

200.2017.85.AI

DEJ/BEJ

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

Jugement du 27 août 2018

Droit des assurances sociales

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



A. _____
représenté par **B.** _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 9 décembre 2016

En fait:

A.

A. _____, né en 1967, est remarié et père de trois enfants, nés de 2000 à 2006. Il bénéficie d'une formation de base en mécanique attestée et acquise dans un centre de perfectionnement en 2001. Il a alors été engagé comme aide-mécanicien et a travaillé jusqu'à son licenciement en décembre 2003 après neuf mois d'arrêt de travail pour accident (voir JTA LAA/2005/6136 du 25 septembre 2006). Une décision sur opposition rendue le 25 octobre 2007 par l'Office AI Berne et confirmant un refus de rente du 30 mai 2006 (faisant suite à une demande de prestations de l'assurance-invalidité [AI] déposée le 31 mars 2004) a été annulée et le dossier renvoyé pour instruction complémentaire par jugement du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) du 4 novembre 2008 (JTA AI/2007/6398). Après avoir diligenté une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) réalisée auprès d'un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI: ici COMAI C. _____), l'Office AI Berne a, le 8 octobre 2010, considéré qu'il existait un degré d'invalidité de 7% et a en conséquence nié le droit de A. _____ à une rente AI. Le recours de l'assuré contre cette décision a été rejeté par jugement du TA du 31 mai 2011 (voir JTA AI/2010/1156).

B.

Le 24 février 2014, l'intéressé a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI en invoquant des douleurs très importantes au niveau du dos, de la nuque, de la tête et du genou, ce depuis 1995. Saisi de cette nouvelle demande, l'Office AI Berne a pris conseil auprès de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR) et requis des rapports médicaux auprès des médecins traitants, puis a diligenté une nouvelle expertise bidisciplinaire (rhumatologique [Dr D. _____] et psychiatrique [Dr E. _____]), laquelle a eu lieu en septembre 2015. Au vu des conclusions de celle-ci, l'Office AI Berne a informé l'intéressé, le 3 mars 2016, qu'il entendait refuser tout droit à une rente. Après réception des

objections formulées par le recourant, représenté par une avocate employée par une assurance de protection juridique, à l'encontre de ce préavis, l'Office AI Berne a une nouvelle fois pris conseil auprès de son SMR, puis, le 9 décembre 2016, a confirmé son préavis, à savoir l'absence de droit de l'intéressé à des prestations de l'AI.

C.

Toujours représenté par l'assurance de protection juridique, l'intéressé a porté la cause devant le TA par recours du 27 janvier 2017, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée et, principalement, à l'octroi d'une rente complète, ou, subsidiairement, à la mise sur pied d'une nouvelle expertise psychiatrique ou, plus subsidiairement encore, au renvoi de la cause à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire.

Dans sa réponse au recours du 20 mars 2017, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours, les frais de procédure devant être mis à la charge du recourant et aucune participation à ses dépens ne devant lui être octroyée.

Le recourant, par sa mandataire, a renoncé à répliquer, puis a produit la note d'honoraires de cette dernière le 8 mai 2017.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 9 décembre 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et refuse une rente AI au recourant. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et, principalement, sur l'octroi d'une rente entière d'invalidité, ou, subsidiairement, sur des mesures d'instruction complémentaire menées par le TA ou l'Office AI Berne (après renvoi de la cause). Sont

principalement critiquées la motivation de la décision prétendument insuffisante de la décision attaquée et la fiabilité de l'expertise médicale (en contradiction avec d'autres avis médicaux) sur laquelle l'Office AI Berne s'est fondé pour rendre sa décision.

1.2 Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par une mandataire dûment constituée (procurations ad hoc produites le 1^{er} mars 2017), le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 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 TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 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 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être

rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.3

2.3.1 Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (art. 87 al. 3 RAI; voir également 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). 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). 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).

2.3.2 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).

2.3.3 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).

2.4 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 141 V 281 c. 2.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc

pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2014 IV n° 2 c. 3.1, 2016 IV n° 2 c. 4.2). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

2.5 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4). L'expert évalue les capacités fonctionnelles de la personne concernée en fonction des indicateurs pertinents. Les organes d'application du droit vérifient ensuite librement les indications fournies, en particulier le point de savoir si les médecins ont respecté le cadre normatif déterminant, c'est-à-dire s'ils ont exclusivement tenu compte de déficits fonctionnels qui découlent d'une atteinte à la santé (art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA) et si leur appréciation de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA; ATF 141 V 281 c. 5.2.2).

2.6 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des moyens de preuve disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a). La

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

3.

3.1 Sous l'angle formel, le recourant fait valoir la violation de son droit d'être entendu en arguant de la motivation prétendument insuffisante de la décision attaquée et de l'absence de réponse topique aux griefs formulés au stade de l'observation.

3.2 L'obligation de motiver représente une part importante du droit d'être entendu au sens de l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 [Cst., RS 101]). Elle doit empêcher que l'autorité se laisse guider par des motifs partiels et permettre le cas échéant aux intéressés de contester la décision de façon adéquate. Cela n'est possible que si la personne concernée et l'autorité de recours peuvent se faire une idée de la portée de la décision. En ce sens, les réflexions qui ont guidé l'autorité et sur lesquelles se fonde la décision doivent au moins être brièvement mentionnées. Il n'est toutefois pas nécessaire que tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties soient expressément exposés et discutés. Il suffit plutôt que les points importants en vue du jugement figurent dans la décision (ATF 136 I 229 c. 5.2, 124 V 180 c. 1a; SVR 2017 KV n° 6 c. 5).

3.3 En l'espèce, il appert que la décision attaquée est suffisamment motivée et ne viole pas le droit d'être entendu du recourant. La prise de position du SMR du 19 septembre 2016 (traduite en français de façon à ce qu'elle soit compréhensible par le recourant) fait expressément partie de la décision attaquée et discute les griefs énoncés dans les objections

formulées à l'encontre de la préorientation. Dans cette mesure et au vu du contenu de cette prise de position, l'on est en mesure de comprendre que c'est en se basant sur les résultats de l'expertise bidisciplinaire que l'Office AI Berne refuse toute prestation AI. Du reste, le recours montre que le recourant a saisi les arguments de l'intimé. De plus, il a renoncé à prendre position auprès du TA après la réponse au recours, manifestant par là qu'il estimait que son recours comprenait l'entier de ce qu'il entendait formuler comme griefs et que la réponse n'apportait aucun nouvel élément sur lequel il ne s'était pas déjà prononcé sur la seule base de la décision attaquée (ATF 107 Ia 1 c. 1). A noter également que la question de savoir si c'est à juste titre que l'Office AI Berne a admis une capacité de travail considérablement restreinte mais a estimé l'invalidité à 5% et écarté les évaluations des médecins traitants relève du fond (voir ci-après).

4.

4.1 L'Office AI Berne, en suivant notamment l'avis de son SMR, retient que l'instruction effectuée de la nouvelle demande établit, sur la base de l'expertise bidisciplinaire organisée, qu'à la date de la décision contestée, la situation médicale n'avait pas changé de façon déterminante depuis la décision matérielle du 8 octobre 2010. En l'absence également de modification sur le plan économique, le calcul de l'invalidité (adapté à l'année 2015) aboutit à un taux de 5% et n'ouvre pas le droit à des prestations de l'AI.

4.2 Le recourant, en plus de sa critique relative à la motivation de la décision attaquée, fait valoir que celle-ci repose sur une expertise qui ne se révèle pas probante car contredite par plusieurs autres avis médicaux au dossier et ne correspondant pas à son état de santé actuel.

5.

5.1 Comme déjà énoncé ci-dessus (voir c. 2.3), dans le cadre – tel qu'en l'espèce – d'une nouvelle demande, il s'agit de comparer si l'état de

fait a évolué de façon significative depuis le dernier examen matériel. En l'espèce, il s'agit ainsi de comparer si la situation du recourant a évolué entre le 8 octobre 2010 (date de la dernière décision matérielle prononcée par l'intimé) et le 9 décembre 2016 (date du prononcé ici contesté).

5.2 Pour rendre sa décision du 8 octobre 2010, qui a été confirmée sur recours (JTA AI/2010/1156 précité), l'Office AI Berne s'était principalement basé sur l'expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique effectuée auprès d'un COMAI) réalisée en août 2009 (examens de mai 2009), de laquelle ressortaient les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de cervicalgies chroniques après trois entorses cervicales et de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]). Sans répercussion sur la capacité de travail, les experts mentionnaient les diagnostics d'un doigt en ressaut au niveau de l'annulaire de la main droite, d'hypertension artérielle traitée et d'un probable trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2 selon la CIM-10). Dans ces conditions, ils considéraient que le recourant était totalement incapable de continuer son ancienne activité de mécanicien de précision, mais qu'il pouvait réaliser toute activité ne sollicitant pas le rachis cervical et la ceinture scapulaire et ne nécessitant pas un travail au-dessus de l'horizontale avec les membres supérieurs, à raison de six heures par jour en présence d'une diminution de la capacité de travail de l'ordre de 25 à 30% de nature psychiatrique inhérente à une diminution des ressources liées à la souffrance et au dysfonctionnement. Dans son évaluation juridique de l'appréciation médico-théorique résultant de l'expertise, l'Office AI Berne s'est toutefois distancié de cette dernière et, malgré les avis différents des médecins traitants, il a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (voir pour plus de détails JTA AI/2010/1156 précité c. 4).

5.3

5.3.1 Invitée par l'intimé à prendre position suite à la nouvelle demande de prestations déposée le 25 février 2014 par le recourant, une médecin spécialiste en médecine générale du SMR a considéré, le 4 septembre 2014, en particulier en raison de la douleur invoquée au genou, qu'il y avait

lieu d'investiguer davantage la situation médicale, en obtenant notamment les rapports médicaux des médecins traitants.

5.3.2 Le rhumatologue traitant du recourant a ainsi adressé un rapport médical à l'intimé le 17 septembre 2014. A titre de diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, il relève des cervicobrachialgies bilatérales post-traumatiques, des sciatalgies droites, une gonarthrose du côté droit et d'autres problèmes de médecine générale et psychiatrique. Selon lui, l'incapacité de travail est complète depuis le 24 mars 2003. Le rhumatologue précise qu'une activité à 20 ou 30% pourrait être envisagée à condition d'éviter les sollicitations articulaires.

5.3.3 Le 10 novembre 2014, le psychiatre traitant a diagnostiqué un état dépressif sur fond de personnalité névrotique à composantes phobiques importantes. Il retient une incapacité de travail complète depuis le 1^{er} avril 2014.

5.3.4 En novembre 2014, la généraliste du recourant a également adressé un rapport médical à l'intimé. A titre de diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail, elle mentionne des cervicalgies et lombalgies chroniques post-traumatiques suite à plusieurs chutes, des céphalées occipitales sur cervicalgies et une fissure de la corne postérieure du ménisque interne et rupture partielle du tendon poplité du genou droit. Sans impact sur la capacité de travail, sont mentionnés les diagnostics d'hypertension artérielle traitée, de tachycardie sinusale avec coronarographie normale en 2009 et un reflux gastro-oesophagien traité. Elle retient une incapacité complète de travail en tant que mécanicien de précision depuis le 17 octobre 2011.

5.3.5 L'intimé a une nouvelle fois pris conseil auprès du SMR, qui a recommandé, en février 2015, la tenue d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique).

5.3.5.1 Après avoir examiné le recourant le 26 août 2015, l'expert en rhumatologie a retenu le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de syndrome douloureux chronique cervico-céphalo-thoracovertébral existant depuis 20 ans. Sans qu'ils n'aient de répercussion sur la capacité de travail, le même expert mentionne des diagnostics de

syndrome lombaire douloureux chronique avec possibilité de rayonnement dans la cuisse droite (déjà décrit dans un rapport médical en 2004) et de gonalgie chronicisée à droite (prétendument consécutive à un accident de ski intervenu en 2002). L'expert exclut l'apparition de nouvelles atteintes lombo-fémorales et admet tout au plus une possible faiblesse de la colonne cervicale pouvant causer des douleurs nucales et de tête. Il en déduit qu'une activité adaptée, sans sollicitations cervicales statiques ou dynamiques inappropriées, est exigible à plein temps et sans restriction de rendement. Selon l'expert, cette évaluation vaut depuis au moins la précédente expertise et l'appréciation de la capacité de travail dans son ensemble dépend uniquement de l'évaluation psychiatrique (qui évaluait les limitations à un taux de 25 à 30% en août 2009).

5.3.5.2 Après s'être entretenu le 10 septembre 2015 avec lui et avoir pris note du déroulement de la vie quotidienne du recourant, l'expert psychiatre n'a diagnostiqué aucune atteinte ayant des répercussions sur la capacité de travail (voir dossier [dos.] AI 147.1). Sans qu'ils n'aient de répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné les diagnostics de dysthymie (F34.1 selon la CIM-10), de trouble somatoforme persistant (F45.4 selon la CIM-10) et d'un long éloignement du marché du travail (Z56 selon la CIM-10). L'expert estime que les aptitudes fonctionnelles de l'assuré ne sont pratiquement pas altérées. Il conseille une activité évitant le stress et le risque de blessure, ainsi que l'octroi d'un temps d'adaptation. La capacité de travail n'a, selon le même expert, pas évolué depuis la dernière expertise médicale, même si elle est appréciée d'une façon plus différenciée actuellement qu'en 2009.

5.3.5.3 Dans leur consilium interdisciplinaire du 28 septembre 2015, les experts susmentionnés ont considéré que la situation somatique du recourant n'avait pas évolué depuis la dernière expertise réalisée en 2009. En substance, les douleurs subjectives de la nuque et de la tête existent depuis 20 ans et ne sont pas objectivables. Quant aux douleurs lombaires et au niveau du genou, elles ne sont pas nouvelles et n'engendrent pas de restrictions supplémentaires. Dès lors, la capacité de travail sur le plan rhumatologique est complète en l'absence de sollicitation particulière de la nuque. Sur le plan psychiatrique, il n'y a, selon les experts, jamais eu de

diminution de la capacité de travail. Celle-ci est ainsi complète dans une activité adaptée ne sollicitant pas particulièrement la nuque.

5.3.6 Suite aux objections formulées par le recourant à l'encontre du préavis du 4 mars 2016, l'Office AI Berne a une nouvelle fois pris conseil auprès de son SMR (voir dos. AI 161). Un médecin spécialiste en médecine générale et un psychiatre du SMR ont ainsi pris position en septembre 2016 en indiquant que l'expertise bidisciplinaire réalisée en 2015 n'est, à leurs yeux, pas critiquable et que l'Office AI Berne peut en suivre les conclusions.

5.3.7 Joint à son recours, le recourant a présenté un rapport daté du 23 janvier 2017 provenant du centre dans lequel il est suivi sur le plan psychiatrique. Les diagnostics de trouble dépressif récurrent dans un épisode actuel moyen avec syndromes somatiques (F33.10 selon la CIM-10) et de probable personnalité émotionnellement labile, type impulsive (F60.3 selon la CIM-10) y sont évoqués. Le signataire du rapport, qui a repris en 2016 le suivi de l'assuré, estime que l'état psychique s'est détérioré depuis le rapport du 10 novembre 2014 (c. 5.3.3). Une incapacité de travail totale est actuellement attestée, l'état n'étant pas encore stabilisé malgré une légère amélioration des symptômes dépressifs depuis une adaptation du traitement médicamenteux.

6.

6.1 En l'espèce, il s'agit surtout d'examiner si l'Office AI Berne s'est fondé à raison sur l'expertise réalisée à fin 2015 pour considérer que la situation médicale n'a pas évolué depuis l'état prévalant au moment de la décision du 8 octobre 2010.

6.2 Il convient tout d'abord d'examiner les atteintes somatiques du recourant.

6.2.1 Le recourant fait en substance valoir une aggravation de ses atteintes, ce que semble confirmer sa médecin généraliste traitante (augmentation de la fréquence de céphalées; voir ci-avant c. 5.3.4). A titre

de nouveaux diagnostics, le rhumatologue traitant indique une gonarthrose et des sciatalgies (voir ci-avant c. 5.3.2).

6.2.2 Nanti de ces informations et de l'ensemble des données médicales existantes au dossier, l'expert en rhumatologie a pris position sur ces éléments, pour finalement les écarter et retenir qu'il n'y a pas de modification de l'état de santé, sur le plan somatique, depuis la dernière expertise réalisée en 2009. On relèvera en particulier, concernant les douleurs au genou et l'ischialgie (correspondant aux sciatalgies droites retenues par le rhumatologue traitant, voir dos. AI 144.1/12 et 27), que l'expert rhumatologue ne confirme en rien ces diagnostics sur la base de son examen clinique et précise que la gonarthrose a été écartée lors de l'IRM réalisée le 29 mai 2012. L'expert souligne également que le rhumatologue traitant a envoyé son patient en consultation à Berne en indiquant qu'il ne voyait "pas d'explications objectives aux douleurs du patient". De façon plus générale, le même expert souligne qu'il n'a pu établir un tableau clinique approprié au vu du caractère vague des plaintes exprimées et des données chronologiques peu précises, par exemple lorsque le recourant invoque des douleurs au dos et aux jambes présentes depuis deux ou trois ans, alors qu'elles ressortent pourtant du dossier dès 2004. Il est également mis en évidence des observations contradictoires et des plaintes disproportionnées par rapport aux anomalies constatées, et l'expert relève qu'il existe une divergence importante entre l'anamnèse, la longue évolution réfractaire au traitement et l'ampleur des troubles dont se plaint l'assuré, d'une part, et les constatations cliniques et d'imageries globalement plutôt maigres, d'autre part (traduction de l'expertise au dos. AI 156). L'expert mentionne finalement certains éléments, comme le fait de pouvoir se promener pendant une heure ou davantage malgré les douleurs au genou, ou encore qu'il n'existe aucune limitation identifiable dans le comportement physique spontané au terme de la gymnastique imposée par l'examen clinique.

6.2.3 Sur le vu de ce qui précède, aucun élément ne permet de s'écarter de l'expertise effectuée sur le plan rhumatologique. Il convient ainsi de considérer que sur le plan somatique, l'état de santé du recourant ne s'est pas modifié objectivement et de façon notable depuis l'expertise réalisée en

2009 et que, sous réserve de quelques restrictions au niveau cervical, la capacité de travail dans une activité adaptée reste intacte. A toutes fins utiles, l'on relèvera encore que le recourant ne fait, au stade de son recours, pas véritablement valoir d'arguments relatifs à la péjoration de son état de santé physique.

6.3 Sur le plan psychiatrique, il convient de relever ce qui suit.

6.3.1 Le recourant fait valoir que l'expertise se révèle contradictoire avec les rapports médicaux émanant des médecins traitants. Par ailleurs, il s'offusque du peu de temps (une heure et quart) qu'a duré l'entretien d'expertise et du fait que l'expertise date de septembre 2015 et se révèle donc relativement ancienne.

6.3.2 On relèvera tout d'abord que la valeur probante d'une expertise médicale ne dépend en principe pas de la durée de l'examen; il est avant tout déterminant que l'expertise soit complète au niveau du contenu et que son résultat soit concluant. Le temps consacré aux questions et à l'évaluation de la psychopathologie nécessaire à toute expertise psychiatrique doit toutefois être adéquat (SVR 2016 IV n° 35 c. 3.2.2; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2). Sur cette base, le grief du temps consacré au seul entretien avec l'assuré ne saurait en soi être décisif en l'espèce, mais il convient bien davantage d'examiner la qualité et les conclusions de ladite expertise médicale.

6.3.3 En l'occurrence, l'expert psychiatre a procédé à une anamnèse complète des éléments médicaux et des informations pertinentes au dossier et a procédé à un entretien personnel avec le recourant, au cours duquel il a pu recueillir différents éléments relatifs à sa vie privée et familiale, à savoir notamment l'existence de liens familiaux étroits, d'un fils à conduire aux fréquents entraînements de football, ainsi que des promenades en vélo avec sa fille ou encore les vacances, impliquant des voyages en avion, passées dans son pays d'origine. Sur la base des éléments recueillis, il a exposé de manière complète et convaincante ses diagnostics et les raisons l'amenant à se distancier de ceux retenus par d'autres praticiens. Ainsi, il a tout d'abord mentionné l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, se rapportant aux critères retenus par la

CIM-10, dans la mesure où le recourant fait une fixation sur ses douleurs, non confirmées par des constats objectifs, exprime des craintes hypochondriaques et manifeste que ses maux se sont étendus. Par ailleurs, l'expert a également expliqué que depuis de nombreuses années, aucun indice n'évoquait un épisode dépressif; il expose également qu'aucun élément n'allant dans ce sens ne figure au dossier, les symptômes dépressifs étant apparus en réaction au vécu des douleurs. L'expert psychiatre décrit aussi qu'il n'a pu mettre en exergue aucune pathologie psychopathologique au cours de son entretien et dans les déclarations du recourant, relevant par exemple l'absence de phobie ou d'anxiété généralisée, ou que le recourant est en mesure de conduire régulièrement sa voiture et d'entretenir des contacts sociaux intenses, ou encore de rester longtemps dans un stade de football, autant d'éléments qui plaident en défaveur de l'existence d'un trouble anxieux. De plus, l'expert psychiatre a rapporté une mauvaise compliance médicamenteuse, dès lors que le recourant n'avait, lors de l'entretien, plus pris de médication psychiatrique depuis deux semaines, tout en ayant prétendu le contraire dans un premier temps. Combinée à l'espacement des consultations psychiatriques, cette mauvaise compliance médicamenteuse tend aussi à exclure une affection psychiatrique déterminante. Finalement, l'expert psychiatre énumère l'existence de facteurs défavorables étrangers à la maladie, à savoir une longue phase d'inactivité professionnelle actuelle et ancienne, ainsi qu'une motivation modérée pour la reprise d'une telle activité professionnelle. Sur le vu de ce qui précède, cette expertise apparaît comme convaincante et bien étayée, étant de plus précisé que l'expert a commenté l'avis divergent antérieur à son examen du psychiatre traitant (voir ci-avant 5.3.3), en indiquant qu'aucun diagnostic selon la nomenclature CIM-10 n'est posé par celui-ci et que l'origine des composantes phobiques invoquées est difficile à comprendre, de même que la personnalité névrotique. L'expert psychiatre indique finalement avoir renoncé à prendre contact avec le psychiatre traitant, dès lors qu'une appréciation de l'ensemble du cas pouvait être faite selon les critères de la psychiatrie des assurances. La lecture du rapport d'expertise montre tout à fait clairement que le psychiatre est conscient du fait qu'il a procédé à une appréciation d'un état stable depuis la dernière expertise, mais selon une méthode d'analyse différente (découlant de l'évolution des règles applicables en matière d'assurances).

6.3.4 Il apparaît, ainsi que l'ont aussi retenu le SMR et l'intimé, que l'expertise psychiatrique se révèle convaincante, de par son contenu et ses conclusions bien étayées, logiques et compréhensibles. A l'appui de son recours, le recourant présente toutefois un nouveau rapport médical, postérieur à la décision attaquée. On mentionnera tout d'abord à ce propos que la prise en compte d'éléments médicaux postérieurs à la décision attaquée (9 décembre 2016) n'est en principe pas possible (voir ci-avant c. 5.1), sauf s'ils rapportent une appréciation de la situation médicale se présentant avant ladite décision. En l'espèce, ce rapport médical ne fait pas montre d'une grande précision en tant qu'il concerne la chronologie des affections, des diagnostics posés et des traitements appliqués. De plus, les diagnostics se révèlent difficilement compatibles avec la description de la vie du recourant, qu'il a exposée à l'expert, notamment en ce qui concerne le trouble de la personnalité, qui a été clairement écarté par l'expertise, de même d'ailleurs que l'existence d'un trouble dépressif récurrent. En tant que l'auteur du rapport évoque un état "actuel" présentant un tableau clinique dépressif, il faut relever que ledit état est postérieur à la décision attaquée et qu'il pourrait même s'être établi en réaction à celle-ci et au préavis, ce qui ne peut être pris en considération (TF 9C_125/2014 du 18 novembre 2015 c. 7.2.1). De plus, ce rapport médical constate une légère amélioration, certes pas encore stabilisée, après adaptation de la médication. En tout état de cause, il faut également relever que l'on ignore les qualifications professionnelles de l'auteur de ce nouveau rapport médical, celui-ci ne figurant pas dans le registre des professions médicales de l'Office fédéral de la santé publique. Cet avis médical peu étayé ne remet donc pas en cause les résultats de l'expertise.

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, il convient d'examiner si les appréciations des experts, cohérentes et probantes sur le plan médico-théorique, peuvent être suivies sous l'angle juridique du droit de l'AI. Cet examen doit en particulier porter sur les conclusions des experts aboutissant, d'une part, à l'absence d'évolution significative de l'état médical du recourant depuis l'expertise ayant servi de base à la décision du 8 octobre 2010 et, d'autre

part, à l'innocuité des diagnostics psychiatrique et psychosomatique sur la capacité de travail, ce qu'avait déjà admis l'intimé pour refuser la rente en 2010, en s'éloignant des conclusions de l'expertise de 2009.

7.2

7.2.1 Conformément à la volonté claire du législateur exprimée à l'art. 7 al. 2 LPGA, il y a lieu d'admettre en vertu d'une approche objective que la personne assurée est en principe valide (ATF 141 V 281 c. 3.7.2) et que celle-ci supporte le fardeau objectif de la preuve quant à l'existence d'une invalidité (ATF 142 V 106 c. 4.4). Les experts doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence du TF, le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatées sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide d'indicateurs standards (ATF 141 V 281 c. 6). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

7.2.2 Une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49, qui ont trop peu été pris en considération en pratique. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie

quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée (ATF 127 V 294 c. 5a), les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 c. 2.1.1 et 2.2, SVR 2016 IV n° 25 c. 6).

7.2.3 Si une atteinte à la santé assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte, d'une part, des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources), d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). En règle générale, il convient de prendre en considération des indicateurs standards classés selon leurs caractéristiques communes (c. 4.1.3), qui sont répartis dans les catégories "degré de gravité fonctionnel" (c. 4.3) et "cohérence" (c. 4.4). La grille d'évaluation présentée est de nature juridique (c. 5). La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standard. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (c. 6).

7.2.4 Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral (ATF 141 V 281 c. 8).

7.3 En l'occurrence, il apparaît que l'expertise, réalisée à fin août-début septembre 2015, soit après la publication de la jurisprudence prescrivant la

procédure d'évaluation structurée pour les troubles psychosomatiques (ATF 141 V 281 rendu le 3 juin 2015), mais avant les arrêts du TF étendant ce mode d'évaluation aux atteintes psychiques dont les troubles dépressifs (ATF 143 V 418 c. 6 et 7 et 143 V 409 c. 4) se révèle suffisante. Les résultats auxquels elle aboutit valent également du point de vue juridique. En effet, il convient de souligner que l'expert psychiatre, qui était confronté non seulement à des diagnostics psychiques mais aussi psychosomatiques, a soigneusement évalué la situation selon le mode structuré déjà établi par l'ATF 141 V 281. Il a ainsi procédé à une anamnèse relative à la "vie de tous les jours" du recourant permettant de répondre aux critères susmentionnés, orientés vers une approche fonctionnelle (voir ci-avant c. 7.2 pour tous les diagnostics psychiques et psychosomatiques). Ainsi, l'existence de liens familiaux étroits, du fils à conduire aux fréquents entraînements de football, de même que des promenades en vélo avec la fille ou encore les vacances passées dans le pays d'origine ont été relevés par l'expert, de même que la rencontre d'amis et la conduite automobile. Par ailleurs, il faut également souligner que l'expert en rhumatologie a quant à lui également mis en exergue une contradiction importante entre les plaintes, du reste peu précises, énoncées et les résultats objectifs des examens médicaux, soulignant également certains autres aspects d'exagération, comme par exemple l'absence de douleurs manifestées ou de modification de comportement au cours du (long) examen médical. Sur le vu de ce qui précède, que l'évaluation selon le mode structuré aboutisse à une exclusion déjà au stade du premier niveau (c. 7.2.2) ou que l'on procède à la pesée des indicateurs (c. 7.2.3), la capacité de travail, telle que retenue par les experts, à savoir une capacité de travail de 100% dans une activité ne sollicitant pas spécialement la nuque peut être confirmée avec une vraisemblance prépondérante. Contrairement à ce qui est allégué dans le recours, tabler sur l'exigibilité d'une telle capacité de travail dans une activité correspondant au profil médico-théorique du recourant ne contredit pas le constat du fait que la capacité de travail de ce dernier est considérablement restreinte dans le dernier emploi qu'il a occupé dans la mécanique (voir déjà expertise d'août 2009, dos. AI 74/11).

7.4 Il ressort des éléments qui viennent d'être évoqués qu'il n'existe, sur la base de l'expertise bidisciplinaire réalisée en 2015, pas de modification déterminante de la situation médicale depuis la dernière décision matérielle rendue à l'égard du recourant le 8 octobre 2010. Rien ne permet d'étayer un motif de révision de cette décision et la nouvelle demande de rente déposée par le recourant le 25 février 2014 doit être rejetée.

7.5 A toutes fins utiles, l'on relèvera encore que le recourant ne fait, à raison, aucunement valoir l'existence d'un motif de révision lié à l'évolution de sa situation économique. Dans ces conditions, la comparaison des revenus effectuée par l'Office AI Berne selon les mêmes principes que pour la précédente décision, mais avec des chiffres actualisés, est superflue au vu de la situation inchangée. On peut toutefois quand même relever que le calcul de l'invalidité, de même que pour la précédente décision, a été effectué avec un abattement de 10% sur le revenu sans invalidité déduit des données statistiques applicables, ce qui montre que l'intimé a tenu compte du fait que le recourant encourt certaines restrictions en raison de son handicap. La différence entre le taux de 7% (8 octobre 2010) et 5% (décision attaquée) résulte d'une adaptation des données statistiques intervenue en 2012 qui devrait être neutralisée dans le calcul, si ce dernier était pertinent (ATF 142 V 178 c. 2.5.7 et 2.5.8.1), ce qui n'est pas le cas.

8.

8.1 Il résulte de l'ensemble de ce qui précède que le recours doit être rejeté, la situation médicale du recourant n'ayant pas évolué depuis la dernière décision matérielle rendue à son propos. Le taux d'invalidité reste inférieur au seuil de 40% et n'ouvre manifestement pas un droit à une rente.

8.2 Le recourant n'obtenant pas gain de cause, les frais de la présente procédure, fixés à un émolument forfaitaire de Fr. 800.-, doivent être mis à sa charge (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais fournie.

8.3 Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la représentante du recourant,
 - à l'intimé,
 - 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).