

200.2018.902.AI
N° AVS
NIG/REN

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

Jugement du 11 mars 2020

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
J. Kölliker et C. Tissot, juges
G. Niederer, greffier

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 1^{er} novembre 2018



En fait:

A.

A. _____, né en 1965, célibataire sans enfant, a travaillé en Suisse (d'abord comme saisonnier) en tant que maçon, mais sans formation certifiée, dès 1989. En incapacité de travail dès le 10 novembre 1998, il a d'abord perçu des indemnités journalières de l'assureur-maladie perte de gain de son employeur puis, bénéficié du soutien de l'assurance-chômage et des services sociaux (voir dossier [dos.] AI 1/5, 9/1, 34, 97/3-4, 103/1). L'intéressé, agissant par sa commune de domicile, par formulaire daté du 13 septembre 1999 (reçu le 15 septembre 1999 par l'Office AI Berne), a déposé une demande de prestations pour adultes de l'assurance-invalidité (AI), en invoquant souffrir d'une hernie discale. Après avoir alloué des mesures professionnelles à l'assuré (une mesure d'observation et un reclassement), l'Office AI Berne a mis fin à ces dernières et nié le droit à une rente par décision du 24 avril 2003, qui n'a pas fait l'objet de contestation.

B.

Dans un courrier du 19 novembre 2004 également signé par l'assuré, une organisation d'aide aux personnes handicapées a déposé une nouvelle demande de prestations, en se prévalant d'une dégradation de l'état de santé. En possession d'un rapport du médecin traitant (généraliste) de l'assuré, d'un avis du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), puis d'une expertise bidisciplinaire, dont les conclusions ont été rédigées le 28 juillet et le 2 août 2005 (par des spécialistes en neurochirurgie et en psychiatrie/psychothérapie), l'Office AI Berne a nié tout droit à une rente, par décision du 18 août 2005, qui n'a pas été attaquée.

C.

L'organisation précitée a déposé une troisième demande de rente de l'AI pour le compte de l'assuré le 15 septembre 2010. Dans cette demande, l'assuré a fait valoir une nouvelle aggravation de son état de santé et produit d'autres rapports médicaux de son médecin traitant, d'un hôpital universitaire, ainsi que d'un institut de radiologie. L'Office AI Berne, après avoir pris l'avis du SMR, a rejeté cette demande par décision du 18 janvier 2011, qui n'a pas fait l'objet d'un recours.

D.

Au moyen d'un formulaire daté du 15 août 2016, l'assuré a déposé une quatrième demande de prestations de l'AI, en mentionnant, en résumé, des douleurs au dos se manifestant dans toutes les positions (depuis 1998), ainsi que des maux au genou gauche d'origine inconnue (depuis 2016). Bien que, sollicité dans ce sens, l'assuré ait produit des documents médicaux en vue d'étayer un changement notable de son état de santé, l'Office AI Berne, dans une préorientation du 14 novembre 2016, a d'abord refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande puis, après avoir encore reçu un courrier du médecin traitant, a annulé ce refus. Sur la base de documents fournis par le chirurgien orthopédique traitant, par le service social prenant en charge l'assuré et par le SMR, l'Office AI Berne a, à nouveau, avisé l'assuré le 7 septembre 2017, qu'il envisageait de refuser toute rente. En raison des objections formées au nom de l'assuré le 5 octobre 2017 par un syndicat, puis le 8 novembre 2017 par un avocat, l'Office AI Berne a une fois encore consulté le SMR (rapport du 11 janvier 2018). En dépit de nouvelles objections formulées le 18 juillet 2018 contre une préorientation du 19 juin 2018 refusant toute rente d'invalidité, l'Office AI Berne a confirmé ce refus par décision du 1^{er} novembre 2018.

E.

Par mémoire du 30 novembre 2018, l'assuré, toujours représenté par le même avocat, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant en substance à l'annulation de la décision de l'intimé du 1^{er} novembre 2018 et, partant, à ce que le droit à une rente entière d'invalidité soit reconnu, le tout sous suite de frais et dépens. Dans sa réponse du 4 janvier 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'avocat du recourant a encore fait parvenir sa note d'honoraires le 29 janvier 2019.

En droit:

1.

1.1 La décision du 1^{er} novembre 2018 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 sur l'annulation de cet acte et l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Est particulièrement critiquée par le recourant l'évaluation de son état de santé par l'intimé, basée sur les seuls avis du SMR, jugés non probants, ainsi que, de la même manière, sur une expertise considérée comme dépassée et non conforme aux exigences de la jurisprudence.

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. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

2.2 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 145 V 215

c. 5.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4).

2.3 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.4 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

2.5

2.5.1 A réception d'une nouvelle demande ou d'une demande de révision, 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 (ATF 109 V 108 c. 2b). 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). Lorsqu'une modification notable de l'état de fait est donnée, le droit à la rente doit être examiné tant sous l'angle des faits que du droit de manière complète, c'est à-dire en tenant compte du spectre entier des éléments déterminant le droit à la prestation, ainsi qu'avec un regard neuf et sans être lié à de précédentes estimations de l'invalidité (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; SVR 2019 IV n° 39 c. 5).

2.5.2 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).

2.6 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). Il incombe tout d'abord au médecin (expert) d'évaluer l'état de santé et, si nécessaire, de décrire son évolution dans le temps, c'est-à-dire de réunir les résultats des investigations en procédant à un examen médical selon les règles de l'art, en tenant compte des plaintes subjectives, puis de poser un diagnostic en se fondant sur ces résultats. En cela, l'expert accomplit sa tâche spécifique, pour laquelle l'administration et les tribunaux ne sont pas compétents. Le médecin n'a en revanche pas la compétence de statuer en dernier ressort sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Il se contente bien plus de prendre position sur l'incapacité de travail, à savoir de procéder à une évaluation qu'il motive de son point de vue le plus substantiellement possible. En fin de compte, les données fournies par le médecin constituent un élément important pour l'appréhension juridique de la question des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré. Au besoin, afin de déterminer la capacité économiquement exploitable, il convient, de recourir, en complément du dossier médical, aux spécialistes de l'intégration et du conseil professionnels (ATF 140 V 193 c. 3.2; SVR 2017 IV n° 75 c. 4.1.1).

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

3.

3.1 Dans la décision attaquée, l'intimé a retenu que le recourant était capable d'exercer à plein temps une activité légère essentiellement en

position assise, n'impliquant pas de devoir manipuler des poids de plus de 10 kg, de travailler durablement à genoux ou accroupi, de même que d'utiliser fréquemment des escaliers. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'intimé a arrêté le taux d'invalidité de l'intéressé à 15%, excluant un droit à une rente. L'intimé a en outre reconnu que la dernière expertise médicale figurant au dossier n'était plus actuelle mais a ajouté que le SMR s'était prononcé en détail au sujet de l'atteinte du recourant à son genou (dans ses écrits des 27 juin 2017 et 11 janvier 2018), si bien que le profil d'exigibilité tenait compte de cette nouvelle atteinte. Partant, l'intimé a souligné que, conformément à l'avis de son SMR, annexé à la décision, une expertise médicale complémentaire n'était pas nécessaire. L'intimé a aussi avancé que le fait que l'expertise ait été rédigée en allemand n'était pas déterminant, les décisions antérieures de refus de rente étant entrées en force. Dans sa réponse, l'intimé a encore défendu le caractère probant des rapports du SMR, en indiquant que ceux-ci tenaient compte de tous les troubles médicaux exprimés et que les pièces prises en considération fournissaient une image complète de l'état de santé du recourant, de sorte qu'un examen personnel de ce dernier n'était pas nécessaire. L'intimé a aussi précisé que le SMR ne contestait ni les constatations ni les diagnostics des médecins traitants, mais réévaluait seulement leur appréciation de la capacité de travail du recourant. De plus, l'intimé a relevé que, selon le chirurgien orthopédique d'un centre du dos, rien ne permettait de justifier que le recourant ne puisse pas exercer une activité professionnelle. A ce propos, l'intimé a souligné que les rapports du médecin traitant et du chirurgien orthopédique du recourant ne permettaient pas d'illustrer une évolution objective des maux de dos.

3.2 Le recourant rétorque pour sa part, dans son recours du 30 novembre 2018, que l'instruction de sa demande du 15 août 2016 a été extrêmement sommaire, l'intimé s'étant uniquement fondé sur l'avis du SMR et n'ayant pas organisé d'expertise, alors même que les documents médicaux produits prouvent, selon le recourant, que son état de santé s'est aggravé. Le recourant mentionne que la mise en œuvre d'une telle évaluation avait pourtant été recommandée par son médecin traitant et qu'elle avait aussi été évoquée en 2010 par une clinique de médecine interne générale d'un hôpital universitaire. Le recourant soutient en outre

que la dégradation de son état de santé a été confirmée par son chirurgien orthopédique (d'après qui seule une prothèse totale du genou gauche constituerait une solution efficace), par un chirurgien orthopédique d'un centre du dos et par un radiologue d'un centre hospitalier. Le recourant affirme dès lors qu'en raison des contradictions entre les avis de ces médecins, d'une part, et celui du SMR (qui ne l'a pas examiné personnellement), d'autre part, l'intimé aurait dû mettre en œuvre une expertise. Le recourant conteste à cet égard l'argument de l'intimé, selon lequel une expertise a déjà été réalisée en 2005 et confirme les décisions rendues. Il souligne que cette évaluation, rédigée en allemand, est non seulement problématique sur le plan linguistique mais aussi dépassée au vu de l'évolution des faits et des règles procédurales applicables, de sorte qu'elle n'est pas probante. Finalement, le recourant rappelle qu'il a 53 ans, qu'il n'a plus travaillé depuis plus de 20 ans et qu'il ne dispose d'aucune formation. Ce faisant, il prétend qu'il n'existe pas d'activité à plein temps qu'il pourrait exercer sur le marché du travail et qu'aucun employeur ne consentirait à l'engager, d'où l'évidence de son droit à une rente entière.

4.

A titre liminaire, il est constaté que l'intimé est entré en matière sur la demande du recourant du 15 août 2016 (voir dos. AI 99/1), après avoir invité ce dernier, le 29 août 2016, à rendre crédible un changement notable de son état de santé depuis la dernière décision du 18 janvier 2011, puis reçu plusieurs rapports médicaux en septembre 2016 et un courrier du 5 décembre 2016 ainsi qu'un rapport du 13 janvier 2017 du généraliste traitant. Cela étant, le TA n'a pas à revoir cet aspect de la procédure et doit procéder à un examen matériel du cas d'espèce (voir c. 2.5.1).

4.1 En l'espèce, le dossier permet de constater les éléments médicaux suivants.

4.1.1 Pour prononcer sa décision du 18 août 2005 (deuxième demande), l'intimé s'était surtout basé sur les conclusions de l'expertise bidisciplinaire (en neurochirurgie et psychiatrie/psychothérapie) des 28 juillet et 2 août 2005. Dans le volet de neurochirurgie, l'experte avait retenu les diagnostics

(avec effet sur la capacité de travail) de syndrome douloureux lombo-vertébral, ainsi que de douleurs cervico-vertébrales. Elle avait constaté la présence d'une mauvaise posture de la colonne vertébrale cervicale avec des altérations dégénératives modérées, d'une scoliose convexe à gauche plus prononcée à la colonne thoracique qu'à la colonne lombaire, avec une différence de longueur de la jambe, des altérations dégénératives en L2/3 et L3/4 sans signe de hernie discale ou de compression nerveuse, ainsi qu'une légère coxarthrose à gauche. Selon l'experte, une forte limitation de la mobilité de la colonne cervicale et, par intermittence, de la colonne lombaire, avait en outre été constatée. L'experte avait retenu que l'état de santé du recourant ne s'était pas modifié de manière notable depuis la situation qu'elle avait constatée dans la procédure concernant la première demande, mentionnant qu'un travail en tant qu'ouvrier du bâtiment n'était plus exigible mais qu'une activité dans le domaine de la mécanique l'était à plein temps et sans réduction de rendement, pour autant qu'elle n'implique pas de devoir soulever des charges de plus de 10 kg et permette des changements fréquents de position. Selon l'experte, si de tels changements devaient entraver la bonne marche du travail, une réduction de rendement de 10 à 15% devait être prise en compte. De plus, les activités nécessitant une position continuellement penchée ou une inclinaison importante de la tête devaient être évitées. Quant au volet psychiatrique/psychothérapeutique, l'expert spécialisé dans cette discipline n'avait posé aucun diagnostic. Il avait en résumé écrit que le recourant présentait une bonne santé et une pleine capacité de travail, seuls des facteurs étrangers à la maladie étant présents, à savoir essentiellement un manque de formation et une longue phase d'inactivité professionnelle. Le pronostic avait été jugé favorable. Dans leurs conclusions interdisciplinaires, les experts avaient conclu que les altérations dégénératives de la colonne lombaire et de la hanche empêchaient l'exercice d'activités physiques particulièrement lourdes (voir dos. AI 64/13 et 65/8). Ils avaient aussi indiqué qu'une éventuelle restriction de 10 à 15% existait même dans une activité légère adaptée. Enfin, ils avaient retenu que le recourant ne présentait pas d'atteinte psychique limitant sa capacité de travail.

4.1.2 Quant au prononcé du 18 janvier 2011, il se fondait essentiellement sur le rapport d'un spécialiste en médecine interne, en médecine physique

et en réhabilitation du SMR, du 17 novembre 2010. Dans ce document, le SMR avait posé le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de syndrome lombo-vertébral et cervico-vertébral avec des altérations dégénératives légères, de même que (sans effet sur la capacité de travail) de facteurs de stress psychosociaux, de status après une fracture du fémur et une ostéosynthèse à gauche en 1985, ainsi que de syndrome métabolique. Le SMR avait expliqué que les plaintes du recourant étaient subjectivement toujours localisées au même endroit (à la nuque, au thorax et au dos) mais qu'il ne se plaignait plus de douleurs à la jambe droite, ce qui illustre une amélioration. Ce service avait ajouté qu'objectivement, le status neurologique et les examens de la colonne vertébrale étaient comparables à ceux ressortant de l'expertise de 2005. Le SMR avait aussi indiqué que ce constat avait été confirmé en 2006 par une clinique de médecine interne générale d'un hôpital universitaire, qui avait alors renoncé à effectuer des radiographies. Selon le SMR, cette institution n'avait pas non plus jugé utile de procéder à une telle démarche en 2010. Le SMR avait aussi relevé que, selon une consultation de chirurgie de la colonne vertébrale, les douleurs à la colonne vertébrale cervicale et thoracique n'étaient pas mécaniques mais musculaires (voir dos. AI 69/3). Le SMR avait conclu que les douleurs n'étaient pas objectivables et qu'elles étaient difficilement explicables d'un point de vue somatique. Il avait ajouté à ce propos qu'une IRM réalisée en 2005 avait permis de constater des légères altérations dégénératives correspondant à l'âge du recourant mais aucun indice de neuro-compression, notamment par une hernie discale. Le SMR avait aussi déclaré que les douleurs thoraciques ne pouvaient pas non plus être expliquées, bien que de nombreuses investigations aient été diligentées. Il avait toutefois relevé que des facteurs psychosociaux connus de longue date influençaient significativement l'état de santé du recourant et qu'un trouble somatoforme douloureux avait été mentionné par l'expert psychiatre en 2005 (mais néanmoins exclu) et évoqué dans plusieurs rapports de la clinique précitée. Le SMR a finalement souligné qu'aucune maladie psychique n'avait été retenue. En conséquence, ce service avait exclu que le recourant présente une quelconque (nouvelle) limitation fonctionnelle et retenu que le profil d'exigibilité décrit le 28 juillet 2005 demeurait actuel. Il avait ainsi nié toute modification notable et objective de l'état de santé du recourant.

4.2 A l'appui de sa demande de prestations du 15 août 2016, le recourant a produit les pièces médicales suivantes.

4.2.1 Le 5 mai 2011, un institut de radiologie a établi un rapport d'IRM, d'après lequel la présence d'une hernie discale C6/7 avec compression de la racine nerveuse C7 à gauche a été confirmée.

4.2.2 Dans un document du 12 mai 2011, une spécialiste en neurologie a expliqué que le recourant se plaignait de troubles de la sensibilité (sans douleur) de certains doigts et du bord interne de la main droite. Elle a indiqué que le nerf ulnaire était normal et qu'il n'existait ni trouble sensitif, ni trouble moteur. Elle a aussi écrit que la compression de la racine nerveuse, mise en évidence par l'IRM précitée, ne correspondait pas au tableau anamnestique et clinique. Cette spécialiste a exclu une atteinte du nerf ulnaire ou une radiculopathie déficitaire à droite, ne recommandant aucun examen neurochirurgical.

4.2.3 Un dermatologue et vénérologue s'est prononcé le 18 juillet 2012 et a posé les diagnostics de soupçon de kératose séborrhéique irritée sub-mammaire à droite, ainsi que de naevus mélanocytaire plantaire à gauche, sans signe de malignité. Selon ce rapport, la kératose a été retirée.

4.2.4 Le 28 août 2012, un gastro-entérologue a retenu le diagnostic de maladie hémorroïdaire de stade 1 et écrit que le recourant souffrait de rectorragies périodiques et récidivantes depuis une dizaine d'années, sans modification du transit ni symptômes d'alarme. Il a de ce fait prescrit des suppositoires anti-hémorroïdaires.

4.2.5 L'institut de radiologie précité a encore rédigé un rapport le 28 janvier 2013, concernant une IRM du 25 janvier 2013. Selon ce document, des protrusions discales des disques cervicaux 4/5, 5/6, 6/7 et 7/th1 ont été décelées. Il a de plus été relevé, notamment, qu'une sténose du disque cervical 6/7 conduisait à une compression de la racine C7 et qu'il existait également une sténose du canal spinal au niveau 4 à 7 et th1.

4.2.6 Le service d'imagerie médicale d'un hôpital régional a aussi établi un rapport, le 7 mars 2013, suite à une échographie abdominale. Aux termes de celle-ci, aucune anomalie n'a toutefois été détectée (hormis un

foie globuleux avec aspect de stéatose). Le 8 mai 2013, il a encore relaté les résultats d'un scanner thoracique, qui n'a illustré aucune particularité.

4.2.7 Le service des urgences d'une clinique de médecine interne d'un centre hospitalier a posé le diagnostic principal de lombalgie non traumatique dans un rapport du 13 décembre 2013. Selon ce dernier, le recourant a effectué un faux mouvement en sortant de sa voiture et n'a ensuite presque plus pu bouger, en raison de douleurs au niveau de la colonne vertébrale lombaire. Une thérapie analgésique a été prescrite et a conduit une amélioration importante des douleurs. Des radiographies ont été réalisées mais n'ont pas révélé d'anomalies.

4.2.8 Le 23 décembre 2013, l'institut de radiologie a encore constaté une hauteur et une configuration normale des corps vertébraux lombaires mais comportant des spondylophytes ventraux au niveau lombaire 3 et 4.

4.2.9 Le diagnostic de plaie dans la région pariétale à gauche a été posé dans le rapport du service des urgences d'un hôpital régional le 24 mai 2014. Dans cet écrit, il a été indiqué que le recourant avait subi une chute et s'était heurté la tête. Une petite abrasion a été décelée et une incapacité de travail à 100% attestée du 24 au 26 mai 2014.

4.2.10 Le 19 novembre 2015, une IRM a encore été réalisée par le service de radiologie d'un centre hospitalier, en raison de lombalgies réfractaires massives. Une perte d'eau modérée des segments des disques intervertébraux a été constatée, ainsi qu'une protrusion des disques intervertébraux latéraux à droite, sans signe d'extrusion du disque dans le segment L2/3. Une atteinte de la racine L2 a en outre été signalée.

4.2.11 Le 1^{er} avril 2016, un chirurgien orthopédique d'un centre du dos a posé le diagnostic de douleurs à la totalité de l'appareil locomoteur non spécifiques de la colonne vertébrale, de douleurs non spécifiques crâniennes, cervicales et dorso-lombo-sacrées, ainsi qu'aux deux extrémités. Ce spécialiste a précisé que le recourant se plaignait de douleurs dans tout le corps mais qu'il n'existait aucune cohérence entre l'imagerie et les douleurs décrites. Il a ajouté que le recourant disposait d'une bonne musculature et d'un appareil locomoteur sain, si bien que les raisons pour lesquelles il n'exerçait pas d'activité professionnelle ne pouvait

être expliquées. Il a plutôt évoqué une forte composante psychosomatique et éventuellement une composante psychiatrique (soit une humeur dépressive). Aucun traitement n'a dès lors été proposé.

4.2.12 Dans un rapport du service d'imagerie précité, du 14 avril 2016, les résultats d'une échographie des reins et de la vessie du 13 avril 2016 ont été commentés, soit la découverte d'un petit calcul rénal.

4.2.13 Un spécialiste en urologie a aussi rédigé un rapport le 21 mai 2016, en raison de troubles de la miction. Suspectant une vessie irritable, il a introduit un traitement médicamenteux.

4.2.14 Dans un écrit du service d'orthopédie et de traumatologie de l'hôpital régional précité, du 1^{er} septembre 2016, le chirurgien orthopédiste du recourant a avancé que le recourant se plaignait de douleurs mécaniques du genou gauche depuis près de 3 mois, associées à une tuméfaction articulaire. Une augmentation du volume a été constatée, de même qu'une lame d'épanchement articulaire, un valgum et une limitation de la mobilité. De plus, une gonarthrose de stade 3 a été signalée. La pose d'une prothèse totale du genou gauche a été évoquée comme étant la seule solution efficace.

4.2.15 Dans un écrit du 5 décembre 2016, faisant suite à la préorientation de l'intimé du 14 novembre 2016, le médecin traitant a indiqué que la situation de son patient ne cessait de se péjorer depuis l'expertise de 2005, les rachialgies étant invalidantes et le patient ne pouvant plus supporter la position debout ou assise prolongée, en dépit d'un traitement antalgique et antidépresseur. Il a sollicité de l'intimé une réévaluation de sa position.

4.2.16 Le 13 janvier 2017, ce même médecin a encore répondu aux questions de l'intimé. Il a alors retenu les diagnostics de rachialgies invalidantes sur troubles statiques et dégénératifs, de protrusion discale L2-L3 irritant la racine L2 à droite, de troubles dépressifs réactionnels, ainsi que de personnalité frustrée et peu structurée. Mentionnant une dégradation de l'état de santé du recourant, ce médecin a rapporté que son patient souffrait de rachialgies massives et invalidantes confinant presque continuellement celui-ci à son lit ou à son fauteuil, d'une mobilisation fortement limitée par les douleurs et de contractures para-lombaires

marquées. Le pronostic fonctionnel a été jugé calamiteux et une incapacité de travail à 100% a été attestée depuis 1998. Selon ce médecin, seule une activité occupationnelle était éventuellement exigible, une clarification médicale complémentaire étant par ailleurs impérative selon lui.

4.2.17 L'intimé a également sollicité un rapport du chirurgien orthopédique traitant, qui s'est prononcé le 1^{er} février 2017 en retenant le diagnostic de gonarthrose gauche post-traumatique (existant depuis 2001 à 2005 environ), de raccourcissement post-traumatique du membre inférieur gauche (depuis 1985), ainsi que de rachialgies chroniques sur troubles statiques et hernie discale (depuis 1999 environ). D'après le chirurgien orthopédique, l'activité exercée n'est plus exigible et il n'y a pas lieu d'attendre une amélioration de la capacité de travail. Une incapacité de travail à 100% a été attestée et le pronostic a été qualifié de réservé.

4.2.18 Selon un rapport du service social prenant en charge le recourant, du 21 février 2017, ce dernier ne serait bien dans aucune position (debout, couché ou assis), devrait continuellement changer de posture et ne dormirait pas bien la nuit. Il souffrirait en outre d'autres douleurs (aux poumons et au genou, notamment). De plus, du fait de ses douleurs persistantes, aucune activité n'a pu lui être proposée (mesures d'insertion professionnelle ou sociale). Selon ce rapport, la reprise d'une activité a été jugée peu concevable, le recourant souffrant beaucoup.

5.

5.1 S'agissant d'une procédure de révision (matérielle) de rente au sens de l'art. 17 LPGA, il convient d'examiner si un changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité s'est produit entre la décision de refus de rente du 18 août 2005 (soit le dernier prononcé de l'intimé reposant sur un examen complet de l'état de santé du recourant) et la décision attaquée du 1^{er} novembre 2018 (voir c. 2.5.2), la procédure de révision close par décision du 18 janvier 2011 s'étant seulement basée sur une brève évaluation du SMR, sous l'angle somatique, alors que plusieurs avis médicaux préconisaient des investigations neuro-psychiatriques (voir notamment dos. AI 69/4, 69/8 et 69/19).

5.2

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

5.2.2 Les rapports du SMR (art. 49 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références), 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 raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, pour autant qu'ils satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires (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]). 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 LPG (ATF 135 V 465 c. 4.4 - 4.6). Dans l'examen de la force probante, est avant tout déterminant le fait que l'expertise soit complète au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (TF 8C_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

5.3 Dans le contexte de comparaison défini au c. 5.1, il convient d'emblée de relever que les griefs soulevés par le recourant à l'encontre de la force probante de l'expertise bidisciplinaire de 2005 ne peuvent être admis.

5.3.1 Tout d'abord, la contestation relative à la langue du rapport d'expertise (voir art. 5 du recours), ne peut plus être invoquée à ce stade de la procédure. En effet, le recourant n'a pas élevé d'objection contre l'expertise en 2005, ni à réception de la convocation, ni à la suite des examens prodigués et n'a d'ailleurs pas non plus procédé contre la décision du 18 mai 2005, qui était fondée sur cette évaluation. Cette décision est entrée en force et l'état sur lequel elle se base vaut comme point de comparaison dans la présente procédure. Par ailleurs, il apparaît que l'expertise, bien que rédigée en allemand, a été menée en langue française (dos. AI 64/2). De plus, le recourant n'a allégué à aucun moment qu'il n'avait pas été en mesure de comprendre les experts ou le contenu de leurs rapports. Dans ces circonstances, rien ne remet en question le fait que la situation telle que constatée par les experts de 2005 représente une base fiable de comparaison (voir aussi en ce sens: TF 9C_7/2014 du 27 mars 2014 c. 4.1).

5.3.2 Quant à l'argument du recourant, selon lequel cette évaluation émane d'experts qui n'ont pas été choisis aléatoirement, comme exigé par la jurisprudence, il sied de rappeler que les expertises établies d'après l'ancien standard procédural ne perdent pas leur valeur probante à la suite des correctifs apportés dans l'ATF 137 V 210. Il est bien davantage décisif de savoir, lors de l'examen global du cas d'espèce avec ses données

spécifiques et les griefs concrets soulevés, si le fait de se baser finalement, dans la décision contestée, sur les moyens de preuve disponibles résiste à l'examen à la lumière du droit fédéral (ATF 141 V 281 c. 8, 137 V 210 c. 6; SVR 2019 IV n° 15 c. 3.2.3, n° 48 c. 3.2). Devoir se référer à des expertises antérieures aux modalités instaurées par la (ou les) nouvelle(s) jurisprudence(s) est inhérent à la procédure de révision ou nouvelle demande. Lorsqu'une expertise réalisée selon l'ancien standard procédural constitue une base de décision déterminante, il y a toutefois lieu de tenir compte, cas échéant, de cet aspect lors de l'appréciation des preuves (ATF 139 V 99 c. 2.3.2; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.1, 2013 IV n° 6 c. 1.4).

5.3.3 Aussi, concernant le grief du recourant, selon lequel l'expertise serait dépassée, il y a lieu de relever que, lorsqu'il s'agit de savoir si une expertise est d'actualité, il ne faut pas prioritairement se fonder sur le critère formel de l'âge de cette expertise. Est bien au contraire déterminante la question de savoir s'il est certain que depuis l'établissement de l'expertise, le contexte n'a pas changé (SVR 2018 IV n° 36 c. 3.2.3). En l'occurrence, c'est précisément ce point qu'il faut, dans un premier stade, élucider.

5.4

5.4.1 L'intimé se fonde essentiellement sur les synthèses et l'évaluation du SMR pour justifier le refus de rente présentement contesté, en admettant, par rapport à 2005, une détérioration ayant une influence sur le profil d'exigibilité uniquement dans la mesure des conséquences du nouveau diagnostic de gonarthrose gauche (avis du 11 janvier 2018 du SMR). Ainsi, selon le SMR, l'activité adaptée (exigible à plein temps) doit être exercée surtout en position assise, demeurer légère et limitée à des manipulations de poids ne dépassant pas 10 kg, les positions agenouillées ou accroupies et l'utilisation fréquente d'escaliers devant être évitées. En outre, le spécialiste du SMR a spécifié que la limitation de 15% du rendement en raison d'un besoin accru de pauses restait actuelle.

5.4.2 En l'espèce, d'un point de vue formel, dans ses écrits des 27 juin 2017 et 11 janvier 2018, le SMR a tenu compte de l'ensemble des pièces pertinentes du dossier médical, notamment des avis du médecin traitant et

du chirurgien orthopédique du recourant, de même que de l'expertise bidisciplinaire réalisée en 2005 (voir dos. AI 106/3 s. et 116/3 s.). En outre, ces rapports reposent sur une étude fouillée des points litigieux importants et prennent en considération les plaintes du recourant. Les conclusions des spécialistes du SMR (dont les qualifications en orthopédie et en traumatologie de l'appareil locomoteur, de même que, notamment, en médecine interne, médecine physique et en réhabilitation, d'autre part, ne sauraient être remises en cause, s'agissant des affections somatiques du présent cas) sont par ailleurs motivées et compréhensibles. En particulier, c'est à tort que le recourant reproche à ce service de ne pas l'avoir examiné personnellement (art. 4, p. 6 in initio du recours). En effet, sur la base du dossier, notamment en comparant les constatations de l'expertise de 2005 avec les documents postérieurs des médecins traitants, le SMR était en mesure de se faire une image complète et exhaustive de la situation médicale, de même que de l'apprécier, sans qu'il ne lui soit besoin de procéder à un examen personnel du recourant (voir RAMA 2006 p. 170 c. 3.4, 1988 p. 366 c. 5b), comme l'a d'ailleurs aussi évoqué l'intimé, à juste titre (voir ch. 6 de la réponse). Par conséquent, sur le plan formel, ces rapports satisfont aux conditions jurisprudentielles relatives à la force probante de tels documents.

5.4.3 Sur le plan matériel, il sied d'abord de rappeler que, contrairement à ce qu'allègue le recourant (voir art. 4, p. 5 du recours), les avis de synthèse du SMR, qui tiennent compte de l'ensemble des diagnostics retenus ainsi que des limitations fonctionnelles qui en découlent mais qui s'écartent de l'évaluation de la capacité de travail des médecins traitants, peuvent en soi l'emporter sur le point de vue de ces derniers. Leur appréciation constitue en effet seulement une proposition qui doit être examinée par les organes de l'AI et par le juge (voir c. 2.6). En l'espèce, comme l'a aussi justement mentionné l'intimé (voir ch. 5 de la réponse), seule la détermination de la capacité de travail diverge essentiellement entre le médecin traitant ainsi que le chirurgien orthopédique du recourant, d'une part, et les spécialistes du SMR, d'autre part. En effet, dans le rapport de ce service du 11 janvier 2018, le spécialiste du SMR a retenu que le recourant était capable d'exercer à plein temps une activité adaptée avec une réduction de rendement de 15%. Le médecin traitant a quant à lui écrit que le recourant

n'était plus apte au travail depuis longtemps et que seule une activité occupationnelle était éventuellement exigible (dos. AI 98/3). Le chirurgien orthopédique du recourant a pour sa part indiqué que l'activité exercée n'était plus exigible et qu'on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail (voir dos. AI 100/4 s.). Les appréciations de la capacité de travail par ces deux médecins apparaissent toutefois peu convaincantes sur le plan somatique. En effet, alors que le chirurgien orthopédique ne motive aucunement ses conclusions, le médecin traitant appuie les siennes en écrivant, dans son rapport du 13 janvier 2017, que son patient présente un sentiment d'injustice et d'incompréhension face au refus de rente, de même que face à l'incapacité des médecins de le soulager, ajoutant que le syndrome douloureux rachidien affecte sévèrement son humeur et le laisse désespéré face à la situation (dos. AI 98/3). Le médecin a ajouté que le recourant était préterité par une scolarisation et une formation insuffisantes, par une mauvaise maîtrise du français, ainsi que du fait qu'il n'a plus travaillé depuis 18 ans (dos. AI 98/4). Ce faisant, force est de constater que ce médecin étaié ses conclusions par des facteurs soit psychiques qui dépassent sa spécialisation en médecine interne, soit bio-sociaux étrangers à l'incapacité de travail pouvant être prise en compte pour le calcul de l'invalidité (ATF 143 V 418 c. 6, 127 V 294 c. 5a; TF 9C_656/2017 du 26 mars 2018 c. 5.3), de même que par des aspects économiques qui ne relèvent pas d'une évaluation médicale au sens de l'AI (voir c. 2.6). A l'inverse, le SMR a considéré tous les diagnostics somatiques et il a intégré l'ensemble des limitations fonctionnelles pouvant en découler au profil d'exigibilité. En outre, il faut signaler à propos de la remarque du recourant, selon laquelle le médecin traitant a recommandé une (nouvelle) évaluation médicale (art. 4, p. 5 du recours et dos. AI 91/3), à l'instar de la clinique de médecine interne précitée (qui a indiqué qu'une expertise devrait être envisagée en cas de persistance des douleurs et de l'incapacité de travail, voir dos. AI 69/4), que tous les examens plus détaillés qui ont été suggérés sur le plan somatique (à l'exception des infiltrations, voir dos. AI 69/3), ont été concrétisés lors des investigations complètes menées par cette dernière institution (lors des hospitalisations du 2 février au 3 mars 2006 et du 15 au 24 juin 2010, voir dos. AI 69/6, 69/11 et 69/2; voir aussi dos. AI 69/18 s.). De même, l'IRM préconisée dans le rapport d'urgence du

13 décembre 2013 (afin d'exclure une hernie discale) a aussi été réalisée (voir dos. AI 87/6). Enfin, le chirurgien orthopédique d'un centre du dos, consulté par le recourant en avril 2016, a également exclu toute explication somatique des plaintes de ce dernier (voir c. 4.2.11). Dans ces circonstances, on ne saurait dès lors suivre le recourant, en tant qu'il soutient que l'instruction somatique de l'intimé a été lacunaire (voir art. 4, p. 5 du recours). Quoi qu'il en soit, la question du caractère probant des rapports du SMR, sur le plan somatique, peut en réalité demeurer indécisée à ce stade.

5.4.4 En effet, alors que certes l'expert psychiatre avait exclu la présence d'un diagnostic affectant la capacité de travail dans son rapport du 2 août 2005, expliquant notamment à ce sujet, qu'en dépit d'un syndrome douloureux chronique, aucun trouble de somatisation n'était intervenu (voir dos. AI 65/6), les rapports médicaux établis par la suite ont fait référence de manière récurrente à un trouble somatoforme douloureux (le médecin traitant avait du reste déjà envisagé ce diagnostic en 2004, de même que, notamment, ceux de trouble anxieux et dépressif, ainsi que de troubles de la personnalité, voir dos. AI 60/2). Ainsi, dans l'avis de sortie ayant fait suite à l'hospitalisation du recourant du 2 février au 3 mars 2006 au sein de la clinique de médecine interne générale (qui suspectait déjà un trouble somatoforme douloureux grave, voire persistant, en juillet 2005, voir dos. AI 69/13), cette institution a quant à elle posé un diagnostic de somatisation (dos. AI 69/11), puis, dans son écrit du 19 avril 2006, de trouble somatoforme douloureux persistant (selon le ch. F45.4 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé), en relatant que les souffrances du recourant ne présentaient qu'une faible composante organique, ce qui était démontré par des émotions ne correspondant pas à la douleur décrite, par une douleur prétendument constante et d'une intensité identique (avec soulagement la nuit), par l'absence de relation avec l'activité motrice volontaire et de réaction aux analgésiques, de même que par une représentation démonstrative inadéquate de la douleur. Les médecins ont de plus ajouté que la douleur avait notamment tendance à se chroniciser, favorisée par des facteurs de stress psychosociaux (voir aussi en ce sens: dos. AI 69/13). Le diagnostic de trouble somatoforme

douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques a aussi été retenu dans le rapport de cette clinique du 24 juin 2010, dans lequel il avait été mentionnée que le recourant se trouvait dans un cercle vicieux de douleurs somatiques essentiellement influencées par des facteurs psychosociaux. De surcroît, le chirurgien orthopédique du centre du dos a également déclaré que le tableau clinique devait être influencé par une forte composante psychosomatique, voire par une composante psychiatrique, sous la forme d'une humeur dépressive (dos. AI 87/5). Cependant, malgré ces différents rapports, les médecins du SMR n'ont jamais abordé cet aspect dans leurs évaluations, après 2005. Certes, la clinique précitée avait tout d'abord exclu la présence d'une comorbidité psychiatrique sous la forme d'un développement dépressif, d'un trouble anxieux (selon son rapport du 19 avril 2006) ou d'un développement dépressif sévère (d'après son rapport du 26 juillet 2005, antérieur au refus de rente d'août 2005). Un trouble anxieux ou panique avait néanmoins été envisagé dans ce dernier document, de même qu'une éventuelle symptomatique dépressive légère, dans l'écrit du 24 juin 2010. Or, il est vrai qu'une telle symptomatique ou comorbidité était, à une certaine époque, considérée comme sans caractère invalidant (voir ATF 136 V 279 c. 3.2.1, 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.2 s.; SVR 2008 IV n° 23 c. 2.1). Il n'en demeure toutefois pas moins que l'appréciation des troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281 du 3 juin 2015), de même que de l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 409 et 418 du 30 novembre 2017), a évolué depuis 2005. L'absence d'une comorbidité d'une acuité et d'une durée importante ne permet désormais plus à elle seule de nier le caractère invalidant d'une atteinte à la santé (ATF 141 V 281 c. 4.3.1.3). Cette question doit désormais être examinée à l'aune de la procédure probatoire structurée et des indicateurs qui découlent de la jurisprudence (ce qui n'est cependant pas possible en l'état des pièces au dossier). Peu importe qu'aucun suivi psychiatrique n'a été mis en œuvre par un spécialiste de cette discipline (une médication antidépressive ayant été introduite depuis plusieurs années par le médecin traitant, voir dos. AI 65/3 et 69/20). A ce propos, il ne peut d'ailleurs être exclu que l'absence de mise en œuvre d'un tel traitement s'explique par la faible capacité d'introspection constatée chez le recourant (voir dos. AI 69/3, ainsi que dos. AI 60/3). Quoi qu'il en soit, le défaut de participation à un

traitement n'est pas à lui seul déterminant et constitue uniquement l'un des facteurs d'appréciation. Par ailleurs, le fait que des facteurs psycho-sociaux puissent jouer un rôle n'exclut pas non plus en tant que telle l'existence d'une maladie psychique (voir ATF 127 V 294 c. 5a; SVR 2012 IV n° 52 c. 3.2). L'état actuel du dossier ne permet pas, par conséquent, d'évaluer la santé psychique du recourant, ni quant à son évolution depuis la décision de 2005 (survenance ou non d'une modification notable), ni, le cas échéant, quant à ses éventuelles répercussions fonctionnelles selon les concepts jurisprudentiels actuels. Ces points n'ayant pas du tout été investigués par l'administration, le renvoi à l'autorité de décision pour instruction complémentaire se justifie pleinement (ATF 137 V 210 c. 4.4.14). Une instruction au niveau du TA priverait l'assuré d'une instance.

6.

Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, en tant qu'elle nie tout droit à une rente d'invalidité. La cause doit par conséquent être renvoyée à l'intimé pour une instruction médicale sous l'angle psychique/psychiatrique, mettant en œuvre une expertise conforme aux standards de la jurisprudence récente (voir c. 5.4.4), comportant ainsi une proposition d'évaluation de la capacité de travail fondée sur une analyse normative et structurée (voir ATF 144 V 50 c. 4.3, 141 V 281 c. 5.2.2). L'expertise en question devra également comprendre un volet somatique et fournir les informations spécifiques requises en cas de révision ou nouvelle demande au sujet de l'évolution de la situation médicale depuis la dernière évaluation des 28 juillet et 2 août 2005 (difficulté, au niveau psychique, de distinguer les changements effectifs de ceux découlant de l'évolution théorique, médicale et juridique, des méthodes d'estimation; SVR 2018 IV n° 13 c. 4.2). Sur la base médico-théorique ainsi arrêtée, l'intimé procédera ensuite à une nouvelle évaluation de l'invalidité jusqu'à la date de sa nouvelle décision.

7.

7.1 En conclusion, le recours est admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

7.2 Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 et al. 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais versée par le recourant, de Fr. 800.-, lui est restituée.

7.3 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). Cette règle s'applique indépendamment de la question de savoir si la partie recourante a conclu au renvoi ou si sa conclusion au renvoi a été prise à titre principal ou à titre subsidiaire (SVR 2017 KV n° 9 c. 9.1). En l'espèce, assisté d'un avocat agissant à titre professionnel, le recourant a droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA. Après examen de la note d'honoraires du 29 janvier 2019, qui ne prête pas à discussion compte tenu de l'importance et de la complexité objectives de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, les dépens sont fixés à Fr. 2'046.40 (honoraires de Fr. 1'800.-, débours de Fr. 100.10 et TVA de Fr. 146.30 [taux de 7.7%; et non pas Fr. 146.40, comme indiqué visiblement par erreur sur la note d'honoraires]).

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. L'avance de frais de Fr. 800.- versée par le recourant lui sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 2'046.40 (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

Le greffier:

e.r. Ph. Berberat, greffier

Voie de recours

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