

200.2016.415.AI

ANP/BEJ

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

Jugement du juge unique du 4 mai 2017

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, juge
P. Annen-Etique, greffière



A. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 30 mars 2016

En fait:

A.

A. _____, né en 1964, marié et père de quatre enfants, dispose d'une formation dans la mécanique acquise dans son pays d'origine. Arrivé en Suisse en 1994, il a travaillé dans la restauration, puis a été engagé dès 1998 comme mécanicien de précision. Licencié en 2003 après plusieurs mois d'arrêt de travail, il a bénéficié jusque dans le courant 2008 de prestations de chômage et exercé des emplois temporaires, en dernier lieu du 18 juin 2007 au 8 février 2008 dans sa formation apprise. En date du 5 juillet 2008, l'assuré s'est blessé au thorax du côté gauche suite à un faux mouvement et a été indemnisé jusqu'au 31 octobre 2008 pour cette lésion par son assureur-accidents. Les 20/27 janvier 2010, il s'est annoncé à l'assurance-invalidité (AI) en invoquant diverses atteintes au plan psychique et somatique. Une décision de l'Office AI Berne du 11 avril 2011 rejetant cette demande a été confirmée sur recours par le Tribunal administratif du canton de Berne (TA; JTA AI 2011/493 du 9 mars 2012). Une expertise d'un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI [...]; rapport du 11 février 2011) étayait ces prononcés (dossier [dos.] AI 2/6 ch. 5.4, 9/3, 12.1/6; 13/1 et 27.1/4).

B.

Les 25 novembre/2 décembre 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande AI en invoquant un surmenage professionnel dès 2002 ainsi que des problèmes à la colonne vertébrale et aux genoux remontant à 2008. Par lettre du 8 décembre 2014, l'Office AI l'a invité à lui fournir tout document médical propre à attester que son état de santé s'était modifié de manière à influencer ses droits et l'a rendu attentif aux conséquences d'un défaut de production. Le même mois, l'assuré a fait parvenir au dit office divers rapports médicaux faisant état d'une opération pratiquée le 4 septembre 2014 au niveau lombaire (décompression L2-5 bilatérale avec séquestrectomie L4-5) ainsi que de cervico-brachialgies gauches chroniques. Après s'être enquis de l'avis de son service médical régional

(SMR), l'Office AI, par préavis du 10 septembre 2015, a informé l'assuré qu'il envisageait de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande, dès lors qu'une détérioration notable au plan médical n'avait pas été rendue vraisemblable depuis la décision du 11 avril 2011. Suite aux objections tant orales qu'écrites formulées par l'intéressé et aux pièces produites, le SMR a à nouveau été invité à s'exprimer sur le dossier médical et l'Office AI a statué le 30 mars 2016 dans le sens annoncé dans son préavis.

C.

Par écrit du 27 avril 2016 (auquel étaient jointes les objections écrites précitées du 6 octobre 2015), l'assuré a porté le litige devant le TA en concluant à l'annulation de la décision AI du 30 mars 2016, au renvoi de la cause à l'intimé pour réexamen de son cas et mise en œuvre d'expertises auprès de ses médecins orthopédiste et psychiatre traitants, ainsi qu'à l'octroi d'une assistance judiciaire. En date du 17 mai 2016, après avoir été rendu attentif à l'objet limité de la contestation d'une décision de refus d'entrée en matière, il a fait parvenir un complément du 30 avril 2016 à son recours et une formule de requête d'assistance judiciaire complétée le 16 mai 2016. Dans sa réponse du 13 juillet 2016, l'Office AI a conclu au rejet du recours, sous suite des frais et dépens, et a produit une prise de position globale du SMR du 30 juin 2016 accompagnée d'autres éléments médicaux. Le recourant a répliqué le 2 août 2016, puis a produit de nouvelles pièces par courriers des 30 janvier et 15 février 2017, l'intimé ayant pour sa part renoncé à une duplique. En date du 17 février 2017, la Juge a écarté les pièces à l'appui du dernier courrier précité et informé l'assuré que tout autre moyen de preuve non couvert par l'objet de la contestation lui serait à l'avenir retourné sans autre commentaire.

En droit:

1.

1.1 La décision de non-entrée en matière du 30 mars 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et, partant, le renvoi du dossier à l'intimé afin qu'il statue matériellement sur la demande de prestations du recourant. Est particulièrement critiquée l'appréciation de l'administration niant le caractère plausible de la détérioration de l'état de santé dont se prévaut l'assuré, certificats médicaux à l'appui.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Les membres du TA connaissent, en qualité de juges uniques, des recours contre les décisions et décisions sur recours d'irrecevabilité (art. 57 al. 2 let. c de la loi cantonale 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).

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 à influencer ses droits (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). 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). Cela vaut également par analogie lorsqu'un assuré réitère sa demande concernant une mesure de réadaptation après que le refus a passé en force de chose jugée (ATF 113 V 22 c. 3b; RCC 1991 p. 269 c. 1a). 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). L'exigence de plausibilité d'une modification des circonstances ne doit pas nécessairement toucher chaque élément à la base de la décision de rejet entrée en force. Il suffit au contraire de fournir certains indices concrets de l'existence de l'état de fait que l'on allègue. L'administration est alors obligée d'entrer en matière sur la nouvelle demande et l'examiner de manière complète, tant sous l'angle des faits que du droit (ATF 117 V 198 c. 4b).

2.3 A réception d'une nouvelle demande, l'administration se doit d'examiner si les allégations de l'assuré sont plausibles; si tel n'est pas le cas, elle liquidera l'affaire, sans autre examen, par une décision de non-entrée en matière. Ce faisant, elle tiendra compte notamment du fait que l'ancienne décision a été rendue à une date plus ou moins récente, et posera en conséquence des exigences plus ou moins grandes à la vraisemblance de ce qui est allégué. A cet égard, l'administration dispose d'une certaine marge d'appréciation que le juge doit respecter. Celui-ci n'examine donc la question de l'entrée en matière que si celle-ci est litigieuse (ATF 109 V 108 c. 2b). Lors d'une nouvelle demande, l'assuré doit rendre plausible une modification des circonstances. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être

constatés d'office par l'autorité, n'est pas applicable à ce stade de la procédure. Lorsqu'un assuré présente une nouvelle demande de prestations sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 c. 5.2.5).

2.4 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). Lorsqu'à la suite d'un premier refus de prestations, un nouvel examen matériel du droit à la rente aboutit à ce que celui-ci soit à nouveau nié dans une décision entrée en force reposant sur une constatation des faits (médicaux) pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas d'indices d'une modification des conséquences exercées par l'état de santé sur la capacité de gain) conformes au droit, la personne assurée doit se laisser opposer ce résultat - sous réserve de la jurisprudence en matière de reconsidération et de révision procédurale - lors d'une nouvelle annonce à l'AI (ATF 130 V 71 c. 3.2.3).

3.

3.1 D'emblée, l'on relèvera qu'à sa prise de connaissance le 2 décembre 2014 de la nouvelle demande de prestations (date du sceau humide apposé sur cette dernière), l'Office AI a réagi rapidement, en date du 8 décembre 2014, en rendant l'assuré attentif au fait qu'il lui incombait de rendre plausible un changement significatif de son état de santé depuis la décision AI du 11 avril 2011 et en l'avertissant des conséquences juridiques encourues en cas de manquement à son devoir de collaboration. Le recourant a du reste répondu à cette injonction dans le délai imparti jusqu'au 23 décembre 2014 en faisant parvenir à l'intimé de nouveaux documents médicaux émanant de son chirurgien orthopédique traitant et d'une unité radiologique hospitalière, de même que d'autres pièces médicales plus anciennes. L'intimé s'est donc conformé en tous points à la procédure préconisée par la pratique judiciaire (c. 2.3 supra).

L'examen du cas d'espèce porte en conséquence sur le point de savoir si l'assuré a établi de façon plausible une modification des circonstances susceptible d'influencer ses droits entre la date de la dernière (et ici originelle) décision du 11 avril 2011 entrée en force que l'Office AI a rendue sur la base d'un examen matériel du droit et le 30 mars 2016, date du prononcé ici contesté (c. 2.4 supra). A cette dernière date, l'intimé a privilégié au détriment des médecins traitants l'appréciation du SMR procédant d'une synthèse des rapports de médecine somatique versés au dossier depuis l'expertise du COMAI de 2011.

3.2 A toutes fins utiles, il est encore rappelé à ce stade (voir au surplus c. 5.2 et 5.3 infra et ordonnances des 29 avril 2016 et 31 janvier 2017) que les nouvelles pièces médicales déposées en procédure de recours devant le TA ne sont pas propres à étayer l'argumentation de l'assuré tendant à démontrer une péjoration de son état de santé depuis le prononcé matériel du 11 avril 2011. L'état de fait déterminant pour le Tribunal est précisément celui qui se présentait à l'Office AI sur la base des pièces produites par le requérant jusqu'à la date de la décision de non-entrée en matière contestée (c. 2.4 supra; ATF 130 V 64 c. 5.2.5). Des pièces déposées après celle-ci, en procédure de recours, pourraient tout au plus étayer une nouvelle demande à introduire par le recourant.

4.

4.1 Pour nier le droit à une rente dans sa décision du 11 avril 2011, l'intimé s'est fondé sur l'expertise pluridisciplinaire réalisée à fin 2010 auprès d'un COMAI, dont les conclusions ont été synthétisées dans un rapport final du 11 février 2011.

De l'évaluation médicale précitée procédant d'investigations au plan de la médecine physique, psychiatrique et neuropsychologique, il ressortait les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques sur protrusion discale étagée avec hernie discale L4-L5 sans syndrome radiculaire, d'un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission incomplète correspondant à un épisode léger (F33.0) ainsi que d'un trouble somatoforme douloureux (TSD) persistant (F45.4) et, sans répercussions au plan économique, d'une chondropathie rotulienne du genou droit avec lâchages. Au niveau lombaire, les experts constataient une discordance entre les plaintes du patient et les constatations radio-cliniques, ajoutant que l'absence de réponse aux différents traitements parlait en faveur d'une composante non-organique. Selon eux, ces signes de non-organicité associés à une détresse professionnelle et sociale avec un important conflit de couple justifiaient de poser le diagnostic d'un TSD persistant, étant donné encore l'amélioration constatée du trouble dépressif. Le bilan neuropsychologique faisait quant à lui état de résultats fluctuants et généralement insuffisants, qui ne pouvaient au final pas être interprétés ni ne correspondaient à une pathologie organique cérébrale connue. Quant aux restrictions encourues au plan médical, les experts estimaient, d'une part, que l'atteinte lombaire limitait le port de charges, les positions statiques prolongées ou non-ergonomiques (en porte-à-faux, par exemple) et, d'autre part, que l'assuré présentait sur le plan psychique une fatigue et une fatigabilité, un épuisement mental ainsi qu'une très forte identité d'invalidité. Selon eux encore, les restrictions d'ordre psychique réduisaient de 30% la capacité de travail et, vu l'intrication avec les éléments psychiques et les facteurs non-organiques, il était au surplus difficile d'évaluer les limitations réellement encourues au plan somatique, même si de bonnes aptitudes fonctionnelles étaient en soi préservées dans un poste respectant l'ergonomie du rachis. Globalement, ils parvenaient à

une capacité résiduelle de travail de 70% dans un emploi idéalement profilé, sans restriction supplémentaire de rendement, ce qui correspondait selon eux à un pensum de l'ordre de 5h30 par jour.

4.2

4.2.1 A l'époque de la décision contestée, l'Office AI disposait tout d'abord à son dossier de la nouvelle demande AI, à l'appui de laquelle l'assuré invoque une maladie au plan psychique dès 2002 liée à un surmenage professionnel («un épuisement à la fois physique et mental»), ainsi que des problèmes d'origine prétendument accidentelle à la colonne vertébrale (hernie discale lombaire) et aux genoux remontant à 2008. Hormis des rapports médicaux plus anciens déjà connus du COMAI en 2011 (IRM et radiographie lombaires du 1^{er} septembre 2008, rapports médicaux relatifs à une infiltration articulaire facettaire L4-5 droite pratiquée le 15 décembre 2008; dos. AI 27.1/2 et 27.1/14), l'assuré a par la suite étayé sa nouvelle demande par un bilan d'IRM du 17 mars 2012 constatant un canal spinal étroit, probablement déjà primaire, avec des modifications spondylarthrosiques concernant tous les segments et un épaissement des ligaments jaunes, des protrusions plates des disques intervertébraux L2-3 et L3-4 et, à la dernière hauteur précitée, une déchirure annulaire extra-foraminale et une sténose de degré moyen du canal spinal au niveau des segments L4-5 avec une large protrusion des disques et une déchirure annulaire centrale et paramédiane gauche, ainsi qu'une large déchirure annulaire et un début d'herniation plate du disque intervertébral L5-S1 droit avec un léger déplacement de la racine nerveuse S1 droite. Les autres pièces produites émanent du chirurgien orthopédique de l'assuré et font état d'un suivi dès janvier 2014 (en tout cas) à raison d'une claudication non spécifiée associée à des lombo-ischialgies gauches avec sténose du canal spinal L4-5 et protrusion discale gauche ainsi qu'à un canal spinal étroit ayant nécessité une décompression bilatérale L2-L5 avec séquestrectomie L4-5 en date du 3 septembre 2014 (voir les rapports opératoire du 4 septembre 2014 et de sortie d'hôpital du 11 septembre 2014 produits à l'appui). Des cervico-brachialgies chroniques gauches ont également été évoquées par le même spécialiste.

4.2.2 Dans le cadre de ses objections du 6 octobre 2015 et hormis les rapports opératoire et de sortie d'hôpital précités déjà connus, le recourant a produit deux nouveaux rapports médicaux établis les 8 mai et 25 août 2015 par son chirurgien orthopédique et attestant de cervico-céphalgies, d'un status après décompression L2-L5 des deux côtés en septembre 2014, de lombo-ischialgies gauches avec sténose du canal spinal L4-5 et protrusion discale gauche, de cervico-brachialgies gauches chroniques et d'un canal spinal étroit conditionné génétiquement. Avec ces documents était en outre transmis à l'intimé un rapport d'IRM du 25 août 2015 de la colonne vertébrale cervicale rapportant la présence de modifications avant tout chondritiques et non carthrotiques (unkarthrotisch) avec sténosation pluri-segmentaire des neuroforamina, en particulier à droite au niveau C4-5, de façon un peu moins prononcée au niveau C5-6 et C3-4, d'un léger rétrécissement à gauche des neuroforamens C3-4, 4-5 et aussi C5-6, ainsi que d'une légère protrusion discale, avant tout au niveau du segment C5-6, en l'absence par contre de troubles des signaux de type myélopathie.

4.2.3 L'assuré a déposé d'autres moyens de preuve médicaux à l'appui de son recours et de ses prises de position ultérieures des 15 juin 2016, 30 janvier et 15 février 2017 devant le TA (les moyens produits avec le dernier courrier précité lui ayant été restitués par la Juge en date du 17 février 2017). Nonobstant les limites déjà évoquées quant à l'objet de la contestation (c. 3.2 supra), l'on précisera néanmoins succinctement que ces pièces versées au dossier font état d'une incapacité de travail à 100% attestée par un psychiatre traitant suivant l'assuré à sa consultation depuis le 19 octobre 2015 en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode moyen (F33.2), ainsi que d'une modification de la personnalité après une expérience traumatisante (F62.0), et que ce même médecin a recommandé une évaluation psychiatrique (voir son rapport du 1^{er} juin 2016). Les autres pièces produites consistent dans des rapports médicaux des 25 août 2015 (déjà déposé auparavant), 28 septembre 2015 (relatif à une consultation téléphonique du 24 septembre 2015) et 27 octobre 2015 (status clinique établi la veille) du chirurgien orthopédique ayant opéré le recourant le 3 septembre 2014, y compris le rapport de sortie d'hôpital du 11 septembre 2014 (aussi produit antérieurement). Un ultime rapport médical du 24 janvier 2017 émane d'un centre neurologique universitaire (division de

médecine psychosomatique) faisant état d'une hospitalisation du 5 au 25 janvier 2017, lors de laquelle a été introduite une thérapie multimodale de la douleur aux fins de traiter les douleurs lombaires et les cervicalgies chroniques de l'assuré.

4.3

4.3.1 En date du 22 janvier 2015, l'experte psychiatre du SMR en charge du dossier médical du recourant a estimé que la péjoration invoquée touchait à l'aspect somatique uniquement et a de fait mandaté un confrère interniste et rhumatologue au sein du même service en vue de se prononcer sur cette évolution. Dans un rapport du 23 juin 2015, le médecin précité du SMR a pris position sur les documents de médecine somatique produits à l'appui de la nouvelle demande AI (c. 4.2.1 supra), en partie complétés par ses propres soins (voir notamment les radiographies de la colonne lombaire debout face/profil du 1^{er} juillet 2014 et l'IRM lombaire du 1^{er} juillet 2014 évoquant principalement une sténose canalaire légère à moyenne sur protrusion discale aux étages L2-3 et L4-5 avec possible irritation de la racine L5 dans sa partie récessale; dos. AI 56/4). Sur ces bases, le SMR a dénié toute portée neurologique significative au canal lombaire étroit constatée à l'IRM, à mesure que le status neurologique ne révélait quant à lui aucun déficit sensitivomoteur, ni trouble irritatif. En d'autres termes, les irritations possibles des racines nerveuses nouvellement établies par imagerie ne se traduisaient pas, selon le SMR, par une clinique spécifique du canal lombaire étroit. Au surplus, toute portée invalidante était également exclue en lien avec les modifications spondylarthrosiques, la cervico-brachialgie gauche et la chondropathie rotulienne droite. Sur ces bases, le médecin du SMR a estimé qu'aucune péjoration objectivée, ni limitation fonctionnelle nouvelle n'étaient attestées depuis l'expertise du COMAI de 2011 et qu'il fallait également tenir compte dans ce contexte du TSD persistant préalablement reconnu. Dans l'hypothèse où une détérioration devrait néanmoins être admise, le SMR était d'avis que la situation clinique était soit en cours d'amélioration suite à l'opération du canal lombaire, soit qu'elle se stabiliserait jusqu'à atteindre la situation qui était celle d'avant l'intervention ce, moyennant un délai de réadaptation estimé à trois mois. Au final étaient diagnostiqués, avec

influence au plan économique, un canal lombaire étroit de nature ostéo- (spondylarthrose multi-étagée), disco- (protrusions discales L2-3 et L3-4 avec sténose canalaire moyenne, hernisation L5-S1 et déplacement de la racine S1 droite) ligamentaire (épaississement du ligament jaune) après infiltration ainsi qu'opération et, sans répercussions sur la capacité de travail, une cervico-brachialgie gauche chronique et une chondropathie rotulienne du genou droit. Selon le SMR, les affections précitées rendent uniquement possible une activité légère à 100% alternant les postures (assise, semi-assise, debout et à la marche) et n'impliquant pas de porter des charges loin du corps, mais uniquement le long de celui-ci jusqu'à 5 kg, et excluant au surplus les travaux effectués sur les genoux, en marchant dans les escaliers ou en flexion répétée du dos, respectivement au niveau des épaules.

4.3.2 Selon sa prise de position globale du 30 juin 2015, la doctoresse psychiatre responsable de la coordination du dossier au sein du SMR a estimé que les plaintes invoquées à l'appui de la nouvelle demande ressortent au seul plan somatique et s'est dès lors ralliée aux conclusions de son confrère du SMR niant toute péjoration au plan fonctionnel depuis l'expertise du COMAI de 2011. Dans un rapport du 5 février 2016, la même spécialiste a considéré que les rapports médicaux produits dans le cadre des objections orales (c. 4.2.2 supra) étaient déjà connus du SMR dans sa prise de position précitée du 23 juin 2015, à l'exception du rapport du 8 mai 2015 du chirurgien traitant qui n'apportait toutefois rien de nouveau, selon elle, par rapport à l'appréciation précitée de son confrère du SMR. Cette doctoresse a encore précisé qu'un épuisement professionnel, tel qu'invoqué par le recourant, ne constituait pas un diagnostic, ni un résultat au plan clinique.

4.3.3 En procédure de recours devant le TA, le SMR a procédé le 29 juin 2016 à une nouvelle évaluation sous l'angle somatique intégrant les pièces médicales produites en procédure de recours (c. 4.2.3 supra), mais également le rapport du 25 août 2015 du chirurgien orthopédique traitant versé au dossier avant le prononcé de la décision contestée (c. 4.2.2 supra). Sur ces bases, le médecin interniste rhumatologue du SMR a confirmé le diagnostic invalidant d'un canal lombaire étroit de nature ostéo-

disco-ligamentaire après infiltration et opération, et a en outre retenu, sans influence au plan économique, une cervico-brachialgie gauche chronique avec syndrome cervico-céphale après infiltration de glucocorticoïdes ainsi qu'une chondropathie rotulienne du genou droit. De son avis, les lésions dégénératives constatées au plan cervical ne s'accompagnent d'aucun déficit neurologique, ni fonctionnel significatif nouveau par rapport aux exigences définies dans son précédent rapport médical du 23 juin 2015 et alors déjà adaptées aux douleurs chroniques de la nuque excluant les travaux au niveau des épaules et le port de charges loin du corps. Au final, le même médecin nie en conséquence tout changement significatif de l'état de santé somatique sur la base des modifications mises en évidence à l'IRM cervicale du 25 août 2015 et n'admet pas non plus de limitations fonctionnelles nouvelles suite à l'intervention chirurgicale lombaire pratiquée courant 2014. Pour sa part, la doctoresse psychiatre du SMR estime que les symptômes décrits par le psychiatre traitant dans son rapport du 1^{er} juin 2016 sont pour l'essentiel identiques à ceux du bilan du COMAI de 2011. Concernant au surplus l'aspect somatique, elle se rallie aux dernières conclusions de son confrère du SMR et réfute de ce fait une modification de l'appréciation assécurologique par rapport à l'expertise pluridisciplinaire précitée.

5.

L'appréciation du SMR diverge de celle des médecins traitants quant à la question de savoir si les modifications dégénératives attestées au plan radiologique ainsi que les diverses atteintes invoquées à l'appui de la nouvelle demande AI rendent plausible une évolution médicale durable depuis l'expertise du COMAI de 2011.

5.1 Il est évident que les rapports du SMR (art. 49 RAI) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA. Ces rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent des expertises médicales ou des examens médicaux

auxquels il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces divers documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils satisfont 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 (TF 9C_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; 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]). Les SMR sont donc 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. 3b/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 LPGA (ATF 135 V 465 c. 4.4-4.6).

5.2 A première vue, l'appréciation rendue par le SMR quant à l'aspect physique, telle qu'elle ressort des prises de position des 23 juin 2015 et 29 juin 2016 de son médecin interniste rhumatologue, remplit la fonction que lui assigne la pratique judiciaire puisqu'elle restitue les principales sources au dossier de médecine somatique, en fait la synthèse, les soumet à une discussion étroite avant de livrer une estimation concrète et motivée des aptitudes professionnelles résiduelles. L'approche du médecin du SMR doit à tout le moins ainsi être qualifiée de sérieuse et de rigoureuse. Du point de vue psychique, la docteure psychiatre du SMR s'est quant à elle

il est vrai prononcée de manière très sommaire, voire laconique, sur les observations du psychiatre traitant de l'assuré produites en procédure de recours devant le TA. Sa prise de position y relative du 30 juin 2016 ne saurait pour autant toutefois se voir dénier d'emblée toute valeur probante, à mesure qu'aucun élément en faveur d'une quelconque péjoration au plan psychique n'a en tout cas été invoqué avant le prononcé de la décision litigieuse, ni n'appelait par conséquent de développements plus approfondis sous cet angle médical spécialisé. Quant aux indications subjectives du recourant, elles ne suffisent de toute évidence pas à établir à elles seules une incapacité de travail déterminante au sens du droit de l'AI (ATF 140 V 290 c. 3.3.1, 136 V 279 c. 3.2.1). Il est au surplus incontesté que les médecins consultés au sein du SMR disposent tous deux des qualifications spécialisées nécessaires à l'appréciation des plaintes rhumatologiques et psychiatriques ici principalement concernées (voir TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 avec références; JTA AI 2012/174 du 7 décembre 2012 c. 4.1.2). Nonobstant le soin indéniable voué à leur travail par ces experts, l'appréciation globale du SMR du 30 juin 2015 qui intègre leurs conclusions uni-disciplinaires respectives ne livre pour autant toutefois pas une image exhaustive de la situation qui prévalait au moment de la décision ici concernée et ce, même si l'on tient compte du complément du SMR du 8 février 2016 encore antérieur au prononcé de cette décision. A la date précitée, la doctoresse du SMR chargée de la coordination du cas sous l'angle médical ne s'est en effet aucunement prononcée sur le rapport du 25 août 2015 du chirurgien orthopédique du recourant produit dans le cadre des objections formulées par ce dernier contre la préorientation, ni n'a réservé à ce sujet une éventuelle instruction complémentaire auprès de son confrère somaticien du SMR.

Cette lacune a certes été rattrapée par la suite dans le cadre de la nouvelle prise de position rendue par le même médecin le 29 juin 2016 en procédure de recours devant le TA. Comme déjà relevé (c. 4.3.3 supra), le spécialiste interniste rhumatologue du SMR ne s'est cependant pas uniquement exprimé à cette occasion sur le rapport précité du 25 août 2015 passé auparavant sous silence par sa consœur, mais également sur d'autres moyens de preuve concernant l'état de santé somatique invoqués

après le prononcé de la décision contestée. En conséquence, l'ultime appréciation globale du SMR du 30 juin 2016 qui reprend ce dernier avis somatique à son compte ne reflète quant à elle pas non plus l'exact état factuel dont avait connaissance l'intimé lors de sa décision contestée et l'on peut au reste s'interroger si elle répond aux exigences formelles posées en matière d'expertise médicale (c. 5.1 supra). Cette interrogation vaut d'autant plus qu'à l'appui de sa dernière appréciation globale précitée, la doctoresse psychiatre du SMR s'est elle-même aussi prononcée sur un moyen de preuve nouveau ressortant à la situation médicale psychique et déposé pour la première fois devant le TA.

5.3 Quoi qu'il en soit cependant, même si l'on s'arrête au cas particulier aux seules pièces médicales disponibles au moment où a été rendue la décision en cause, il apparaît qu'il était à tout le moins fait état à leur appui de cervico-brachialgies gauches chroniques à partir de septembre 2014, respectivement de cervico-céphalgies apparues en mai 2015, et que l'IRM cervicale du 25 août 2015 confirme en tout état de cause des modifications dégénératives au niveau C3-4, C4-5 et C5-6, dont une légère protrusion discale principalement dans le segment C5-6. De surcroît, le médecin interniste rhumatologue du SMR, dans son premier rapport médical du 23 juin 2015, a lui-même déjà reconnu que cette nouvelle problématique cervicale influençait les exigences professionnelles et a consécutivement prohibé les travaux à hauteur des épaules ainsi que le port de charges le long du corps. En réalité, le profil somatique auquel il est finalement parvenu s'avère nettement plus restrictif que celui défini auparavant par le COMAI, dont les limitations quant aux charges et aux postures contraignantes (positions debout prolongées) s'expliquaient alors essentiellement par la problématique au niveau du rachis lombaire. Hormis les restrictions constantes sous l'angle des charges (port exclu loin du corps et possible jusqu'à 5kg le long du corps), le SMR recommande en effet désormais non seulement d'alterner les postures, mais également de ne plus pratiquer certains travaux (sur les genoux, en marche répétée dans les escaliers, avec flexion du dos et au niveau scapulaire).

Cela étant, quand bien l'on partirait de l'idée qu'une péjoration n'a en tout cas pas été rendue plausible au plan psychique avant la décision litigieuse

et qu'il y a tout au plus lieu de conclure sous cet angle médical à la pérennité d'un TSD persistant non invalidant (voir désormais pour les indicateurs applicables: ATF 142 V 106 c. 3.3 et 141 V 281 c. 2.1.1), le propre avis somatique du SMR du 23 juin 2015 rendait lui-même déjà compte d'une évolution au plan diagnostique par rapport aux conclusions du COMAI de 2011. De plus, et seul cela importe sous l'angle de l'AI (c. 2.1 supra), cette évolution impliquait en l'occurrence au final une redéfinition des exigences professionnelles ainsi que des interactions qu'impliquaient ces nouvelles restrictions d'ordre cervical avec les autres atteintes médicales présentes. Selon une vraisemblance prépondérante (degré de preuve valable en droit des assurances sociales: ATF 138 V 218 c. 6), l'on ne peut exclure dès lors une péjoration à la date de la décision contestée propre à influencer durablement la capacité résiduelle de travail du recourant. Ce constat s'impose d'autant plus que la décision AI originelle excluait au cas particulier toute atteinte invalidante à la santé (et non seulement une incapacité de gain minimale de 40% en vue d'une rente) et qu'une évolution même sensible au plan diagnostique et économique pourrait ainsi s'avérer déjà suffisante pour modifier de manière déterminante cette situation de départ. Le caractère fouillé des avis somatiques établis par le SMR tend par ailleurs aussi à démontrer que l'analyse du cas dépassait ici le simple examen de plausibilité en vue d'une éventuelle entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations AI.

5.4 Il suit ainsi de ce qui précède que les moyens de preuve produits à l'appui de la nouvelle demande des 25 novembre/2 décembre 2014 rendaient plausible une péjoration de l'état de santé du recourant propre à influencer son droit aux prestations d'invalidité, même si l'éventualité demeure qu'un tel changement sera nié après examen matériel approfondi. Partant, l'intimé ne pouvait refuser d'entrer en matière sur cette nouvelle demande en se fondant sur l'avis de son SMR, dont les propres constatations convenaient du reste aussi d'une possible détérioration au plan médical, par rapport à la situation d'absence d'atteinte invalidante ayant justifié la décision de refus de toute prestation du 11 avril 2011.

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, il y a dès lors lieu d'admettre le recours, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il entre en matière et statue au fond, après due instruction médicale, sur la nouvelle demande AI du recourant. N'en contredise les conclusions du recours, il n'y a aucune place pour une désignation des médecins traitants en tant qu'experts par le Tribunal dans la présente procédure. Le psychiatre traitant de l'assuré a du reste lui-même conclu à une évaluation psychiatrique complémentaire (c. 4.2.3 supra).

6.2 Les frais de la procédure de recours fixés forfaitairement à Fr. 500.- 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).

6.3 Bien qu'il obtienne gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, pas même sous forme d'une indemnité de partie, au recourant, qui n'est pas représenté en justice et dont les efforts déployés dans le cadre de la présente procédure ne dépassent pas la mesure de ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires personnelles (art. 61 let. g LPGA; ATF 127 V 205 c. 4b et références).

6.4 La requête d'assistance judiciaire (limitée aux frais de procédure), 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 qu'il entre en matière sur la nouvelle demande et rende une nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 500.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. La requête d'assistance judiciaire (dispense des frais judiciaires) déposée pour la procédure de recours est rayée du rôle du Tribunal.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La 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).