ne conduit toutefois pas d'emblée à une perte de valeur probante, dans la mesure où le contenu de cette expertise permet de se prononcer sur le caractère invalidant de tels troubles à la lumière des nouveaux critères développés par le TF (ATF 141 V 281 c. 8, 137 V 210 c. 6). Dans le cas présent, l'expert psychiatre indique notamment que le recourant ne lui a pas donné l'impression de souffrir de fortes douleurs permanentes et lancinantes. Il ajoute qu'à aucun moment des 100 minutes d'entretien, le recourant n'a eu de mimique ou de gestuelle exprimant une douleur et que ce dernier pouvait bouger sans limitation apparente. Il mentionne également une tendance à la dramatisation. Ces éléments constituent des indices d'exagération qui plaident en faveur d'un motif d'exclusion au sens de la jurisprudence et donc du caractère non invalidant du trouble en cause (ATF 141 V 281 c. 2.2). Au demeurant, même en retenant que le critère

d'exclusion (exagération) n'est pas donné, il conviendrait de constater que les ressources encore disponibles empêchent de retenir que l'on se trouve en présence d'une fibromyalgie invalidante au regard de la nouvelle jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux. En effet, l'expert psychiatre relève que le recourant dispose encore de ressources. Il mentionne en particulier des centres d'intérêts variés, tels que suivre l'actualité par le biais de la radio et de la télévision, regarder des documentaires, notamment historiques et animaliers, ainsi que la lecture, et ne constate pas de difficulté relationnelle entre le recourant et son épouse. Il précise également que les motifs pour lesquels le recourant ne fait plus de musique depuis 2009 ne sont pas clairs (voir en particulier dos. AI doc. 86.1 p. 17). A cela s'ajoute le fait que le recourant indique encore aller régulièrement promener son chien et faire la cuisine en commun avec son épouse (dos. AI doc. 88.1 p. 10). En outre, ce dernier a mentionné qu'en raison de ses limitations psychiques, il lui était très difficile de se motiver et de faire quelque chose de ses journées (ibidem). Or, sur le plan psychiatrique, les diagnostics, en particulier d'un trouble dépressif récurrent épisode actuel léger, ne peuvent pas justifier une telle incapacité à être actif. De plus, on relève qu'à cette occasion, le recourant n'a pas mentionné les douleurs comme facteur limitant, mais ses problèmes d'ordre psychique, ce qui étonne et révèle une certaine contradiction avec l'ampleur des douleurs mentionnées par ce dernier (notamment dos. AI doc. 88.1 p. 12).

4.3.6 Certes, l'expert en rhumatologie indique qu'avant un reconditionnement, un travail en position assise permanente devant un ordinateur n'est plus exigible du recourant, pour ensuite expliquer, de façon contradictoire, que pour un travail permanent à l'ordinateur, la capacité de rendement de celui-ci serait réduite de 10% (expertise du 22 avril 2015 ch. 6.5 et 7.2). Pareille contradiction ne saurait toutefois porter atteinte à la valeur probante de l'expertise. En effet, la capacité de travail du recourant, avant et après reconditionnement musculaire, à tout le moins dans le domaine de la vente, reste sans équivoque, à savoir qu'il présente une pleine capacité dans une activité adaptée, avec la possibilité de changer de position environ toutes les demi-heures, avant ledit reconditionnement, et

une pleine capacité après celui-ci, sans limitation, sous réserve d'activités comportant des postures statiques de longue durée.

4.3.7 Au vu de ce qui précède, les avis médicaux divergents au dossier ne viennent pas remettre en question les conclusions de l'expertise bidisciplinaire en cause et les griefs du recourant la concernant doivent être écartés. En outre, les experts se prononcent à suffisance sur la survenance effective d'une éventuelle modification de l'état de santé (SVR 2013 IV n° 44 c. 6.1.2). L'expertise bidisciplinaire de mars/avril 2015 revêt ainsi une force probante entière.

5.

5.1 En examinant les deux expertises bidisciplinaires à la base des décisions du 13 décembre 2007 et du 10 juin 2015, on constate, sur le plan rhumatologique, une progression des troubles dégénératifs cervicaux, avec un syndrome cervical avec spondylarthrose qui se développe depuis 2007 et la présence de nouveaux diagnostics, en particulier celui de trouble hormonal et de dépendance aux opiacés. Un syndrome douloureux avait en revanche déjà été diagnostiqué par le rhumatologue en 2007. Il constatait en 2015 que ce dernier s'était généralisé et semblait compatible avec une fibromyalgie. L'expert rhumatologue explique de façon convaincante pourquoi, selon lui, on peut écarter avec un degré de vraisemblance prépondérante que les douleurs cervicales chroniques sont en lien avec les constats objectifs. Il relève que la spondylarthrose peut conduire à des douleurs à la nuque, mais souligne que de telles dégénérescences ne sont pas rares à un âge approchant les 56 ans et sont très souvent asymptomatiques. Le rhumatologue traitant convainc également lorsqu'il retient qu'aussi bien le syndrome cervical, que le syndrome douloureux et le trouble hormonal sont sans incidences sur la capacité de travail du recourant. Sur le plan psychiatrique, contrairement à 2007, l'expert psychiatre ne diagnostique plus de trouble somatoforme persistant, même sans incidence sur la capacité de travail (voir c. 4.1 et 4.2 ci-dessus), mais relève toujours l'existence d'un trouble dépressif. En 2007,

il s'agissait d'un trouble d'épisode léger à moyen, et en 2015, d'un trouble récurrent, épisode actuel léger (voir c. 4.1 et 4.2 ci-dessus).

5.2 Dans les deux cas de figure, l'expert a estimé que ce diagnostic n'avait pas d'influence sur la capacité de travail. Aussi bien en 2007 qu'en 2015, l'expert psychiatre a relevé une différence entre les plaintes et les constats. Dans ces circonstances, sans nier une évolution de la santé du recourant, qui peut aussi s'expliquer, en partie, par son âge, on peine à retenir que l'état de fait se soit substantiellement modifié depuis la décision de décembre 2007 et on ne constate pas de modification déterminante sur le plan économique et médical. En outre, même si on retenait une modification appréciable de l'état de santé, il faut relever que les experts, comme en 2007, expliquent de façon crédible, que les problèmes de santé constatés en 2015 chez le recourant ne portent pas atteinte à sa capacité de travail et que ce dernier, à tout le moins dans une activité adaptée, dispose d'une pleine capacité de travail. Il s'ensuit que les conséquences de l'état de santé du recourant sur sa capacité de gain n'ont pas notablement évolué depuis 2007.

5.3 Au vu de l'ensemble de ce qui précède, l'intimé pouvait à bon droit retenir que le recourant ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante durant la période en cause et rejeter la demande de prestations du recourant.

6.

6.1 Il résulte de l'ensemble de ce qui précède que le recours doit être rejeté, le recourant ne remplissant pas les conditions légales pour bénéficier de prestations de l'AI.

6.2 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. 800.-, 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).

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

6.3.1 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).

6.3.2 En l'espèce, le recourant dépend de l'aide sociale (voir PJ 1 du recours); il est ainsi manifeste que la condition formelle de l'assistance judiciaire est réalisée. En ce qui concerne les conditions matérielles de l'octroi de l'assistance judiciaire, on ne saurait d'emblée déclarer que la cause était dépourvue de chance de succès (ATF 140 V 521 c. 9.1). Vu la complexité de la matière juridique et médicale, on ne peut nier par ailleurs le caractère justifié d'un mandataire professionnel devant le TA (ATF 103 V 46 c. 1b). La requête peut dès lors être admise. Le recourant doit être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. Ainsi, les frais de procédure sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire et l'avocat qui a représenté le recourant durant la présente procédure est désigné en qualité de mandataire d'office, le mandat ayant été limité dans le temps au 1^{er} mai 2016 (voir let. C ci-dessus). Il sied de relever qu'au-delà de cette date, aucun acte d'instruction n'a été accompli et que la représentation par un mandataire n'était donc plus nécessaire. Le recourant n'a par ailleurs pas requis la désignation d'un nouveau représentant.

6.3.3 Selon la note d'honoraires du 8 septembre 2015, qui ne prête pas à discussion, les honoraires sont taxés à Fr. 3'172.50, compte tenu de la nature du litige et de la pratique du Tribunal dans des cas semblables. A ces honoraires s'ajoutent des débours par Fr. 45.-, soit, au total,

Fr. 3'217.50 (l'avocat précise dans sa note d'honoraires ne pas être soumis à la TVA). Eu égard à la jurisprudence du TF (ATF 132 I 201 c. 8.7), la caisse du Tribunal versera la somme de Fr. 2'395.- au titre du mandat d'office (honoraires Fr. 2'350.- [soit 11h45 heures à Fr. 200.-], débours de Fr. 45.-; voir aussi les art. 41 et 42 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11], l'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811], et l'ordonnance cantonale du 20 octobre 2010 sur la rémunération des avocats et avocates commis d'office [ORA, RSB 168.711]).

6.3.4 Le recourant doit en outre être rendu attentif à son obligation de remboursement (envers le canton et son avocat) 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 est admise et Me D._____ est désigné mandataire d'office.
3. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. Il n'est pas alloué de dépens.

5. Les honoraires de Me D._____ sont taxés à Fr. 3'172.50, auxquels s'ajoutent des débours par Fr. 45.-; la caisse du Tribunal lui versera la somme de Fr. 2'395.- (Fr. 2'350.- d'honoraires, Fr. 45.- de débours), au titre de son activité de mandataire d'office. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.

6. Le présent jugement est notifié (R):

- au recourant,
- à l'intimé, avec une copie du courrier de Me D._____ du 22 avril 2016, pour information,
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

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).