

200.2016.314.AI

ANP/BEJ

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

Jugement du 15 juillet 2016

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et C. Tissot, juges
P. Annen-Etique, greffière



A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 17 février 2016

En fait:

A.

A. _____, né en 1958, marié et père d'enfants adultes, ne dispose d'aucune formation professionnelle. Dès 1988, il a travaillé comme maçon, puis a mis un terme à cette activité le 23 juillet 2002, après qu'il se fut démis le dos à la suite d'un brusque mouvement en hyper-extension du tronc. La SUVA a alloué ses prestations jusqu'au 1^{er} juin 2003 (décision sur opposition y relative du 20 novembre 2003 entérinée par jugement du Tribunal administratif du canton de Berne [TA] du 24 novembre 2004; JTA LAA 5903). Annoncé en octobre 2003 à l'assurance-invalidité (AI) pour les mêmes suites accidentelles, l'assuré s'est vu refuser le droit à une rente (degré d'invalidité de 27%) par une décision sur opposition du 30 novembre 2007 confirmée sur recours par le TA (JTA AI 6409 du 5 septembre 2008). Une expertise médicale interdisciplinaire mandatée par l'AI auprès d'un centre d'expertises médicales (C. _____, en l'espèce; rapport y relatif du 20 août 2007) étayait ce prononcé judiciaire.

B.

En date du 10 juin 2014, l'assuré a présenté une nouvelle demande AI motivée par une hernie discale L2/3 avec sténose complète du canal spinal à l'origine d'une intervention chirurgicale le 8 mai 2014. A nouveau saisi du dossier, l'Office AI a sollicité l'appréciation (régulièrement actualisée) du médecin interniste traitant, à laquelle ont été joints divers rapports médicaux émanant de l'unité neurochirurgicale hospitalière ayant pratiqué l'opération précitée ainsi que de la clinique de réadaptation où l'assuré a ensuite séjourné. Après s'être enquis de l'avis de son service médical interne (SMR), l'Office AI a nié le droit à une rente (degré d'invalidité de 13%) par une préorientation du 2 novembre 2015 remplaçant un préavis du 31 août 2015, par lequel la demande AI était rejetée faute d'une invalidité de longue durée. Nonobstant les objections à l'encontre de sa préorientation, l'Office AI, en possession d'une nouvelle prise de position du SMR, a confirmé celle-ci par décision formelle du 17 février 2016.

C.

Par acte du 15 mars 2016, l'assuré, représenté, a porté le litige devant le TA en concluant, sous suite des frais et dépens, à l'annulation de la décision du 17 février 2016 de l'Office AI, au renvoi du dossier au dit office afin que celui-ci entre en matière sur la nouvelle demande de prestations et l'instruise, puis rende une nouvelle décision AI. Au plan formel, le recourant requiert l'octroi de l'assistance judiciaire et la désignation de son mandataire comme avocat d'office, en demandant au surplus que les frais soient joints au fond. Dans sa prise de position du 13 avril 2016, l'intimé a renoncé à déposer un mémoire de réponse en bonne et due forme, se limitant à conclure au rejet du recours et à renvoyer à sa décision contestée. Le mandataire du recourant a produit sa note d'honoraires du 27 avril 2016.

En droit:

1.

1.1 La décision du 17 février 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et le renvoi de la cause à l'Office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Sont particulièrement critiquées les bases médicales ayant servi à l'évaluation du degré d'invalidité du recourant.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, 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. 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.

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 (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).

2.2 Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, l'autorité ne peut examiner une nouvelle demande, c'est-à-dire entrer en matière à son sujet, que si cette demande rend plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière importante, à même d'influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Une modification importante des circonstances matérielles doit être retenue lorsqu'il y a lieu d'admettre que le droit à une rente d'invalidité (ou à l'augmentation de celle-ci) serait donné au cas où les circonstances invoquées s'avéreraient exactes (SVR 2014 IV n° 33 c. 2). On applique dans ce cas la même règle

que pour les demandes de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 c. 3.5.3). Cette réglementation vise à éviter que l'administration doive constamment se saisir de demandes de rente identiques et non motivées d'une façon plus précise (ATF 133 V 108 c. 5.3.1). Si l'administration accepte d'entrer en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner la cause quant au fond (examen matériel) et vérifier si la modification du degré d'invalidité alléguée par l'assuré s'est réellement produite; elle procédera alors d'une manière analogue à celle qui est applicable à un cas de révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA (SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2). Si elle constate que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié depuis la décision précédente passée en force, elle rejette la nouvelle demande. Sinon, elle examine d'abord si la modification constatée suffit pour admettre, cette fois, une invalidité ouvrant droit à une rente et rend une décision en conséquence. En cas de recours, la même obligation d'examiner l'affaire quant au fond incombe aussi au juge (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1). 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).

2.3 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 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 (cf. 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).

2.4 L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA).

Le principe de l'instruction d'office signifie que l'instance rendant une décision doit instruire et établir l'état de fait déterminant d'office, de sa propre initiative et sans être liée par les arguments et réquisitions de preuve des parties. Sont juridiquement déterminants tous les faits dont l'existence a une incidence sur les éléments litigieux. Dans ce contexte, les autorités administratives doivent toujours entreprendre des mesures supplémentaires lorsque les allégués des parties ou d'autres pièces du dossier ne constituent pas des éléments suffisants permettant de statuer (ATF 117 V 282 c. 4a). Le principe de l'instruction d'office ne s'applique néanmoins pas de manière illimitée, mais a pour corollaire le devoir de collaborer des parties (ATF 125 V 193 c. 2e, 122 V 157 c. 1a; SVR 2009 IV n° 4 c. 4.2.2).

3.

3.1 Dès l'abord, l'on précisera que contrairement à ce que semble laisser entendre le recourant dans la conclusion au fond no 2 de son recours («Renvoyer le dossier à l'intimé pour entrée en matière [...]»), l'intimé, à l'appui de son prononcé contesté du 17 février 2016, a bien franchi cet obstacle procédural pour ensuite rejeter la nouvelle demande AI du 10 juin 2016 après instruction médicale. Se pose en revanche la question de savoir si les données médicales recueillies suite au dépôt de cette deuxième demande AI permettaient à l'intimé de statuer à suffisance de droit sur la rente revendiquée par le recourant. A cet égard, l'office intimé a essentiellement fait siennes les dernières conclusions du SMR du 13 janvier 2016 inférant du terme mis le 23 juin 2014 au suivi neurochirurgical un status à nouveau dans les normes relativement à la problématique lombaire opérée le 8 mai 2014, respectivement une capacité de travail entière recouvrée dès la même clôture post-opératoire du cas. Cela étant, l'Office AI est parvenu à la conclusion qu'aucune évolution déterminante ne s'était produite par rapport à la situation qui prévalait lors de la première décision sur opposition du 30 novembre 2007 confirmée par le TA le 5 septembre 2008 (JTA AI 6409). L'expertise médicale interdisciplinaire (rhumatologique/psychiatrique) du C. _____ du 20 août 2007 à la base de cette précédente appréciation de l'intimé, confirmée par la présente instance judiciaire, postulait une capacité de rendement de 90% dans un emploi profilé pour les seules affections physiques alors considérées comme influençant les aptitudes professionnelles de l'assuré, à savoir des lombo-sciatalgies gauches sans déficit neurologique et des cervico-brachialgies gauches avec déficit sensitif dans le territoire C6 sur hernie discale C5-C6 médio-latérale gauche avec possible conflit disco-radicaire intra-foraminal (dossier AI [dos. AI] 72/1-19).

Il y a présentement lieu d'examiner dès lors la valeur probante de l'appréciation médicale du SMR à laquelle l'intimé s'est rallié, respectivement celle des autres données médicales recueillies consécutivement au dépôt de la nouvelle demande AI.

3.2 Entre le 30 novembre 2007 et le 17 février 2016, les avis médicaux et rapports suivants ont été rédigés.

3.2.1 Dans un rapport AI du 16 juillet 2014, le généraliste traitant, par ailleurs médecin interniste, a diagnostiqué, avec influence sur la capacité de travail, un prolapsus discal L2/3 avec une sténose du canal spinal (05.05.2014) en lien avec une séquestrectomie (08.05.2014), un syndrome cervico-vertébral associé à une hernie discale C5/6 (2006), un syndrome douloureux lombaire chronique (2002) et une dépression (2002). D'après cette source médicale, l'activité usuelle n'est plus possible depuis 2002 et aucune autre activité ne peut être envisagée en raison d'une faiblesse dans les jambes et des autres limitations encourues au plan lombaire et cervico-vertébral (dos. AI 105/2-5). A cette appréciation a été joint un rapport de sortie du 12 mai 2014 de la division neurochirurgicale hospitalière ayant pratiqué l'opération du 8 mai 2014 (rapport confirmant en tous points un rapport de sortie provisoire dudit hôpital établi le même jour), faisant état d'une résorption complète des douleurs à la jambe droite et d'une amélioration de la force au niveau des extrémités inférieures, excepté une parésie M4 persistant du côté gauche en flexion de la hanche (dos. AI 105/10-11; 99/3-5). En raison de ce déficit, l'assuré a séjourné du 16 mai au 14 juin 2014 dans une clinique de réadaptation (Clinique D. _____ en l'occurrence; rapport de sortie succinct du 13 juin 2014 produit par le médecin traitant; dos. AI 105/7-9). Lors d'une appréciation intermédiaire du 5 novembre 2014, le même médecin a confirmé ses précédentes conclusions et a au surplus émis un pronostic réservé, rappelant que son patient avait échappé de justesse à une paralysie médullaire et que seule une rente entrait en ligne de compte (dos. AI 117/1-3). Dans le cadre de ses objections à l'encontre de la première préorientation du 31 août 2015, il a encore indiqué que l'assuré avait certes régulièrement récupéré de la para-parésie aux extrémités inférieures survenue en mai 2014 en lien avec un prolapsus discal L2/3, sans que ne soit pour autant restaurée une quelconque capacité de travail et de gain (voir son rapport médical du 11 septembre 2015; dos. AI 128/2).

3.2.2 Selon le rapport de sortie établi en date du 11 juillet 2014 par la clinique de réadaptation, l'assuré présente une para-parésie M3-M4, une hypoesthésie accentuée au niveau distal, une hypoalgésie et une aréflexie, en l'absence en revanche d'une altération du sphincter (diagnostics précités antérieurement déjà retenus, avec en sus celui d'une faiblesse

généralisée des jambes M3-M4, par les médecins opérateurs; dos. AI 120/1). D'après la même clinique, le recourant a été soumis durant son séjour à un programme intensif de neuro-réadaptation à base de physio- et d'ergothérapie ayant amené certains progrès, puisque l'intéressé peut désormais se mouvoir seul à l'aide d'une canne, tout nécessitant cependant de nombreuses pauses en raison de ses douleurs dorsales. A la sortie de clinique, les médecins ont attesté un état général bon et stabilisé ainsi qu'une incapacité de travail continue à 100%, déniaut au surplus à l'assuré une aptitude à conduire un véhicule (dos. AI 107/2-4). Dans un rapport médical AI du 1^{er} septembre 2014, la clinique de réadaptation a confirmé ses précédents diagnostics. D'après elle, excepté l'aréflexie, la para-parésie M3-M4, l'hypoesthésie accentuée au niveau distal et l'hypoalgésie rendent en l'état impossible une reprise du travail, mais les mesures de physio- et d'ergothérapie peuvent réduire ces déficits par un renforcement musculaire lui-même propre à améliorer la capacité de travail. Toujours d'après ce rapport médical, cette dernière devra faire l'objet d'une réévaluation et aucune activité physique (excepté celle de monter des escaliers) n'est en l'état exigible de l'assuré - le pronostic étant qualifié de probablement défavorable (dos. AI 115/2-6).

3.2.3 Un contrôle post-opératoire a eu lieu le 23 juin 2014 auprès de l'unité neurochirurgicale hospitalière évoquée ci-dessus. Dans son rapport y relatif du 24 juin 2014, cette dernière a confirmé les conclusions médicales émises à l'issue de la cure de réadaptation, en particulier la persistance d'une parésie M4 nonobstant la récupération d'une marche à nouveau normale et de l'aptitude de monter des escaliers. En raison d'une évolution considérée comme se trouvant dans les normes, les médecins opérateurs ont mis fin au traitement neurochirurgical (dos. AI 120/1-2).

3.2.4 Pour sa part, le SMR, par le biais d'une spécialiste en orthopédie, dans un rapport du 14 janvier 2015, a retenu le diagnostic influençant la capacité de travail d'un status après nucléotomie L2/3 le 8 mai 2014. Excluant à la suite du C. _____ la poursuite de l'activité usuelle, cette spécialiste a en revanche estimé qu'une activité adaptée était exigible à plein temps, à savoir un emploi alterné exercé prioritairement en position assise, sans soulèvement ni port de charges moyennement lourdes à

lourdes, excluant les positions contraignantes comme celle de se pencher, de s'agenouiller ou de s'accroupir, à l'abri des influences environnementales tels les courants d'air, le froid et l'humidité, n'exigeant pas d'activités en hauteur, ni de monter sur des échafaudages, des échelles et des toits, sans rotations répétitives du tronc en position assise/debout et n'impliquant pas non plus de gravir des escaliers. D'après la même spécialiste, ce profil d'exigibilité est possible depuis le 23 juin 2014, date à laquelle les médecins opérateurs ont mis fin au traitement neurochirurgical et constaté que l'assuré pouvait à nouveau se déplacer normalement et monter des escaliers (dos. AI 119/3-9). Dans sa prise de position du 13 janvier 2016 dans le cadre de la préorientation, la doctoresse du SMR a confirmé ses précédentes conclusions et l'amélioration du status neurochirurgical qui était, selon elle, postulée par les médecins opérateurs. Elle a en outre estimé que le généraliste traitant indiquait lui aussi, dans sa prise de position du 11 septembre 2015, que le recourant s'était régulièrement remis de son atteinte (lombaire) passagère (dos. AI 137/2-3).

4.

Les rapports médicaux au dossier divergent quant à l'appréciation de la capacité de travail par le généraliste traitant, d'une part, qui exclut n'importe quelle activité lucrative, et le SMR, d'autre part, lequel atteste d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, toutefois sans avoir procédé à un examen clinique.

4.1 Pour revêtir une valeur probante comparable à celle d'autres expertises, les rapports du SMR doivent satisfaire aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (c. 2.3 supra), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales requises (SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2 [passage de texte non publié du c. 3.3.2 de l'ATF 135 V 254 = TF 9C_204/2009]). Il n'est en revanche pas strictement nécessaire que la personne assurée soit examinée personnellement. D'après l'art. 49 al. 1 phr. 1 RAI en effet, les SMR peuvent au besoin seulement procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne

des assurés. Dans les autres cas, ils sont parfaitement fondés à s'appuyer sur le dossier médical pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Tel est notamment le cas lorsqu'il s'agit principalement d'apprécier un état de fait médicalement établi et que la confrontation directe du médecin avec la personne assurée passe au second plan (TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références). Sous l'angle de l'appréciation des preuves, il y aura néanmoins lieu de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance doit être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée par l'AI. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée devront alors également être pris en considération. Si les constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3a/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 c. 4.4-4.6).

4.2 La fiabilité de l'avis du SMR peut en l'occurrence d'emblée prêter à discussion par le fait que la doctoresse au sein de ce service, en sa qualité de médecin orthopédiste sans spécialisation de prime abord en neurochirurgie ou en rhumatologie, ne dispose pas nécessairement de toutes les qualifications requises pour juger du status consécutif à la nucléotomie L2/3 pratiquée le 8 mai 2014 et des éventuelles séquelles de cette intervention sur le rachis (l'expertise interdisciplinaire du C. _____ du 20 août 2007, à l'instar au reste des examens spécialisés antérieurs mandatés par l'AI, s'appuyait sur un axe d'investigation rhumatologique concernant l'aspect somatique et comprenait un volet neurologique; voir dos. AI 40/1-19; 64/1-2; 72/9-10, 13-19). Quoi qu'il en soit, cette appréciation spécialisée apparaît en tous les cas faussée dans ses prémisses par le fait qu'elle infère de la seule clôture du cas sous l'angle neurochirurgical une amélioration définitive et totale du status lombaire propre à restaurer chez l'assuré une capacité de travail entière dans un emploi idoine. A l'appui de leur rapport médical du 24 juin 2014, les médecins opérateurs ne se sont en effet nullement prononcés sur les aptitudes professionnelles résiduelles de leur patient, s'attachant bien

davantage, et même uniquement, à restituer l'évolution clinique de leur point de vue neurochirurgical. En cela, la fin de leur prise en charge spécialisée ne peut à elle seule déjà signifier la guérison totale de leur patient. Dans son rapport de sortie, entièrement confirmé par les spécialistes précités, la clinique de réadaptation a d'ailleurs recommandé la poursuite des mesures médicales, au plan essentiellement physiothérapeutique, seules propres selon elle à améliorer durablement la capacité de travail. Elle a de plus attesté une faiblesse musculaire résiduelle de degré M4 ainsi que des limitations importantes en fin de séjour de réadaptation, dès lors que le recourant nécessitait alors encore de nombreuses pauses durant la marche pour récupérer de ses douleurs et qu'il n'avait pas recouvré son aptitude à conduire une voiture. En réalité, vu l'évolution post-opératoire sans complications au cas particulier, la prise en charge médicale s'est poursuivie auprès du médecin de famille, lequel a pris le relais des médecins opérateurs et réadaptateurs quant à la prescription des mesures médicales et thérapeutiques encore nécessaires à l'assuré. Dans ce prolongement, la doctoresse du SMR a du reste dénaturé les conclusions du généraliste traitant en affirmant que celui-ci, dans son rapport du 11 septembre 2015 indiquant que l'assuré s'était régulièrement remis («ordentlich erholt»; dos. AI 128/2) de son opération, avait lui aussi conclu à la résorption durable de la problématique lombaire. A l'instar de ses confrères chirurgiens, ce médecin visait en ces termes les seules suites post-opératoires, quant à elles parfaitement dans les normes, sans que ne soit pour autant postulée à partir de celles-ci une rémission médicale propre à restaurer une quelconque capacité de travail et de gain (c. 3.2.1 supra). Les précisions apportées dans son ultime courrier du 9 mars 2016 lèvent au reste tout doute qui subsisterait à ce sujet, puisqu'il en ressort que l'assuré est certes en mesure de se mouvoir seul à l'aide d'une canne, mais qu'il continue d'encourir de nombreuses restrictions aux plans lombaire et cervical incompatibles avec la reprise d'une activité lucrative de degré même léger, seule la gestion du quotidien étant actuellement exigible de sa part (dos. recourant [dos. rec.] 2).

4.3 On ne saurait au surplus admettre que le spécialiste du SMR avait à apprécier en l'occurrence un état de fait médicalement établi, respectivement que les documents recueillis à cet effet auprès du

généraliste traitant et des établissements médicaux concernés revêtaient une force probante suffisante pour compenser, cas échéant, l'absence d'examen personnel à la base de l'appréciation de ce service médical. La jurisprudence du Tribunal fédéral (TF) n'admet du reste qu'avec circonspection, en cas de litige, la force probante des constatations des médecins traitants, étant donné la mission d'abord thérapeutique de ces derniers (dont les évaluations ne servent donc pas prioritairement à un jugement définitif des prestations d'assurance) et le fait par ailleurs qu'ils auront plutôt tendance, dans le doute, à favoriser leur patient vu la relation de confiance établie avec celui-ci (ATF 135 V 465 c. 4.5 avec la référence citée). Or, en l'espèce, l'appréciation du médecin traitant s'inscrit dans la continuité de ses précédentes évaluations médicales, en ce sens que dès l'annonce à l'AI de son patient, ce médecin n'a eu cesse de prôner l'octroi d'une rente entière d'invalidité à ce dernier («Infolge Chronifizierung des Krankheitsbildes ist eine Berentung indiziert» selon son rapport médical AI du 24 avril 2004 au dos. AI 14/2-4; voir au surplus, par ex., dos. AI 27/57 et 85/28). S'il est du ressort du médecin de porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler, il ne lui appartient en revanche pas 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 (cf. art. 16 LPG; ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4). Au cas particulier, les premières conclusions du médecin traitant excluant alors déjà une quelconque capacité résiduelle de travail ont été mises en cause par le C._____ dans son expertise du 20 août 2007, également sous l'angle de la problématique dépressive attestée dès 2002 et jugée sans portée invalidante par les experts du C._____ (c. 3.1 supra). A elle seule, l'appréciation du généraliste traitant, même actualisée par ses derniers compléments médicaux, ne saurait dès lors constituer une base médicale suffisante pour évaluer la capacité de travail du recourant. Cela vaut d'autant plus qu'il y a lieu sous l'angle de l'appréciation des preuves de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance doit être tranché sans qu'une expertise externe n'ait été préalablement ordonnée (c. 4.1 supra), laquelle, en tant que première mesure d'investigation approfondie de l'administration, devrait au surplus être en principe pluridisciplinaire (TF 9C_207/2012 du 3 juillet 2013

c. 3.2). Le médecin traitant a du reste lui-même conclu à la nécessité d'une nouvelle expertise médicale (dos. AI 128/2; rec. 2) et aucune des autres sources médicales au dossier (c. 3.2.2 et 3.2.3 supra) ne permet en tout état de cause une évaluation fiable de la capacité de travail du recourant.

4.4 Sur la base d'un état de fait médical aussi peu éclairci, l'évaluation du SMR fondée sur la seule étude du dossier ne peut manifestement emporter conviction, d'autant qu'elle est elle-même affaiblie par certaines lacunes de départ insurmontables. Si cette appréciation livre il est vrai une estimation précise et concrète de la capacité de travail, elle écarte en revanche beaucoup trop tôt les possibles séquelles liées à la problématique lombaire opérée le 8 mai 2014, en particulier la faiblesse dans les jambes de degré M4 qui persiste en l'état encore et les douleurs importantes limitant les déplacements de l'assuré, tant à la marche qu'au volant d'une voiture. Elle ne se prononce de plus aucunement sur le syndrome cervico-vertébral associé à une hernie discale en C5/6, ni sur son évolution clinique depuis les conclusions du C._____ à son sujet, datant elles-mêmes de près de neuf ans. Aussi, l'intimé, en s'appuyant dans sa décision sur la seule appréciation médicale du SMR et en ne veillant pas à clarifier les incertitudes et les contradictions qui s'en dégagent par rapport aux conclusions du généraliste traitant, ni de surcroît à actualiser certaines données cliniques trop anciennes au dossier, a violé le principe inquisitoire (c. 2.4 supra). Dès lors qu'il avait accepté d'entrer en matière sur la nouvelle demande AI et ainsi admis qu'une péjoration médicale avait été rendue vraisemblable par l'assuré, il ne pouvait pourtant s'abstenir d'examiner ensuite la cause quant au fond et de vérifier si la modification alléguée s'était réellement produite (c. 2.2 supra). Il se justifie dès lors d'annuler la décision querellée et de renvoyer le dossier à l'Office AI en vue d'une instruction médicale complémentaire, par le biais d'une expertise qui appréhendera les problématiques rhumatologique, voire neurologique (étant donné la persistance d'une faiblesse dans les jambes et d'une parésie M4 du côté gauche) ou psychiatrique ici concernées (sur ce dernier plan, nonobstant une médication antidépressive de prime abord continue depuis son introduction en 2003, le généraliste traitant diagnostique désormais une dépression et non plus de simples

maussaderies dépressives associées à un trouble de l'adaptation; voir dos. AI 14/3 § A/1; 14/14-15; 105/2 ch. 1/1.1).

Une fois en possession de ces nouvelles données médicales et dans l'hypothèse d'une capacité résiduelle de travail encore reconnue au recourant, l'intimé déterminera si, en l'absence de mesures de réadaptation professionnelles, il demeure encore possible de placer l'intéressé sur le marché libre de l'emploi. Il évaluera ensuite le degré d'invalidité et ses éventuelles fluctuations, en veillant de plus à examiner la question de l'abattement sur le revenu statistique d'invalidé tant en relation avec une éventuelle incapacité de travail que par rapport à une éventuelle perte de rendement attestée(s) par les experts (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3; TF 8C_463/2015 du 24 septembre 2015 c. 2 et 3). En se fondant sur le ou les degré(s) d'invalidité qu'il aura ainsi calculé(s), il rendra ensuite (après dû préavis) une nouvelle décision se prononçant sur un éventuel droit à une rente et qui sera sujette à recours devant le TA. En l'espèce, le renvoi à l'Office AI pour instruction des points litigieux se justifie pleinement, dès lors qu'il touche à des questions qui n'ont pas du tout été éclaircies par l'assureur social. Il est d'ailleurs à juste titre requis par le recourant dans ses conclusions principales. Une instruction au niveau du TA violerait le droit d'être entendu de l'assuré et le priverait d'une instance de décision (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4); elle aurait pour conséquence en outre de restreindre les investigations à mener à la date de la décision ici contestée.

5.

Au vu de ce qui précède, la décision du 17 février 2016 doit être annulée et le dossier de la cause renvoyé à l'Office AI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

5.1 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Le recourant étant représenté en procédure par un mandataire professionnel,

il a droit au remboursement de ses dépens (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 27 avril 2016, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, sont fixés à un montant de Fr. 3'352.- (honoraires: Fr. 3'037.50; débours: Fr. 66.20; TVA: Fr. 248.30).

5.2 Les frais de la procédure de recours fixés forfaitairement à Fr. 800.- sont mis à la charge de l'Office AI qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

5.3 La requête d'assistance judiciaire, devenue sans objet, doit être rayée du rôle du Tribunal.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 3'352.- (débours et TVA compris) à titre de dépens pour la procédure de recours.
4. La requête d'assistance judiciaire déposée pour la procédure de recours, devenue sans objet, doit être rayée du rôle du Tribunal administratif.

5. Le présent jugement est notifié (R):

- au mandataire du recourant,
- à l'intimé,
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:
e.r.: C. Meyrat Neuhaus, Juge

La greffière:

Voie de recours

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