

200.2021.432.AI
N° AVS A. _____
BCE/EGC

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

Jugement du 27 décembre 2021

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président
M. Moeckli et A.-F. Boillat, juges
C. Wagnon-Berger, greffière

A. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 11 mai 2021



En fait:

A.

A. _____, né en 1965, marié et père de trois enfants majeurs est arrivé en Suisse en 1988 et a travaillé en qualité de monteur en charpentes métalliques jusqu'au 30 juin 1993, date à laquelle une incapacité de travail totale a été attestée médicalement en raison de problèmes dorsaux. Une première demande de prestations pour adultes de l'assurance-invalidité (AI) a été déposée en décembre 1993 par l'assuré. Dans ce cadre, des mesures d'ordre professionnel sous la forme d'un reclassement ont été octroyées à l'intéressé, à l'issue desquelles celui-ci a obtenu un certificat fédéral de capacité (CFC) de monteur-électronicien en juillet 1999. Le 6 janvier 2000, l'Office AI du canton dans lequel l'intéressé était domicilié a rendu une décision par laquelle il a constaté la fin de la réadaptation de l'assuré et exclu tout droit à une rente d'invalidité. Ce prononcé n'a pas été contesté.

B.

Dès août 2000 et en dernier lieu, l'assuré a travaillé pour une société en qualité d'électronicien puis s'est à nouveau annoncé à l'AI le 9 décembre 2003 (demande notamment motivée par un rhumatisme ainsi que des douleurs à la colonne vertébrale). Après avoir diligenté une expertise psychiatrique (datée du 17 avril 2005), l'Office AI Berne, compétent en raison du nouveau domicile de l'intéressé, a octroyé à celui-ci, par décision du 24 janvier 2006, une demi-rente d'invalidité depuis août 2003 fondée sur un degré d'invalidité de 40% (ancienne rente pour cas pénible). Dès le 1^{er} décembre 2006 l'assuré a perçu un quart de rente, sans que son degré d'invalidité ne se soit modifié.

C.

En septembre 2013, l'Office AI Berne a initié une procédure de révision de la rente de l'assuré et a notamment mis en place la tenue d'une expertise bidisciplinaire (volets de la neurochirurgie et de la psychiatrie) dont les rapports ont été rendus les 27 juin et 25 août 2014. Sur cette base et par décision du 27 mars 2015, l'Office AI Berne a supprimé le quart de rente d'invalidité en vertu des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20; RO 2011 5659), tout en précisant qu'en cas de mise en œuvre de mesures de réadaptation, la rente continuerait d'être versée jusqu'à la fin de ces mesures, mais au plus durant deux ans à compter de la suppression de la rente. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours par l'assuré. L'assuré ayant bénéficié de mesures de réadaptation depuis le 4 mai 2015, il a contesté, le 25 octobre 2015, devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) une décision du 28 septembre 2015 de l'Office AI Berne mettant fin à la mesure de réadaptation professionnelle octroyée. Par jugement du 13 avril 2017 (JTA AI/2015/928 du 13 avril 2017), le TA a admis le recours dans la mesure où il était recevable et a annulé la décision contestée. Dans ses considérants, le TA a précisé qu'au vu du sort de la cause, le versement de la rente du recourant, supprimée par décision du 27 mars 2015, était dû rétroactivement sans interruption jusqu'à l'échéance du délai de deux ans mentionné dans ladite décision. Un quart de rente d'invalidité, fondé sur un degré d'invalidité de 40%, a donc été versé à l'intéressé jusqu'au 30 avril 2017.

D.

L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour adultes datée du 26 octobre 2018 (expédiée le 10 décembre 2018 et réceptionnée le lendemain), sur laquelle l'Office AI Berne a refusé d'entrer en matière par préorientation du 19 mars 2019, faute pour l'intéressé d'avoir rendu vraisemblable que la situation s'était modifiée de manière essentielle depuis la dernière décision. Suite aux objections déposées le 2 mai 2019 par l'assuré, représenté par une association d'aide aux personnes

handicapées, l'Office AI Berne, et sur conseil du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), a requis une expertise pluridisciplinaire (volets neurologique, psychiatrique, rhumatologique et de la médecine interne), dont les conclusions ont été rédigées dans une évaluation consensuelle du 6 juillet 2020. Sur cette base, l'Office AI Berne a informé l'assuré (préorientation du 18 août 2020) qu'il entendait lui refuser tout droit à une rente d'invalidité compte tenu d'un profil d'exigibilité et d'un degré d'invalidité inchangés par rapport à la dernière décision. Nonobstant les objections formulées les 14 septembre et 26 octobre 2020 à l'encontre de ce préavis, l'Office AI Berne, après avoir une nouvelle fois pris conseil auprès de son SMR, a confirmé le contenu du préavis par décision formelle du 11 mai 2021.

E.

Par acte de recours du 11 juin 2021, l'assuré, agissant désormais seul, a porté la cause devant le TA en concluant implicitement à l'annulation de la décision de l'Office AI Berne du 11 mai 2021. Sur demande de la juge instructrice alors en charge du dossier, le recourant a complété son recours par courrier du 25 juin 2021. Le 7 juillet 2021, le généraliste traitant de l'assuré a fait parvenir au TA un rapport médical. Par mémoire de réponse du 31 août 2021, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours, le tout avec suite de frais et dépens. Les parties ont répliqué et dupliqué les 11 et 22 septembre 2021.

En droit:

1.

1.1 La décision du 11 mai 2021 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à une rente d'invalidité à la suite d'une nouvelle demande de prestations

(octobre 2018). L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et l'octroi d'au minimum une demi-rente d'invalidité. Est particulièrement critiquée, l'appréciation médicale établie par l'intimé niant toute aggravation de l'état de santé du recourant depuis mars 2015.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a LAI, art. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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).

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 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.

2.3 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1).

2.4 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).

2.5 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).

3.

3.1 Dans sa décision contestée du 11 mai 2021, l'Office AI Berne s'est fondé sur l'expertise pluridisciplinaire du 6 juillet 2020 qu'il a diligentée et observé que l'assuré ne présentait aucune incapacité de travail, y compris dans la dernière profession exercée (électronicien). Après une comparaison des revenus, l'intimé a conclu que le degré d'invalidité de 0% était inchangé par rapport à la dernière décision du 27 mars 2015, par laquelle il niait tout droit de l'assuré à des prestations de l'AI, faute de diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail et, partant, d'une atteinte à la santé invalidante (voir dossier [dos.] AI 107/1). Dans son mémoire de réponse, l'intimé, s'appuyant en particulier sur les prises de position de son SMR du 2 août 2021, a constaté que les rapports médicaux déposés par le recourant ou par le généraliste traitant devant le TA n'apportaient aucun élément qui n'aurait pas déjà été traité par les experts ou qui serait susceptible de remettre en cause la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 6 juillet 2020.

3.2 A l'appui de son recours du 11 juin 2021 et de son complément du 25 juin 2021, l'intéressé fait en substance valoir que son état de santé n'a cessé de se dégrader. Il s'étonne par ailleurs d'avoir perçu une rente pendant plusieurs années avant que celle-ci ne soit supprimée et ce, malgré l'aggravation de ses problèmes de santé. Il insiste également sur la précarité dans laquelle il se trouve. Par sa réplique du 11 septembre 2021, le recourant semble finalement remettre en cause la valeur probante de l'expertise en neurochirurgie du 27 juin 2014, qui a notamment servi de base à la décision de suppression de rente de mars 2015. Il indique à ce propos que l'experte l'avait mal reçu et qu'elle était de langue allemande, alors que lui-même ne parle que le français.

4.

Il ressort du dossier les faits pertinents suivants:

4.1 La décision du 24 janvier 2006 qui accordait à l'intéressé une demi-rente d'invalidité compte tenu d'un degré d'invalidité de 40%, se fondait

principalement sur une expertise psychiatrique du 17 avril 2005 dans laquelle l'expert psychiatre posait les diagnostics de trouble douloureux somatoforme (chiffre [ch.] F45.4 de la Classification statistique internationale des maladies et de problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), épisode dépressif léger à moyen (CIM-10 F32.0-1) et trouble hypocondriaque (CIM-10 F45.2; dos. AI 32/14). Une incapacité de travail de 40% dans le métier nouvellement appris de monteur-électronicien était reconnue par l'expert (dos. AI 32/16).

4.2 La décision de suppression de rente du 27 mars 2015 s'appuyait pour sa part sur une expertise médicale bidisciplinaire neurochirurgicale et psychiatrique dont les conclusions avaient été rédigées dans des rapports des 27 juin et 25 août 2014. L'experte en neurochirurgie n'avait pas retenu de diagnostics avec influence sur la capacité de travail (dos. AI 87.2/24). Sans effets sur la capacité de travail, elle avait en revanche posé les diagnostics de lombalgies chroniques avec lombosciatalgies bilatérales sur discopathie L5-S1 prédominante minime discopathie protrusive L4-L5 et L5-S1 non compressive, ainsi que cervicales chroniques bilatérales sur discopathie C4-C5, C5-C6 et C6-C7 avec hernie discale médio-latérale C5-C6 droite venant au contact du cul de sac sans compression radiculaire et protrusion discale C4-C5 et C6-C7 (dos. AI 87.2/24). La spécialiste en neurochirurgie avait considéré que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans sa dernière activité de monteur-électronicien (dos. AI 87.2/28 et 87.2/29). L'expert psychiatre, de son côté, n'avait pas retenu de diagnostic avec incidence sur la capacité de travail. Sans influence sur la capacité de travail, un épisode dépressif léger (CIM-10 F32.0) avait été posé (dos. AI 89.1/15). Dans ces conditions, l'expert avait estimé que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans l'ancienne activité de monteur-électronicien (dos. AI 89.1/20). Dans leur expertise consensuelle, les deux experts n'avaient pas retenu de diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail et avaient reconnu une pleine capacité de travail à l'assuré dans la dernière activité exercée (dos. AI 89.2/3).

4.3 Dans le cadre de l'instruction matérielle de la nouvelle demande de l'assuré du 26 octobre 2018 (expédiée le 10 décembre 2018), les éléments suivants ressortent du dossier:

4.3.1 A l'appui de sa nouvelle demande, l'assuré a déposé un rapport médical du 19 novembre 2018 de son psychiatre traitant dans lequel celui-ci a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (CIM-10 F33.11), troubles somatoformes (CIM-10 F45.0), dyslipidémie et diabète de type II (dos. AI 162/2). Selon ce médecin, l'assuré était incapable de travailler à 100% en raison de symptômes affectifs et cognitifs importants, dans l'ancienne activité comme monteur-électronicien ou dans toute autre activité (dos. AI 162/2 et 162/4).

4.3.2 Dans un écrit du 24 septembre 2018, le généraliste traitant de l'assuré a posé les diagnostics d'hypertonie artérielle, de dyslipidémie, de diabète, de déconditionnement sévère dans le contexte des symptômes décrits ci-après, à savoir un trouble douloureux somatoforme dans un contexte de syndrome anxiodépressif, une hernie inguinale gauche et une impression de boule dans la gorge (dos. AI 162/5). Selon le médecin, l'assuré présentait une capacité de travail de 20% dans une activité adaptée (dos. AI 162/6).

4.3.3 L'expertise pluridisciplinaire auprès de spécialistes en neurologie, en médecine interne générale, en psychiatrie ainsi qu'en rhumatologie s'est déroulée les 22 et 23 juin 2020 et les conclusions ont été retranscrites dans des rapports des 23, 24 juin, 2 et 6 juillet 2020 ainsi que dans une appréciation globale (interdisciplinaire) du 6 juillet 2020 (dos. AI 189.4/1, 189.3/1, 189.2/1, 189.1/1 et 189.1/14). Dans leur consensus final, les experts ont retenu les diagnostics de lombosciatalgies (CIM-10 M51.2), de cervicalgies (CIM-10 M54.2), de céphalées (CIM-10 R51), de polyneuropathie chez un assuré diabétique (CIM-10 G63.2), de syndrome métabolique, d'hypertension artérielle (CIM-10 I10), de diabète de type II (CIM-10 E11.4), de dyslipidémie, de surpoids, de reflux gastro-œsophagien (CIM-10 K21), de prostatisme (CIM-10 N40), ainsi que d'épisode dépressif léger sous traitement antidépresseur évoluant depuis 2004 (CIM-10 F32.0). Les experts ont retenu une pleine capacité de travail y compris dans la dernière profession exercée (monteur-électronicien). A titre de limitation fonctionnelle, ils ont mis en avant la nécessité d'avoir des horaires réguliers et d'éviter le travail en hauteur (échelles, échafaudages; dos. AI 189.1/16).

4.3.4 A l'appui de ses objections, l'assuré a déposé un rapport médical de son médecin généraliste traitant daté du 5 octobre 2020 dans lequel celui-ci a posé le diagnostic de trouble douloureux somatoforme associé à un syndrome antidépressif présents depuis plusieurs années et influençant la capacité de travail de l'assuré. Par ailleurs, il a mis en évidence une aggravation de l'état de santé en raison d'une hernie inguinale à droite (dos. AI 198/2).

4.3.5 L'Office AI Berne a pris conseils auprès de son SMR, par un psychologue spécialisé en psychothérapie, lequel a considéré, dans une détermination du 6 mai 2021, que le rapport médical déposé par le recourant n'apportait aucun aspect médical nouveau, ni sur le plan psychiatrique, ni sur le plan somatique (dos. AI 200/2). D'un point de vue orthopédique, le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur du SMR a estimé, dans un rapport du même jour, que les points soulevés par le généraliste traitant avaient été traités par les experts dans l'expertise pluridisciplinaire du 6 juillet 2020. Il a donc confirmé la valeur probante de celle-ci (dos. AI 201/1).

4.3.6 Dans un rapport du 7 juillet 2021 adressé au TA, le généraliste traitant de l'assuré a mis en avant un trouble douloureux somatoforme associé à un syndrome antidépressif chronique (dos. AI 210/3). Le SMR, par son psychologue spécialisé en psychothérapie, a considéré, dans un rapport du 2 août 2021, que l'écrit du 7 juillet 2021 ne modifiait en rien l'appréciation médicale ainsi que le profil d'exigibilité qui fondaient la décision du 11 mai 2021 (dos. TA). Finalement, tant le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur que le spécialiste en médecine interne du SMR ont jugé, dans des rapports du 2 août 2021, que la prise de position du généraliste traitant ne modifiait pas l'appréciation médicale qui résultait de l'expertise pluridisciplinaire du 6 juillet 2020 (dos. TA).

5.

D'emblée, il convient de relever que la décision attaquée nie le droit du recourant à toutes prestations de l'AI. La période couverte par cette

décision, s'agissant d'un éventuel droit à une rente, court du 1^{er} juin 2019 (nouvelle demande déposée en décembre 2018 auprès d'un office postal [le dépôt postal constituant l'acte déterminant la date de l'exercice du droit aux prestations; UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 2020, art. 29 n. 37ss; voir art. 29 al. 1 et 3 LAI) au 11 mai 2021, date du prononcé contesté. L'Office AI Berne étant entré en matière sur cette demande, il s'agit d'examiner si l'instruction matérielle du dossier permet de constater, au degré de la vraisemblance prépondérante (niveau de preuve exigé de façon générale en droit des assurances sociales: ATF 144 V 427 c. 3.2), la modification notable du degré d'invalidité telle qu'invoquée par le recourant, depuis le 27 mars 2015 (date du précédent refus de prestations, soit la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente; voir ATF 133 V 108 c. 5.4). Le cas échéant, il conviendra de déterminer si le recourant a présenté un degré d'invalidité suffisant pendant la période en cause pour ouvrir un droit à des prestations AI (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1).

6.

6.1 Il s'agit tout d'abord d'examiner la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 6 juillet 2020, sur laquelle s'est fondé l'Office AI Berne pour rendre la décision attaquée.

6.2 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).

6.3 L'expertise pluridisciplinaire comprend une appréciation générale interdisciplinaire (expertise consensuelle) du 6 juillet 2020 synthétisant le

résultat d'examens sur les plans de la rhumatologie, de la psychiatrie, de la médecine interne et de la neurologie ainsi que les rapports ou résultats partiels relatifs à ces investigations spécialisées (dos. AI 189.1/14). Elle s'appuie sur le résultat des examens personnels spécialisés complets de l'assuré, prenant en considération tous les avis médicaux antérieurs. Elle s'inscrit par ailleurs dans un contexte médical défini que les experts ont veillé à rendre aussi concret et exact que possible en établissant une anamnèse complète (personnelle, familiale, biographique, professionnelle, financière ou encore médicale). Elle prend en compte les plaintes subjectives de l'assuré. Les observations émises dans ce contexte, discutées et étayées, ont ensuite été intégrées dans l'évaluation finale pluridisciplinaire à laquelle ont procédé les experts, dont rien ne permet de douter des qualifications. Les conclusions de ces derniers ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Elles répondent ainsi aux exigences formelles posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (voir c. 6.2 ci-dessus).

6.4 Sur le plan matériel, l'expertise pluridisciplinaire apparaît également convaincante.

6.4.1 D'un point de vue somatique d'abord, les experts en neurologie, en médecine interne et en rhumatologie ont recensé les plaintes de l'assuré et leur ont cherché d'éventuelles causes objectives et ce, bien qu'ils aient mis en évidence un comportement douloureux caricatural ainsi que des signes de majoration (dos. AI 189.1/11; 189.4/4). A cet égard, face aux plaintes inchangées de l'assuré quant à une symptomatologie polymorphe du membre du rachis cervical et lombaire ainsi que du membre inférieur droit depuis les dernières investigations radiologiques de 2014, les experts ont minutieusement procédé à de nouveaux examens radiographiques qui leur ont permis de mettre en évidence de façon convaincante des lésions dégénératives discrètes, banales pour l'âge de l'assuré (dos. AI 189.1/14). En particulier, d'un point de vue neurologique, le spécialiste dans cette discipline n'a pas observé d'anomalie significative et pas de syndrome radiculaire ni aux membres supérieurs ni aux membres inférieurs (dos. AI

189.4/3 et 189.4/4). Compte tenu des lésions constatées, les experts ont logiquement retenu les diagnostics de lombosciatalgies présentes depuis 1993 et cervicalgies sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré (dos. AI 189.1/14). Par soucis de complétude, l'expert en neurologie a encore souligné la présence de signes de polyneuropathie, soit des réflexes tendineux hypovifs aux membres inférieurs et de hypopallesthésie malléolaire, traduisant selon lui une polyneuropathie sous-jacente d'origine diabétique, tout en précisant que celle-ci n'avait pas de répercussion clinique subjective (dos. AI 189.4/4). Se ralliant aux conclusions du spécialiste en neurologie sur ce dernier point, l'expert en médecine interne a néanmoins recommandé une surveillance rapprochée du diabète. A ce titre, il a tenu compte de l'adjonction du traitement de gliclazide (s'agissant du diabète) et du risque d'hypoglycémie que celui-ci était susceptible d'induire, pour retenir une limitation fonctionnelle sous la forme d'une nécessité d'avoir des horaires réguliers et d'éviter le travail en hauteur (échelles, échafaudages; dos. AI 189.3/11). Toujours dans le contexte du diabète, l'expert en médecine interne a veillé à prendre en considération l'éventuelle évolution de ce trouble puisqu'il a précisé que si celui-ci devenait insulino-dépendant, il conviendrait de retenir une diminution de rendement de 10% en lien avec la nécessité de pauses pour des autocontrôles glycémiques (dos. AI 189.3/11). Quant aux autres diagnostics somatiques, ils résultent également d'un examen clinique sur le plan de la médecine interne ainsi que d'une analyse méticuleuse du dossier médico-asséculo-logique. C'est ainsi de façon convaincante que le spécialiste en médecine interne a considéré que l'hypertension artérielle, le reflux gastro-œsophagien, le prostatisme et la dyslipidémie étaient sous contrôle par la prise de médicaments. Par conséquent, sur le plan purement somatique, la capacité de travail entière, sans diminution de rendement qui en résulte est pleinement probante et n'est pas remise en cause par d'autres avis médicaux au dossier. A ce titre, le rapport du 5 octobre 2020 déposé à l'appui des objections du recourant (dos. AI 198/2) n'apporte aucun élément sur le plan somatique qui n'aurait pas été examiné par les experts, ce qui a par ailleurs été confirmé par le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur du SMR le 6 mai 2021 (dos. AI 201.1).

6.4.2 Sur le plan psychiatrique, l'expert a tout d'abord énuméré les éléments en faveur du diagnostic de syndrome dépressif de degré léger (CIM-10 F32.0). Il a donc observé chez le recourant une baisse de l'humeur et des ruminations mentales centrées sur diverses affections somatiques. Il a en outre nié la présence d'un ralentissement important de la pensée, d'une diminution de la capacité de se concentrer, d'une perte de l'envie de faire quoi que ce soit et d'une incapacité de prendre des décisions, éléments qui auraient justifié selon lui de retenir le diagnostic de syndrome dépressif de degré grave (dos. AI 189.2/8). Par ailleurs, se ralliant aux conclusions de l'expert psychiatre mandaté en août 2014 (voir c. 4.2 ci-dessus), le spécialiste en psychiatrie a estimé que le syndrome dépressif serait plus marqué sans le traitement médicamenteux, traitement jugé toutefois admissible.

6.4.3 S'agissant des autres diagnostics discutés par l'expert, celui-ci a scrupuleusement motivé les raisons qui l'ont conduit à se distancier des diagnostics de trouble douloureux somatoforme (CIM-10 F45.4) et de trouble hypocondriaque (CIM-10 F45.2), pourtant retenus par l'expert psychiatre en avril 2005 (voir c. 4.1 ci-dessus). C'est ainsi qu'il a expliqué que chez l'assuré, l'idéation d'allure hypocondriaque s'inscrivait avant tout dans l'humeur dépressive et n'était pas "cristallisée", ce qui empêchait de retenir le diagnostic de trouble hypocondriaque. Quant au trouble douloureux somatoforme, le spécialiste psychiatre a insisté sur le fait que l'attention de l'assuré était orientée vers la suppression de la rente d'invalidité en 2015 et non sur ses douleurs (dos. AI 189.2/8). Sur la base de cette constatation, c'est de manière probante que l'expert a noté l'absence de critère pour le diagnostic de trouble douloureux somatoforme. L'expert est d'autant plus convaincant qu'il a discuté en détail les appréciations médicales précédentes, en particulier celles des experts psychiatres consultés en 2005 et 2014 (voir c. 4.1 et 4.2 ci-dessus) ainsi que celle du psychiatre traitant dans son rapport du 19 novembre 2018 (voir c. 4.3.1 ci-dessus) avant d'écarter les diagnostics de trouble douloureux somatoforme et de trouble hypocondriaque. Ainsi, l'expert a jugé le rapport du psychiatre traitant incomplet au vu de l'absence de paragraphe relatif aux observations objectives, soit de status psychiatrique (dos. AI 189.2/3 et 189.2/9).

6.4.4 S'appuyant sur les précédentes expertises au dossier ainsi que sur ses propres observations, l'expert psychiatre a logiquement retenu que la symptomatologie proprement psychiatrique était stable depuis la dernière analyse en 2014. Par conséquent, il a indiqué n'avoir pas mis en évidence suffisamment de symptômes de la lignée dépressive qui justifieraient une incapacité de travail durable au sens de l'AI. La fixation de la capacité de travail résulte de l'analyse détaillée et méticuleuse des limitations fonctionnelles psychiques. Les résultats de cet examen sont logiques, compréhensibles et convaincants.

6.4.5 Les derniers éléments médicaux au dossier ne permettent pas de remettre en cause la valeur probante de l'expertise du 6 juillet 2020, à mesure que les experts avaient déjà pris connaissance des rapports médicaux déposés à l'appui du recours (rapport du 19 novembre 2018 du psychiatre traitant, rapport du 24 septembre 2018 du généraliste traitant; voir dos. TA). En particulier et ainsi que cela ressort de ce qui précède, l'expert psychiatre a pris soin d'expliquer les raisons pour lesquelles il se distancie du diagnostic de trouble douloureux somatoforme posé par les psychiatre et généraliste traitants (voir c. 6.4.3 ci-dessus). Quant au rapport du 7 juillet 2021 adressé au TA par le généraliste traitant, il n'est pas suffisant pour remettre en cause la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 6 juillet 2020. En effet, comme le relèvent également les spécialistes du SMR dans leurs rapports du 2 août 2021 (c. 4.3.6 ci-dessus), le généraliste se contente de décrire en substance l'incompréhension de l'assuré suite à la décision de suppression de rente en 2015 et le sentiment d'injustice qui s'en est suivi (dos. TA). Or, cet environnement social a également été pris en considération et discuté par l'expert psychiatre dans son évaluation de la maladie. C'est ainsi que ce dernier a mentionné que le mécontentement, le sentiment d'humiliation et de traitement d'injustice s'était intensifié depuis la décision de suppression de la rente d'invalidité en mars 2015. En dépit de ce constat, il a indiqué que l'atteinte à la santé, telle que décrite dans son expertise, était, sur le plan purement psychiatrique, parfaitement stationnaire (dos. AI 189.2/10). Pour le surplus, aucun des médecins de l'assuré n'a fait état de diagnostics à proprement parler nouveaux, postérieurs aux investigations pluridisciplinaires du 6 juillet 2020.

6.4.6 Au vu du développement ci-avant, pleine valeur probante doit être reconnue à l'expertise pluridisciplinaire du 6 juillet 2020. Il y a donc lieu d'admettre, comme l'ont attesté les experts, que le recourant ne présente aucune incapacité de travail sur le plan somatique ou psychiatrique, y compris dans la dernière profession exercée (monteur-électronicien). La seule limitation fonctionnelle consiste en la nécessité d'avoir des horaires réguliers et d'éviter le travail en hauteur (échelles, échafaudages; dos. AI 189.1/17). Lorsque les revenus de valide et d'invalidé doivent être calculés à partir du même salaire statistique, le degré d'invalidité correspond alors au degré de l'incapacité de travail sous réserve d'un éventuel abattement sur le salaire statistique (SVR 2018 UV n° 29 c. 5.2). En l'espèce, c'est ainsi à bon droit que l'intimé a conclu à un degré d'invalidité de 0%, puisque, médicalement et selon les experts, le recourant est en mesure de réintégrer son ancien poste de travail. Cela vaut même si l'activité exigible doit dorénavant tenir compte des limitations énumérées dans le profil d'exigibilité susmentionné, ces restrictions laissant encore un choix suffisant d'emplois adaptés sur le marché du travail équilibré qui entre en considération.

6.4.7 On doit donc retenir, à l'instar de l'intimé dans sa décision litigieuse du 11 mai 2021, que l'atteinte à la santé et ses répercussions sur la capacité de travail sont pour l'essentiel demeurées inchangées depuis la décision du 27 mars 2015 qui supprimait le droit de l'assuré à une rente d'invalidité compte tenu de l'absence de diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail et, partant, d'une atteinte à la santé invalidante. C'est dès lors à bon droit que l'Office AI Berne a rejeté la nouvelle demande de prestations AI de l'assuré.

7.

Quant aux différents reproches que l'assuré a formulés à l'encontre de l'experte en neurochirurgie à l'origine de l'expertise du 27 juin 2014, ils tombent à faux. En effet, il a été admis ci-dessus (voir c. 6.4.7 ci-dessus) que la situation du recourant à la date de la décision litigieuse ne s'était pas modifiée de façon notable depuis la décision de refus de prestations du 27

mars 2015. Or, ce n'est que lorsqu'une modification notable de l'état de fait est donnée que 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). Tel n'est pas le cas ici, de sorte que le TA n'a pas à examiner la valeur probante de l'expertise du 27 juin 2014 sur laquelle s'est notamment fondé l'Office AI Berne pour supprimer le droit du recourant à une rente d'invalidité dans sa décision du 27 mars 2015. Ledit prononcé n'a pas été contesté selon les voies de droit ordinaires et est dès lors entré en force. Tant le contenu de la décision du 27 mars 2015 (que le recourant juge injuste) que la valeur probante de l'expertise du 27 juin 2014 sur laquelle s'est notamment fondé l'Office AI Berne pour rendre ladite décision de suppression de rente ne sauraient être remis en cause ici. Il en va donc de même des conditions légales posées au réexamen des rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique et examinées dans la décision du 27 mars 2015. Les griefs du recourant sur ces points sont infondés.

Finalement, il convient de mentionner qu'une situation financière précaire, aussi pénible et regrettable soit-elle pour la personne assurée, ne constitue pas un critère susceptible d'intervenir dans l'évaluation du degré d'invalidité.

8.

8.1 Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et doit être rejeté.

8.2 Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent être mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI) et sont compensés par l'avance de frais fournie.

9.3 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):
 - au recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

La greffière:

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).