

200.2021.857/858.AI

N° AVS
NIG/EGC

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

Jugement du 2 avril 2022

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
A.-F. Boillat et M. Moeckli, juges
G. Niederer, greffier

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

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

relatif à deux décisions de ces derniers des 17 et 18 novembre 2021
(refus de mesures professionnelles/refus de rente d'invalidité)



En fait:

A.

A. _____, né en 1967, marié, père de deux enfants majeurs, aux études, est entré en Suisse en 1990. Sans formation, il a bénéficié du soutien de l'assurance-chômage, puis des services sociaux, dès 2003. Par un formulaire du 18 mars 2004 et en se prévalant de douleurs à la colonne cervicale, présentes depuis deux ans, il a déposé une première demande de prestations (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office AI Berne. Celui-ci a nié tout droit à une rente le 31 janvier 2005, sur la base d'une expertise neurologique et psychiatrique.

B.

Le 7 janvier 2008, l'assuré a sollicité une nouvelle fois l'Office AI Berne par une demande de prestations, en mentionnant souffrir d'une hernie discale cervicale, de dépression, de troubles du sommeil, d'un lombago chronique et de problèmes intestinaux. Se fondant sur une expertise pluridisciplinaire (en médecine interne, rhumatologie, psychiatrie/psychothérapie, orthopédie et neurologie), l'Office AI Berne a exclu tout droit à des prestations, par décision du 5 avril 2012. Une troisième demande de prestations a alors été déposée par l'assuré, agissant par le service social, le 12 novembre 2012. Après avoir indiqué, dans une préorientation du 4 mars 2013, qu'il n'allait pas entrer en matière, l'Office AI Berne s'est vu remettre de nouveaux rapports médicaux, puis, au vu des objections de l'assuré, représenté par une avocate, contre cet acte, a requis des informations du service social et des rapports d'un centre de cardiologie, de la clinique de réadaptation cardio-vasculaire, d'un nouveau cardiologue, des médecins (internistes) traitants, d'un psychiatre/psychothérapeute et des services psychiatriques. En suivant l'avis du SMR, il a aussi diligencé une expertise pluridisciplinaire auprès du Centre d'Expertises Médicales (CEMed), en médecine interne, cardiologie, neurologie, oto-rhino-laryngologie (ORL) et psychiatrie/psychothérapie. Il a ensuite nié une nouvelle fois le droit à une rente, par décision du 9 août 2017, confirmant une préorientation du 13 janvier 2017.

C.

L'assuré, agissant par l'un de ses enfants et au moyen d'un formulaire du 23 décembre 2020 (reçu le 29 décembre 2020 par l'Office AI Berne) a déposé une quatrième demande de prestations, en se référant à une aggravation de l'état psychique, avec une hospitalisation psychiatrique. Une dépression sévère avec des symptômes psychotiques et une envie suicidaire a été rapportée, de même qu'un trouble du sommeil/de l'anxiété et une maladie cardiaque. Le service social a aussi produit un certificat du psychiatre/psychothérapeute traitant et une lettre de sortie du département "pôle santé mentale" d'un hôpital. L'Office AI Berne a alors actualisé le dossier par un rapport du dernier médecin traitant, qui a remis des avis du spécialiste en cardiologie, d'une nouvelle cardiologue, du psychiatre/psychothérapeute traitant et d'un neuropsychologue/logopédiste. Se fiant à un rapport du SMR, l'Office AI Berne a ensuite nié un droit à des mesures professionnelles le 17 novembre 2021, confirmant une préorientation du 5 octobre 2021. Il a aussi exclu un droit à une rente par acte du 18 novembre 2021, confirmant une préorientation du 29 septembre 2021, qui avait fait l'objet d'objections du nouvel avocat de l'assuré, le 12 octobre 2021.

D.

Le 10 décembre 2021, l'assuré, toujours représenté, a recouru contre la décision du 17 novembre 2021 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant, principalement, à son annulation, à l'octroi de mesures professionnelles et au renvoi du dossier à l'intimé pour leur mise en œuvre, de même que, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, le tout sous suite de frais et dépens, sous réserve des règles relatives à l'assistance judiciaire (procédure 200.2021.857). A cette date, il a aussi attaqué la décision du 18 novembre 2021, en concluant, sous suite de frais et dépens et sous réserve des règles relatives à l'assistance judiciaire, principalement, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec effet rétroactif au jour du dépôt de sa demande, de même que, subsidiairement, au renvoi de

la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision (procédure 200.2021.858). Avec ses recours, il a aussi remis une requête d'assistance judiciaire (avec désignation de son avocat comme mandataire d'office), qu'il a complétée le 21 décembre 2021. Dans ses réponses du 11 janvier 2022, l'intimé a conclu au rejet des recours. Le TA a joint les procédures en date du 13 janvier 2022 et le mandataire du recourant a produit sa note d'honoraires le 28 janvier 2022.

En droit:

1.

1.1 Les décisions des 17 et 18 novembre 2021 représentent l'objet de la contestation. Elles ressortissent au droit des assurances sociales et nient tout droit à des mesures professionnelles et à une rente. L'objet du litige porte, principalement, sur l'annulation de ces décisions ainsi que sur l'octroi de telles mesures et d'une rente entière d'invalidité, de même que, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Est surtout critiquée par le recourant l'appréciation de son état de santé par l'intimé, qui, en se basant sur l'expertise de 2016, jugée dépassée par l'intéressé, n'aurait ainsi pas tenu compte de l'aggravation de ses atteintes psychique et cardiaque.

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 La modification du 19 juin 2020 de la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Puisque, sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou au moment de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 146 V 364 c. 7.1, 144 V 210 c. 4.3.1) et que la décision attaquée date d'avant l'entrée en vigueur de cette modification, il faut examiner le droit à la rente selon les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

2.2 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).

2.3 Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Au sens de l'art. 8 al. 1^{bis} LAI, le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. La détermination des mesures tient notamment compte de l'âge de l'assuré

(let. a), de son niveau de développement (let. b), de ses aptitudes (let. c) et de la durée probable de la vie active (let. d).

2.4 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'anc. art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), 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.

2.5 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 LPGGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGGA, et en particulier 7 al. 2 LPGGA, 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; SVR 2020 IV n° 48 c. 8.1.1). 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). 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).

2.6 Lors de l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité échelonnée ou limitée dans le temps, les dispositions applicables à la révision s'appliquent par analogie, car dans un tel cas, une modification notable de la situation influençant le droit à la rente est intervenue encore avant le prononcé de la première décision de rente et doit conséquemment être prise en considération dans cette décision. En cas d'octroi rétroactif d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, les bases temporelles déterminantes pour la comparaison sont, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, le moment de la modification du droit, à fixer en fonction du délai de trois mois au sens de l'art. 88a du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201; ATF 133 V 263 c. 6.1; SVR 2020 IV n° 70 c. 4.2.2).

2.7 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 2021 IV n° 54 c. 2.3).

2.8 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 L'intimé a retenu, dans sa décision du 17 novembre 2021, qu'il résultait de ses investigations que le recourant n'avait pas droit à des mesures de réadaptation. Il a en particulier relevé que le faible niveau d'éducation et de formation ne permettait pas une mesure de reclassement. De plus, il a souligné que l'expertise du 16 (recte: 14) novembre 2016 avait abouti au constat que l'intéressé était en mesure d'exercer une activité adaptée à plein temps avec une diminution de rendement de 20%. En rappelant que la dernière demande de prestations du recourant avait déjà été rejetée pour cette raison par décision du 9 août 2017, l'intimé a conclu que l'état de santé ne s'était pas aggravé de manière significative et durable. Il a par conséquent confirmé le taux d'invalidité de 20%, qui avait été retenu lors de ce prononcé, sur la base d'une comparaison des revenus avec et sans invalidité, niant de ce fait tout droit à une rente. L'intimé a notamment rappelé que le SMR avait pris en compte l'avis des différents médecins traitants, dans sa prise de position du 6 mai 2021, qui aboutissait à la conclusion qu'il n'existait aucune divergence entre l'expertise de 2016 et l'état de santé actuel du recourant. Il a aussi rappelé que ce document avait mis en lumière des signes évidents de majoration des symptômes. Enfin, il a déclaré, s'agissant de l'âge du recourant, que ce dernier n'avait de toute manière plus travaillé depuis près de 20 ans et que son éloignement du marché du travail était dû à des facteurs extra-médicaux.

3.2 Le recourant fait quant à lui valoir que son état de santé s'est péjoré, surtout du point de vue psychique et cardiologique. Il rappelle qu'il souffre de cardiopathie ischémique, de discopathie cervicale, de céphalées, d'anxiété, d'insomnie, ainsi que de dépression. De plus, il souligne qu'il a subi plus de neuf interventions au niveau ORL, rénal, pour des hémorroïdes et pour une appendicectomie, insistant par ailleurs sur le fait qu'il est pris en charge sur le plan psychiatrique. Il critique ainsi l'expertise du 16 (recte: 14) novembre 2016, en indiquant qu'elle est dépassée, puisqu'elle a plus de cinq ans et qu'elle ne prend pas en compte les problèmes de santé qu'il a connus ultérieurement, soit notamment ceux ayant justifié une hospitalisation psychiatrique. Il rappelle qu'il subit de nombreuses limitations fonctionnelles, bénéficiant d'une mauvaise audition,

ne pouvant assumer des activités physiquement éprouvantes et n'ayant pas les ressources nécessaires pour supporter le stress ou intégrer une équipe. Il conclut dès lors qu'au vu des rapports versés au dossier, de son âge, de sa situation personnelle et du fait qu'il n'a plus exercé d'activité depuis de nombreuses années, il ne voit pas dans quel secteur d'activité il pourrait encore exercer, à tout le moins à temps plein. En revanche, il affirme être apte à travailler à 20% au moins et avance qu'il a droit à des mesures professionnelles lui permettant de rétablir sa capacité de gain dans certains secteurs d'activité.

4.

A titre liminaire, il est constaté que l'intimé est entré en matière sur la dernière demande du recourant, du 23 décembre 2020, après avoir notamment reçu le certificat médical du 11 décembre 2020 du psychiatre et psychothérapeute traitant (voir c. 5.4.2) et le rapport du département "pôle santé mentale" d'un hôpital régional, du 16 décembre 2020 (voir c. 5.4.3). Puisque cette question n'est pas litigieuse, le TA n'a dès lors pas à revoir cet aspect de la procédure et doit procéder à un examen matériel du cas d'espèce. Il convient donc d'examiner s'il existe une modification du degré d'invalidité depuis la décision du 9 août 2017. A ce stade, on mentionnera toutefois d'emblée qu'en tant que le recourant n'a pas attaqué cet acte, basé sur l'expertise de 2016 et rendu suite à un examen complet des faits médicaux pertinents et du taux d'invalidité (au moyen d'une comparaison des revenus entrant en ligne de compte), le recourant ne peut plus critiquer cette expertise (ATF 130 V 71 c. 3.2.3; sur le caractère actuel d'une expertise, voir: ATF 134 IV 246 c. 4.3; SVR 2018 IV n° 36 c. 3.2.3).

5.

Du dossier, il ressort les éléments médicaux principaux suivants.

5.1 Le refus de prestations prononcé le 31 janvier 2005 avait été basé sur une expertise neurologique du 23 août 2004 et sur une expertise

psychiatrique reçue le 28 décembre 2004. A l'issue de la première, le diagnostic de léger syndrome cervical, sans atteinte neurologique mais avec des douleurs dans tout le corps avait été posé. L'expert neurochirurgien n'avait constaté aucune restriction physique ou diminution du rendement. Il avait donc attesté une capacité de travail totale. L'expert psychiatre avait pour sa part retenu le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de troubles somatoformes (ch. F45.0 de la Classification statistique internationale des maladies et de problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé). Il avait écrit que la capacité de travail était limitée de 15%, sans diminution de rendement.

5.2 Le second refus de prestations du 5 avril 2012 avait été prononcé au vu des conclusions d'une expertise du 5 février 2009 d'un médecin interniste et rhumatologue, ainsi que d'un spécialiste en psychiatrie/psychothérapie. Cet acte avait aussi été rendu en suivant une expertise du 6 juillet 2011 (en médecine interne, psychiatrie/psychothérapie, orthopédie, neurologie et otoneurologie). Dans le premier écrit, le médecin interniste et rhumatologue avait principalement retenu les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant et de syndrome douloureux chronique. Il avait relevé que la capacité de travail était préservée, s'agissant d'une activité légère à moyennement éprouvante et permettant des changements de positions. L'expert psychiatre avait quant à lui posé les diagnostics de réaction dépressive, d'accentuation de certains traits de la personnalité (agressive/tendue) et d'intégration culturelle modérée avec compétences linguistiques manquantes (ch. F45.4, F43.21, Z73.1, Z55 et Z60.3 CIM-10). Il avait évalué la capacité de travail à 80-85%. De son côté, l'expertise du 6 juillet 2011 n'avait retenu aucun diagnostic impactant la capacité de travail. L'expert en médecine interne avait toutefois évoqué ceux d'hypertension artérielle variable, de surdité de transmission bilatérale et de status post-opération des oreilles en 1992/1994. L'expert neurologue avait posé les diagnostics de compression du nerf ulnaire dans le sillon gauche et de douleurs aux bras, plus marquées à gauche, sans signe de radiculopathie ou de myélopathie, en présence d'une discopathie en C3/4 à C5/6. L'expert en orthopédie avait retenu le diagnostic de hernie discale C3/4 et C5/6, sans signe de déficit neurologique. L'expert psychiatre avait posé celui de traits de la personnalité accentués (avec élément dissocial,

émotionnellement labile et narcissique; ch. F61.0 CIM-10). L'expertise avait ainsi conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité en milieu calme, peu stressant, avec des supérieurs compréhensifs et bienveillants.

5.3 Après la troisième demande de prestations, l'intimé a réuni les nouveaux documents suivants.

5.3.1 Le 18 mai 2012, un centre de cardiologie a posé le diagnostic principal de maladie coronarienne des trois vaisseaux et a aussi évoqué ceux (secondaires), de dépression chronique et de discopathie cervicale. Il a souligné qu'après une opération du 15 mai 2012 (à savoir une quadruple revascularisation du myocarde), le recourant avait séjourné en clinique de réadaptation cardio-vasculaire dès le 23 mai 2012. Dans son rapport du 25 juin 2012, celle-ci a confirmé le diagnostic principal du centre de cardiologie et indiqué que le recourant avait été pris en charge jusqu'au 12 juin 2012.

5.3.2 Par écrit du 6 mai 2013, les services psychiatriques d'un hôpital ont posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques. Ils ont rapporté que le recourant avait séjourné en milieu psychiatrique puis en atelier protégé, du 12 février au 26 avril 2013, après une dispute conjugale.

5.3.3 Le 22 août 2013, un médecin interniste a retenu les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) de status après une quadruple opération de bypass des artères coronaires, de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, de hernie discale cervicale C3/4 et C5/6, de syndrome douloureux lombo-spondylogène chronique et de syndrome d'apnée du sommeil. Ce médecin a précisé qu'en raison de l'ensemble des symptômes présents, le recourant n'était pas en mesure de travailler ou de suivre une mesure professionnelle, le pronostic étant par ailleurs mauvais.

5.3.4 Par écrit du 29 mars 2012 et à la suite d'une ergométrie du 28 mars 2012 (dossier [dos.] AI 119/32), un troisième spécialiste en cardiologie a surtout retenu le diagnostic d'ischémie du myocarde silencieux induit à l'effort. Il a relaté que le recourant souffrait de dyspnée à l'effort depuis quelques mois et qu'il présentait des douleurs pectangineuses importantes. Le 24 avril 2012, après une coronarographie

de la veille, il a toutefois retenu le diagnostic de maladie coronarienne des trois vaisseaux et a conseillé une intervention chirurgicale (revascularisation complète). Après cette opération, il a confirmé son diagnostic par écrit du 21 septembre 2012 et relevé que l'intéressé se plaignait de fatigue, d'intolérance à l'effort et de douleurs au sternum, ainsi qu'aux jambes. Ce spécialiste a répété son diagnostic le 4 septembre 2013, en soulignant que les douleurs au sternum persistaient, à l'inverse de la dyspnée (voir aussi dos. AI 134/2).

5.3.5 Une médecin traitante a produit un rapport le 6 décembre 2013. Elle y a retenu les diagnostics (avec répercussion sur la capacité de travail) de maladie coronarienne des trois vaisseaux et d'état dépressif majeur récurrent, de même que (sans effet sur la capacité de travail) d'apnée du sommeil et de discopathie cervicale. Elle a attesté une incapacité de travail à 100% dès le 14 août 2012 et précisé qu'aucune activité n'était possible.

5.3.6 Dans un envoi du 26 juillet 2014, un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie a communiqué que l'état de santé s'était aggravé. Il a posé le diagnostic de peur pour l'avenir, d'agitation intérieure, de dissociation, de difficultés à la concentration, de troubles du sommeil, de rapide irritabilité et de comportement impulsif, présents dès avril 2012. Quant aux limitations fonctionnelles, il a renvoyé à l'avis de la médecin traitante.

5.3.7 En suivant l'avis d'une psychiatre/psychothérapeute du SMR, du 29 septembre 2014, l'intimé a organisé une expertise pluridisciplinaire auprès du CEMed. Les experts ont délivré leurs conclusions le 14 novembre 2016. Seuls les experts psychiatre/psychothérapeute et neurologue ont posé un diagnostic impactant la capacité de travail. Ils ont en effet retenu celui de trouble de la personnalité sans précision (ch. F60.9 CIM-10), respectivement de hernie discale C3-C4/C5-C6 pouvant contre-indiquer une activité physiquement lourde et le port régulier de charges de plus de 10-15 kg. Ont en outre été cités les diagnostics de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission et de dysthymie (ch. 33.4 et F34.1 CIM-10), de maladie coronarienne de trois vaisseaux, de revascularisation chirurgicale, de diabète, de syndrome d'apnées du sommeil appareillé avec syndrome des jambes sans repos, de dyslipidémie, de séquelle d'otite moyenne chronique bilatérale avec surdité de transmission des deux côtés,

de déficit cochléo-vestibulaire droit, de probable discrète neuropathie ulnaire gauche au décours et de mouvements périodiques pernocturnes d'importance modérée à moyenne (le tout sans effet sur la capacité de travail). Une capacité de travail de 100% a été admise dans une activité adaptée, mais une diminution de rendement de 20% a en revanche été retenue, sur le plan psychique.

5.4 Après la quatrième demande de prestations, l'intimé a complété le dossier médical par les documents principaux suivants.

5.4.1 Une nouvelle cardiologue a établi un rapport le 15 avril 2019. Elle y a évoqué le diagnostic de maladie coronarienne des trois vaisseaux et écrit que le recourant ne présentait plus de douleurs sur le plan cardiaque, hormis à la pression, à gauche, mais de nature plutôt musculo-squelettiques et ne justifiant aucun examen. Elle a ajouté qu'une échocardiographie du même jour n'avait pas révélé d'anomalie et qu'une ergométrie ne permettait de tirer aucune conclusion (dos. AI 200/13 et 200/15). Des douleurs aux genoux ont aussi été rapportées mais nuancées, le recourant marchant une heure par jour sans douleurs.

5.4.2 Dans un certificat médical du 11 décembre 2020, le psychiatre et psychothérapeute traitant a fait état d'une décompensation de l'état de santé psychique, avec l'apparition d'idées suicidaires ayant justifié une prise en charge psychiatrique. Il a ajouté que durant celle-ci, le diagnostic de légère diminution de l'intelligence avait nouvellement été retenu, de même que celui de disfonctionnement de la neuro-cognitivité. Le 25 février 2021, il a retenu les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) de grave épisode dépressif sans symptômes psychotiques mais avec idées suicidaires (ch. F32.2 CIM-10), de légère diminution de l'intelligence (ch. F70 CIM-10), de trouble de la personnalité combiné (ch. F61 CIM-10), de léger trouble cognitif (ch. F60.7 CIM-10), de modification durable de la personnalité après une surcharge extrême (ch. F62.0 CIM-10) et de douleurs chroniques à la nuque, aux bras et au dos. Une incapacité de travail à 100% a été attestée dès 2006.

5.4.3 Le 16 décembre 2020, à la suite d'une hospitalisation du 27 octobre au 17 novembre 2020, le département "pôle santé mentale" a posé les

diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (ch. F32.2 CIM-10), de trouble anxieux et dépressif mixte (ch. F41.2 CIM-10), d'accentuation de certains traits de la personnalité (ch. F73.1 CIM-10), de trouble cognitif léger (ch. F06.7 CIM-10), ainsi que de léger retard mental (diagnostic différentiel; ch. F70 CIM-10). Il apparaît de ce rapport que la prise en charge est intervenue dans le contexte d'une procédure liée au permis de séjour du recourant, assortie d'une menace de renvoi de Suisse (voir également dos. AI 185). Des idées suicidaires ont été évoquées, ainsi qu'une tristesse, une fatigue, une perturbation du sommeil et de l'appétit, l'humeur étant anxieuse et moyennement dépressive.

5.4.4 A la suite de l'hospitalisation psychiatrique, un neuropsychologue et logopédiste s'est prononcé le 30 novembre 2020. Il a indiqué avoir constaté une irritabilité et des comportements oppositionnels, de même que des signes évidents de majoration des symptômes. Il a par conséquent conclu qu'il n'était pas possible de retenir objectivement des troubles cognitifs authentiques. Toutefois, le diagnostic de "malingering" (soit une majoration consciente; dos. AI 199/3) de dysfonctionnement neuro-cognitif a été posé. Le degré de gravité de ce trouble n'a cependant pas pu être évalué, de même que les éventuelles limitations associées à cette atteinte.

5.4.5 Le dernier médecin traitant consulté a mentionné le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de dépression (ch. F33 CIM-10) dans un écrit du 3 mars 2021, en rapportant la présence d'un état dépressif, anxieux et insomniaque. En outre, il a évoqué les diagnostics (sans incidence sur la capacité de travail) de cardiopathie ischémique et de discopathie cervicale. Il n'a pas attesté d'incapacité de travail et a renvoyé à ce propos à l'avis du psychiatre/psychothérapeute traitant.

5.4.6 Un spécialiste en médecine psychosomatique et en psychothérapie du SMR s'est prononcé le 6 mai 2021. Il a expliqué qu'il pouvait être admis que l'état de santé psychique s'était détérioré en 2020. Il a toutefois précisé que cette aggravation n'avait été que passagère et que l'état de santé s'était stabilisé depuis l'hospitalisation du 27 octobre au 17 novembre 2020. Il a souligné que les troubles cognitifs apparus durant le séjour en milieu psychiatrique n'avaient pas pu être objectivés (tout comme le léger retard mental), du fait des réponses fortement biaisées de l'intéressé lors des

tests neurocognitifs. Il a donc retenu que ces légers troubles devaient être mis en lien avec la symptomatique dépressive, qui était alors au premier plan. Le spécialiste du SMR a conclu qu'il n'y avait donc pas de divergence entre la dernière expertise de 2016 et les nouveaux constats médicaux.

6.

Il convient d'examiner la valeur probante du rapport du SMR du 6 mai 2021, sur lequel l'intimé a fondé ses décisions des 17/18 novembre 2021.

6.1 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).

6.2 Les rapports du SMR (art. 49 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPG. 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).

6.3 Du point de vue formel, force est de constater que le rapport du SMR du 6 mai 2021 a été établi en pleine connaissance du dossier. Il s'appuie en effet surtout sur l'expertise du 14 novembre 2016, qui décrit le contexte médical de façon compréhensible et tient compte des avis des médecins et des différents spécialistes consultés (dos. AI 165.1/2 s. et 165.1/7-18). S'il est vrai que cette expertise n'a pas pu prendre en compte les rapports produits dans l'intervalle, il n'en reste pas moins que ces documents ont en revanche été examinés en détail par le médecin du SMR. L'écrit du 6 mai 2021 repose ainsi sur une étude fouillée des points litigieux importants et prend en compte les plaintes du recourant. Par ailleurs, selon la jurisprudence, quelle que soit sa spécialisation, un médecin est en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère (TF 9C_238/2019 du 17 mai 2019 c. 4.2). De ce fait, il n'est rien non plus à redire au fait que le médecin du SMR est spécialisé en médecine psychosomatique et psychothérapie. Par conséquent, sur le plan formel, le rapport du SMR du 6 mai 2021 satisfait aux conditions jurisprudentielles relatives à la force probante de tels documents.

6.4

6.4.1 Sur le plan matériel, on peut d'abord constater que le spécialiste du SMR a relevé que le rapport de la dernière cardiologue consultée, du 15 avril 2019, ne faisait que répéter le diagnostic de maladie coronarienne des trois vaisseaux. Cette atteinte, décelée en 2012 (voir c. 5.3.1), avait en effet déjà été évoquée à l'issue de l'expertise du 14 novembre 2016 (dos. AI 165.1/41). Le spécialiste du SMR a en outre signalé que la cardiologue n'avait plus observé d'atteinte significative, hormis une légère limitation de la fonction du ventricule droit et une faible insuffisance des oreillettes. Il a de plus souligné qu'aucun examen supplémentaire n'avait été prévu et que la situation avait été jugée compensée, seules des douleurs musculo-squelettiques étant rapportées (dos. AI 200/10). Dans l'expertise de 2016, ces douleurs avaient toutefois aussi été observées et l'expert cardiologue avait également fait état d'un léger souffle systolique (dos. AI 165.1/28), avant de conclure que les plaintes du recourant étaient atypiques, sous l'angle cardiologique, qu'il n'y avait pas d'argument pour valider une souffrance myocardique et que les symptômes ne paraissaient pas avoir varié depuis plusieurs années (dos. AI 165.1/37). On ne voit donc rien à redire au fait que le spécialiste du SMR a conclu que l'avis de la cardiologue n'apportait pas d'élément nouveau, par rapport à l'expertise de 2016.

6.4.2 Quant à la lettre de sortie du "pôle santé mentale" du 16 décembre 2020, le spécialiste du SMR a retenu qu'elle concluait de façon convaincante au diagnostic de trouble dépressif sévère. En effet, même si la plupart des constatations mentionnées dans cet écrit (notamment des idées suicidaires, une tension prononcée, un important retrait social, un moral affaibli, mais pas de signe en faveur d'une symptomatologie psychotique) avaient déjà été observées durant l'expertise de 2016 (dos. AI 165.1/21 s. et 165.1/29 s.), il a ajouté qu'une altération de la perception de l'orientation temporelle, de la situation, de l'attention et de la concentration avait en outre été observée, au moment de l'admission en milieu psychiatrique (dos. AI 203/6). De même, alors que l'expertise avait aussi révélé une humeur dépressive, mais nié tout signe de tristesse et de pleurs au cours de l'examen (dos. AI 165.1/29 s.), le spécialiste du SMR a

en revanche noté que la prise en charge au "pôle santé mentale" était intervenue en raison d'une forte symptomatique dépressive. Néanmoins, on comprend également sans difficulté que ce spécialiste a pris en considération que l'hospitalisation avait permis de stabiliser rapidement l'état de santé psychique (par une thérapie multimodale et médicamenteuse; dos. AI 203/3). Partant, c'est aussi de manière probante que le SMR a conclu que le rapport 16 décembre 2020 n'illustre en réalité qu'une passagère aggravation de l'état psychique, tel qu'il avait été décrit dans le rapport d'expertise de novembre 2016, et que seule la dysthymie diagnostiquée au terme de cet examen pouvait encore être attestée, à la suite du séjour en milieu psychiatrique.

6.4.3 C'est aussi de façon logique que le spécialiste du SMR a conclu que le rapport du psychiatre/psychothérapeute traitant, du 25 février 2021, ne remettait pas non plus en cause la pertinence des conclusions de l'expertise. En effet, il a relevé que l'avis du psychiatre et psychothérapeute n'était pas motivé, que ce soit quant aux diagnostics retenus, de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et de trouble de la personnalité combiné (diagnostics qui avaient à l'inverse été discutés en 2016; dos. AI 165.1/39 s.), mais aussi en tant qu'une incapacité de travail à 100% avait été retenue par ce thérapeute, en contradiction avec l'expertise pluridisciplinaire de 2016. Le spécialiste du SMR a ajouté que ce médecin n'avait pas non plus discuté de l'amélioration observée après la prise en charge au "pôle santé mentale", ni de la remarque du neuropsychologue, qui avait observé des signes évidents de majoration des symptômes (voir c. 5.4.4). Le SMR a en outre expliqué à juste titre que l'évaluation de la capacité de travail du psychiatre/psychothérapeute (soit une incapacité de travail à 100% depuis 2016; voir dos. AI 199/1), était peu conciliable avec l'assertion de ce dernier, selon qui l'état de santé se serait tout de même durablement détérioré. De surcroît, s'agissant du diagnostic de légère diminution de l'intelligence, également évoqué par le psychiatre et psychothérapeute traitant, c'est encore de façon compréhensible que le spécialiste du SMR a renvoyé au contenu du rapport du neuropsychologue, du 23 (recte: 30) novembre 2020. En effet, il résulte de ce document qu'en dépit de la volonté consciente du recourant de majorer ses troubles, en donnant de

mauvaises réponses au test, il pouvait être exclu, à tout le moins au degré de la vraisemblance prépondérante (degré de preuve usuel en droit des assurances sociales; ATF 144 V 427 c. 3.2, 138 V 218 c. 6), que le QI de l'intéressé soit inférieur à 70. Par conséquent, le diagnostic de retard mental ne pouvait entrer en ligne de compte, d'après le neuropsychologue (dos. AI 199/3). C'est d'ailleurs sur la base de ce même rapport, que le SMR a signalé que même si une atteinte cognitive légère ne pouvait être exclue, aucun indice en ce sens n'avait pour autant pu être objectivé (dos. AI 199/7), si bien que cette problématique devait être mise en lien avec la symptomatologie dépressive (dos. AI 203/5). Cette conclusion est du reste d'autant moins critiquable, que le spécialiste du SMR a correctement rappelé que l'expertise de 2016 avait aussi porté sur les fonctions cognitives du recourant et qu'elle n'avait pas non plus révélé d'indice en faveur d'un problème sur le plan cognitif (voir dos. AI 165.1/30). En conséquence, c'est donc aussi de manière cohérente que le SMR a en définitive retenu que le rapport du psychiatre et psychothérapeute traitant ne remettait pas en cause les conclusions issues de l'expertise pluridisciplinaire de 2016.

6.4.4 Au vu de tout ce qui précède, force est d'admettre que, même s'il s'avère certes succinct, le rapport du SMR du 6 mai 2021 aboutit à des conclusions cohérentes, convaincantes et exemptes de contradictions, si bien qu'il faut lui accorder une pleine valeur probante. Les différents rapports médicaux produits par le recourant depuis la production de l'expertise du 14 novembre 2016 ne sont dès lors pas de nature à établir, au degré de preuve requis, une modification de l'état de santé depuis cette dernière appréciation. Il doit donc encore être admis que, dans une activité adaptée, le recourant est capable d'assumer un emploi à 100% avec une diminution de rendement de 20% (dos. AI 165.1/42).

7.

7.1 Reste à examiner le taux d'invalidité du recourant. A ce sujet, l'intimé s'est limité à renvoyer à la dernière décision entrée en force, du 9 août 2017, dans laquelle le taux d'invalidité avait été arrêté selon la

méthode générale de comparaison des revenus (voir à ce sujet: ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b; SVR 2019 BVG n° 16 c. 4.4.2). Le taux d'invalidité avait alors été calculé en comparant les revenus que le recourant aurait pu percevoir avec et sans atteinte à la santé. Ceux-ci avaient en l'occurrence été arrêtés sur la base des chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS; les tables statistiques de salaires, d'indexation et de durée normale de travail dans les entreprises sont accessibles à partir du site internet de l'OFS; voir ATF 145 V 141 c. 5.2.1, 134 V 322 c. 4.1). Au cas particulier, l'utilisation des données de l'ESS peut également être confirmée. En effet, le recourant n'a plus exercé d'activité lucrative depuis début 2003 (voir ATF 143 V 295 c. 2.2, s'agissant du revenu d'invalidité). De plus, son dernier emploi s'est inscrit dans le contexte d'une mesure de réinsertion organisée par le service social l'ayant pris en charge et celle-ci n'a été que de courte durée (dos. AI 8, 10 et 13). Les revenus documentés au dossier ne permettent donc pas une évaluation fiable du revenu sans invalidité. Enfin, il faut signaler que tant pour le revenu de valide que pour celui d'invalidité, l'intimé a correctement indexé les montants en cause, soit à l'année à laquelle le droit à la rente aurait pu prendre naissance (ATF 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222). Il s'ensuit qu'à mesure où les bases de calcul des revenus sont identiques, le résultat de la comparaison n'est en réalité influencé que par la diminution du rendement de 20%, attestée par les experts (voir dos. AI 165.1/44). Il ne se justifie donc pas de procéder à une comparaison des revenus avec les tables actuelles. Il apparaît en effet d'emblée que celle-ci aboutirait à un taux de 20%, insuffisant pour ouvrir un droit à une rente.

7.2 C'est le lieu de souligner qu'en tant que le recourant se réfère au marché du travail équilibré (sur cette notion: ATF 138 V 457 c. 3.1; SVR 2019 IV n° 21 c. 4.2), en soutenant qu'on ne peut exiger de lui qu'il y exerce un emploi, compte tenu de ses atteintes à la santé, de son âge, de sa situation personnelle et du fait qu'il n'a plus travaillé depuis de longues années, il ne peut être suivi (art. 7 du recours, dans la procédure 200.2021.858). En effet, même si ces éléments constituent des facteurs étrangers à l'AI et qu'ils peuvent néanmoins conduire à ce que la capacité de gain encore reconnue ne soit plus recherchée sur un marché du travail équilibré et à ce que sa mise à profit ne soit plus exigible de cette

personne, même en vertu de son obligation de se réadapter personnellement (ATF 138 V 457 c. 3.1), tel n'est pas le cas dans la présente cause. Le recourant, qui a 55 ans, n'a de loin pas atteint l'âge à partir duquel le TF envisage, d'après les circonstances, l'éventualité qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail équilibré (ce qui est le cas dès 60 ans environ; ATF 145 V 2 c. 5.3.1 et 5.3.2; TF 9C_427/2010 du 14 juillet 2010 c. 2.5, 9C_918/2008 du 28 mai 2009 c. 4.2.2). De plus, le profil d'exigibilité retenu (qui exclut surtout les travaux lourds, stressants et en équipe) permet bon nombre d'activités (de gardiennage, de surveillance, de nettoyage, de montage ou de tri, le recourant ayant du reste déjà assumé ce type d'activités; dos. AI 165.1/25). Celles-ci ne nécessitent d'ailleurs pas d'expérience ou de formation particulière. Ainsi, on ne peut conclure qu'il n'existe pas de place de travail correspondant au profil d'exigibilité sur un marché du travail équilibré.

8.

Il sied enfin examiner la question du droit à des mesures professionnelles.

8.1 Contrairement à ce qui prévaut en matière de droit à la rente (art. 28 al. 1 LAI), la loi ne définit pas de degré d'invalidité minimal donnant droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel (ATF 116 V 80 c. 6a). Les conditions générales de l'art. 8 al. 1 LAI doivent toutefois être réalisées (voir c. 2.3). Une mesure de réadaptation doit ainsi, outre les exigences de l'aptitude et de la nécessité expressément formulées dans cette disposition légale, satisfaire à celle de l'adéquation (proportionnalité au sens étroit) en tant que troisième aspect du principe de la proportionnalité. En conséquence, elle doit être proportionnée à l'objectif d'intégration souhaité en tenant compte de la situation en fait et en droit dans chaque cas individuel. Concernant l'adéquation, quatre aspects peuvent être distingués, à savoir l'adéquation matérielle, temporelle, financière et personnelle. En ce sens, la mesure doit tout d'abord pouvoir démontrer un certain degré d'efficacité du point de vue de la réadaptation; le succès escompté doit en outre être d'une certaine durée; il faut ensuite que le

bénéfice attendu soit dans un rapport raisonnable avec les coûts de la mesure de réadaptation envisagée; finalement, la mesure doit s'avérer supportable pour la personne concernée (ATF 142 V 523 c. 2.3). Un devoir de prestations de l'AI en matière de mesure de réhabilitation, indépendant d'une possibilité de réinsertion dans la vie active ou dans les travaux habituels spécifiques, n'existe que dans les cas prévus à l'art. 8 al. 2 et 2^{bis} LAI. La LAI ne couvre pas une réhabilitation sociale spécifique (ATF 108 V 210 c. 2; RCC 1992 p. 386 c. 2b).

8.2

8.2.1 En l'espèce, le recourant ne convainc pas, s'agissant des motifs qu'il fait valoir en lien avec l'octroi de mesures professionnelles et de l'appréciation de ses capacités à se prêter à celles-ci (ce qu'a aussi indiqué l'intimé; ch. 4 de la réponse, dans la procédure 200.2021.857). Il se limite à indiquer qu'il attend de ces mesures qu'elles l'aident à se réinsérer dans le circuit professionnel et à exercer une activité lucrative, mais affirme également dans son recours, tout d'abord, qu'il n'est plus capable d'exercer une activité lucrative depuis de très longues années, puis qu'il ne peut plus assumer un emploi "à tout le moins totalement", avant de déclarer enfin qu'on ne peut exiger de lui qu'il reprenne l'exercice d'une activité professionnelle. Il relève en outre qu'il ne voit pas dans quel domaine d'activité il pourrait travailler, mais désire pouvoir bénéficier de mesures professionnelles afin de rétablir sa capacité de gain "dans certains secteurs d'activité" (art. 4 du recours, dans la procédure 200.2021.857). Ainsi, non seulement il n'est pas évident que le recourant ait une véritable volonté de se réadapter (voir toutefois à ce sujet: TF 8C_611/2018 du 7 janvier 2019 c. 6.1, 9C_59/2017 du 21 juin 2017 c. 3.3). Quoi qu'il en soit, il est difficile de définir quelle mesure pourrait entrer en ligne de compte. En effet, le recourant a 55 ans et ne bénéficie d'aucune formation professionnelle. Il n'a accompli que cinq ans d'école obligatoire dans son pays d'origine, ne maîtrise ni le français, ni l'allemand, ne possède pas le permis de conduire et ne sait pas se servir d'un ordinateur. D'après l'expertise de 2016, les tâches administratives sont ainsi toutes assumées par son épouse (dos. AI 165.1/24 s.). De surcroît, il résulte de l'expertise qu'en raison de ses

atteintes sur le plan ORL, l'assuré est sujet à des difficultés d'apprentissage des langues et en matière de communication (dos. AI 165.1/36).

8.2.2 Au regard du dossier, on peut ainsi d'emblée exclure les mesures évoquées à l'art. 8 al. 2, 2^{bis} et 3 let. a et d LAI (mesures médicales, pour le traitement des infirmités congénitales, moyens auxiliaires, ainsi que perfectionnement). Le taux d'invalidité étant de 20% (voir c. 7), des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle n'entrent pas non plus en considération (art. 14a al. 1 LAI). Quant aux mesures d'ordre professionnel, on peut d'abord relever qu'une mesure d'orientation (art. 15 LAI) n'est pas indiquée. En effet, le recourant a toujours travaillé en qualité d'ouvrier (notamment pour le tri de pièces de montres et de tissus, de même que pour la réception de paquets; dos. AI 165.1/24 s.), soit dans une activité manuelle simple. Or, de tels travaux restent exigibles, aux conditions énumérées dans l'expertise de 2016, si bien que le recourant n'est pas empêché en raison de ses problèmes de santé de choisir une profession ou d'exercer le type d'activité qu'il assumait jusqu'alors (voir ATF 114 V 29 c. 1a; TF 9C_236/2012 du 15 février 2013 c. 3.5). D'autres emplois apparaissent en outre d'emblée compromis, du fait de connaissances linguistiques et scolaires insuffisantes, comme l'ont expressément signalé les experts (dos. AI 165.1/43). L'orientation professionnelle n'a cependant pas pour but de permettre d'acquérir les connaissances de bases en vue d'un apprentissage ou d'une formation élémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances [TFA, ancienne dénomination des cours de droit social du TF] I 242/02 du 17 mars 2004 c. 5.2.1). De plus, cette mesure n'est généralement pas admissible, lorsque seules des activités excluant les travaux lourds sont concernées, le cercle des activités possibles n'étant alors que peu restreint. Il en va donc de même lorsqu'on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il continue d'exercer une activité lucrative comparable à celle accomplie auparavant (ATF 139 V 399 c. 5.4; TF 9C_534/2010 du 10 février 2011 c. 4.2; TFA I 352/06 du 25 juin 2007 c. 4, I 665/00 du 5 novembre 2002 c. 4.2). Pour ces raisons, une formation professionnelle initiale (art. 16 LAI) s'avère également proscrite (TFA I 836/05 du 1^{er} mars 2006 c. 2.1, I 705/00 du 24 octobre 2001 c. 3b/aa; voir aussi SILVIA BUCHER, *Eingliederungsrecht der invalidenversicherung*, 2011, p. 308 et 312). Enfin, ces remarques sont

aussi pertinentes, s'agissant du reclassement (art. 17 LAI) et du placement (art. 18 LAI). Et pour cause, dans le premier cas, le TF a déjà nié un droit au reclassement, dans le cas d'un assuré n'ayant plus travaillé depuis 20 ans et plus entrepris de démarches pour exercer une activité professionnelle ou pour se réinsérer dans le monde du travail (TF 9C_709/2017 du 12 janvier 2018 c. 4.2). Le TF a d'ailleurs précisé que les organes de l'AI n'ont pas pour tâche de placer les assurés dans une position économique et professionnelle plus favorable que celle qu'ils occupaient directement avant l'atteinte à la santé (TF 9C_689/2018 du 8 février 2019 c. 7.1). Quant au placement, le TF a retenu que, lorsque seul l'exercice d'activités légères est exigible, l'assuré doit être entravé dans la recherche d'un emploi de manière spécifique par l'atteinte à la santé, afin de pouvoir bénéficier d'une aide au placement (TFA I 421/01 du 15 juillet 2002 c. 2c; SVR 2010 IV n° 48 c. 2.2). Tel n'est toutefois pas le cas en l'espèce, comme déjà exposé. Au contraire, force est plutôt d'admettre que les circonstances qui empêchent le recourant de travailler sont étrangères à l'atteinte à la santé, comme l'a aussi exposé l'intimé (TF 9C_694/2010 du 23 février 2011 c. 6.2, TF 9C_416/2009 du 1^{er} mars 2010 c. 2.2; voir aussi: MEYER/REICHMUTH, op. cit., art. 18 n. 6). Il résulte dès lors de tout ce qui précède que les conditions pour l'octroi de mesures professionnelles ne sont pas remplies.

9.

9.1 En conclusion, c'est à juste titre que l'intimé a nié tout droit à des mesures professionnelles, dans sa décision du 17 novembre 2021, de même qu'à une rente, dans sa décision du 18 novembre 2021. Les deux recours du 10 décembre 2021 sont donc infondés et doivent être rejetés.

9.2 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. En l'espèce, les frais de procédure sont fixés à Fr. 800.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Le recourant, qui succombe, doit supporter les frais de la

procédure et ne peut prétendre au remboursement de dépens (art. 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 108 al. 1 et 3 LPJA).

9.3 Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense notamment du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès. Aux mêmes conditions, une avocate ou un avocat peut en outre être désigné(e) à une partie si les circonstances de fait et de droit le justifient (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

9.4

9.4.1 En l'espèce, le recourant a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire complète. Celui-ci vit avec ses enfants (majeurs mais en formation) et avec son épouse. S'agissant de ses revenus, il a signalé qu'il n'en avait aucun, n'étant plus soutenu par les services sociaux. Son épouse perçoit quant à elle Fr. 1'366.50, ainsi qu'une part mensuelle au treizième salaire de Fr. 113.90 en sus, pour un premier emploi (pièces justificatives de la requête d'assistance judiciaire [PJ] 5 et 7). Elle reçoit en outre Fr. 2'051.25 (recte: 2'061.25) pour un second travail (Fr. 1'700.-, complétés par une indemnité de vacances de Fr. 181.05, une indemnité de jours fériés de Fr. 38.60 et la part du treizième salaire de Fr. 141.60), sous déduction de Fr. 218.35 de cotisations aux assurances sociales, soit Fr. 1'842.90 par mois (PJ 6). L'épouse du recourant obtient encore une allocation de formation de Fr. 580.- par mois pour ses deux filles. Par ailleurs, il résulte d'une décision du 15 novembre 2021 de la Direction de l'instruction publique et de la culture (INC), qu'une bourse d'étude de Fr. 21'653.- a été allouée à l'un des enfants du couple (PJ 18), à savoir Fr. 1'804.40 par mois. Le total des revenus se monte donc à Fr. 5'707.70.

9.4.2 Quant aux charges, elles se composent du minimum vital du couple (Fr. 1'700.-) et des enfants (Fr. 1'200.-; plus de 10 ans), du supplément de procédure de 30% (Fr. 510.- pour le couple et Fr. 360.- pour les enfants). S'y ajoutent le loyer (Fr. 900.-, charges comprises; PJ 14) et les cotisations LAMal du couple (Fr. 539.70) et des enfants (Fr. 631.30; PJ 15). Les frais

de l'assurance ménage/responsabilité civile ne peuvent être pris en compte, puisqu'ils sont inclus dans le montant afférent au minimum vital, respectivement dans le supplément précité. Il en va de même pour les taxes communales d'électricité et d'ordures (ch. C.1 de la Circulaire n° 1 du 25 janvier 2011 de la Cour suprême et du TA; ch. 1 de la Circulaire n° B1 de l'autorité de surveillance en matière de poursuite et de faillite). La même solution doit être retenue en ce qui concerne les "frais d'études", ainsi que "d'accueil (nourriture et vêtements)" des enfants. Ces premiers, à l'instar des coûts en lien avec les déplacements, ne sont nullement établis (pour les frais de déplacement, voir aussi: ch. II.4.d de la Circulaire B1 et let. C.2.d de la Circulaire n° 1). Ils ne sauraient donc être pris en considération. Il en va encore ainsi des frais médicaux, pharmaceutiques et dentaires, dont le paiement effectif n'est pas documenté (ch. II.8 de la Circulaire B1 et let. C.2.c de la Circulaire n° 1).

9.4.3 Il n'en reste pas moins qu'en comparant les revenus (Fr. 5'707.70) aux charges (Fr. 5'841.-), on observe un déficit mensuel de Fr. 133'30. La condition liée à l'indigence est donc réalisée (let. E de la Circulaire n° 1).

9.5 En outre, il sied d'admettre que les chances de succès des recours ne pouvaient être d'emblée niées (ATF 129 I 129 c. 2.3.1, 122 I 267 c. 2b et les références citées). De plus, la présente cause justifiait l'assistance d'un mandataire professionnel. La requête doit donc être admise et le recourant mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. L'avocat représentant le recourant est désigné en tant que mandataire d'office. Les frais judiciaires sont provisoirement supportés par le canton.

9.6 Les notes d'honoraires de l'avocat du recourant, du 28 janvier 2022 (pour les deux procédures), font montre d'honoraires de Fr. 3'396.60 pour 12,58 heures de travail au tarif horaire de Fr. 270.- et ne prêtent pas flanc à la critique. Les honoraires de l'avocat du recourant sont ainsi taxés à Fr. 3'396.60 auxquels s'ajoutent Fr. 268.- de débours et Fr. 151.40 de TVA (7,7%). Eu égard à la jurisprudence du TF relative à la rétribution des défenseurs d'office (ATF 132 I 201 c. 8.7), la caisse du Tribunal versera la somme de Fr. 2'998.35 au titre du mandat d'office, soit des honoraires de Fr. 2'516.- (12,58 heures à Fr. 200.-, selon l'art. 1 de l'ordonnance cantonale du 20 octobre 2010 sur la rémunération des avocats et avocates

commis d'office [ORA, RSB 168.711]), des débours de Fr. 268.- (voir aussi les art. 41 et 42 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11], ainsi que l'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811]) et Fr. 214.35 de TVA.

9.7 Le recourant doit néanmoins être rendu attentif à son obligation de remboursement s'il devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 112 al. 2 LPJA en lien avec l'art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272]).

Par ces motifs:

1. Les recours sont rejetés.
2. La requête d'assistance judiciaire est admise et Me B. _____ est désigné comme mandataire d'office.
3. Les frais des deux procédures, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Les honoraires de Me B. _____ sont taxés pour les deux procédures à Fr. 3'396.60 auxquels s'ajoutent des débours par Fr. 268.- et la TVA par 151.40; la caisse du Tribunal lui versera la somme de Fr. 2'998.35 (Fr. 2'516.- d'honoraires, Fr. 268.- de débours et Fr. 214.35 de TVA), au titre de son activité de mandataire d'office. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
6. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

Le 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).