

200.2022.650.AI
N° AVS
BEP/EGC

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

Jugement du 13 janvier 2024

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président
G. Zürcher et A.-F. Boillat, juges
Ph. Berberat, greffier

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 27 septembre 2022



En fait:

A.

A. _____, né en 1968, sans formation professionnelle certifiée, a travaillé dans divers emplois de manœuvre. Le 23 septembre 2010, il a subi une opération de hernie discale lombaire L4/L5. A la suite d'un accident professionnel, il n'a plus repris d'activité lucrative. Il bénéficie des prestations de l'aide sociale depuis juillet 2012. Le 2 mars 2011, il a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour adultes. Par décision du 5 juin 2015, sur la base de diverses mesures d'instruction, une rente entière d'invalidité limitée dans le temps a été octroyée à l'assuré pour la période allant du 1^{er} septembre 2011 au 31 mai 2013. Par la suite, l'assuré a déposé deux nouvelles demandes de prestations les 8 juin 2016 et 30 novembre 2017. Elles ont toutes deux été déclarées irrecevables par décisions respectives de l'Office AI Berne des 3 octobre 2016 et 23 mai 2018.

B.

Le 16 mars 2021, une nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré est parvenue à l'Office AI Berne, complétée le 24 mars 2021 et assortie de divers certificats médicaux. L'office est entré en matière et a procédé à l'instruction de la demande, recueillant divers avis médicaux, ainsi qu'un rapport du service social régional compétent. Sur recommandation du 6 mai 2021 du Service médical régional de l'AI Berne/Fribourg/Soleure, l'Office AI Berne a encore organisé une expertise psychiatrique de l'assuré afin d'éclaircir la situation. L'expert mandaté à cet effet a produit son rapport en date du 30 août 2021. Le 22 septembre 2021, sur le vu de cette expertise, l'Office AI Berne a enjoint l'assuré à se prêter à une abstinence totale à l'alcool et à débiter un sevrage alcoolique, en vertu de son obligation de réduire le dommage. Le 20 octobre 2021, l'avocat mandaté par l'assuré a fait savoir à l'Office AI Berne que son client avait fait nouvellement l'objet de multiples infiltrations et qu'il avait un problème à un œil, traité dans une clinique spécialisée. Après que le cas eut été soumis

une nouvelle fois au SMR, qui a considéré qu'il était exigible de l'assuré d'exercer à plein temps une activité légère adaptée, avec une diminution de rendement de 20%, l'Office AI Berne a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de rente d'invalidité, par un préavis du 22 juillet 2022. Nonobstant les objections émises contre ce préavis le 14 septembre 2022 par l'avocat mandaté par l'assuré, l'Office AI Berne a confirmé son refus de rente par décision du 27 septembre 2022.

C.

Le 27 octobre 2022, l'assuré, toujours représenté par le même mandataire, a recouru contre la décision de l'Office AI Berne du 27 septembre 2022 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne. Sous suite de frais et dépens, outre à l'assistance judiciaire, il a en substance conclu à l'annulation de la décision contestée et, principalement, à ce que l'Office AI Berne soit condamné à lui verser une rente d'invalidité entière; subsidiairement, il a conclu au renvoi du dossier à l'autorité précédente, afin que celle-ci statue conformément aux considérants du présent jugement. Dans son mémoire de réponse du 5 décembre 2022, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Le 13 décembre 2022, le mandataire du recourant a produit sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'intimé du 27 septembre 2022 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et, principalement, sur l'octroi d'une rente d'invalidité ainsi que, subsidiairement, sur le renvoi du dossier de la cause à l'intimé pour instruction supplémentaire et nouvelle décision. Est

particulièrement critiquée par le recourant l'appréciation de sa capacité de travail faite par l'intimé.

1.2 Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites, auprès de l'autorité compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir, représentée par un mandataire dûment légitimé, 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 Tribunal administratif 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 (développement continu de l'AI; RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. 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 à l'époque de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 148 V 162 c. 3.2.1, 144 V 210 c. 4.3.1). En l'espèce, dans la mesure où un éventuel droit à une rente pourrait prendre naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle le recourant a introduit sa demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI) et que celle-ci a été déposée en mars 2021, les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables au présent litige (voir également la circulaire de l'Office fédéral des assurances

sociales [OFAS] sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] du 1^{er} janvier 2022, ch. 9100 s.).

2.2 Si l'administration accepte d'entrer en matière sur une nouvelle demande de rente, elle doit examiner la cause quant au fond (examen matériel) et vérifier si la modification du degré d'invalidité alléguée par l'assuré s'est réellement produite; elle procédera alors d'une manière analogue à celle qui est applicable à un cas de révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA (SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2). Si elle constate que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié depuis la décision précédente passée en force, elle rejette la nouvelle demande. Sinon, elle examine d'abord si la modification constatée suffit pour admettre, cette fois, une invalidité ouvrant droit à une rente et rend une décision en conséquence. En cas de recours, la même obligation d'examiner l'affaire quant au fond incombe aussi au juge (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1). Lorsqu'une modification notable de l'état de fait est donnée, le droit à la rente doit être examiné tant sous l'angle des faits que du droit de manière complète, c'est à-dire en tenant compte du spectre entier des éléments déterminant le droit à la prestation, ainsi qu'avec un regard neuf et sans être lié à de précédentes estimations de l'invalidité (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; SVR 2021 IV n° 36 c. 3.1).

2.3 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). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). Seules les conséquences de l'atteinte à la

santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

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

2.5 Une atteinte à la santé psychique importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue (ATF 127 V 294 c. 5a). Partant, dans une telle situation, un droit à une rente doit être exclu, même si les critères de classification d'un trouble psychique sont réalisés (voir art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA). Si une atteinte à la santé psychique assurée

doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). En règle générale, il convient de prendre en considération des indicateurs standards classés selon leurs caractéristiques communes (c. 4.1.3), qui sont répartis dans les catégories "degré de gravité fonctionnel" (c. 4.3) et "cohérence" (c. 4.4). La grille d'évaluation présentée est de nature juridique (c. 5). La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (c. 6). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

2.6 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 (let. b) et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'ancien art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021: RO 2007 5129), 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.

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

2.8 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).

2.9 L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision

sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 144 V 427 c. 3.2).

3.

3.1 En l'espèce, l'Office AI Berne est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant en date du 16 mars 2021. Elle a ainsi admis que celui-ci avait rendu plausible une péjoration de son état de santé par rapport à l'état de fait ayant prévalu lors de la décision du 5 juin 2015, qui limitait son droit à une rente entière d'invalidité au 31 mai 2013 (dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits médicaux pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit; ATF 133 V 108 c. 5.4; SVR 2019 IV n° 68 c. 2).

3.2 Dans sa décision contestée du 27 septembre 2022, l'intimé a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité en retenant que celui-ci serait en mesure, d'un point de vue médical somatique, d'assumer des activités légères à moyennement lourdes avec un taux d'occupation de 100% et une diminution de rendement de 20%. L'intimé a par ailleurs considéré qu'il n'y avait pas à prendre en compte l'aspect psychiatrique de l'atteinte à la santé du recourant, estimant qu'un profil d'exigibilité ne pouvait pas être défini sur ce plan. Il a justifié cette manière de faire en déclarant que la capacité de travail et le rendement du recourant étaient altérés par sa consommation d'alcool et que celle-ci persistait malgré la demande d'obligation de réduire le dommage. Pour ce faire, l'intimé s'est essentiellement basé sur l'expertise psychiatrique du 30 août 2021 ainsi que sur le rapport du SMR du 14 juillet 2022.

3.3 Le recourant se réfère lui aussi à l'expertise psychiatrique du 30 août 2021 et aux diagnostics qui y figurent. Il déclare en substance qu'il découle des conclusions de l'expertise qu'il souffre d'une addiction à l'alcool depuis des dizaines d'années et que, sur le plan psychiatrique, il

existe de nombreux facteurs interférentiels médicaux psychopathologiques, voire une atteinte cérébrale organique. Il souligne que cette atteinte cérébrale n'a jamais été explorée et que le rapport d'expertise fait état de nombreuses incertitudes liées à un défaut de documentation médicale au dossier. Le recourant fait aussi valoir que selon l'expert, une tentative de sevrage en quelques mois ne peut changer sa conduite et n'a pas d'impact sur les atteintes iatrogènes à sa santé. Finalement, il invoque que l'expert a relevé qu'il subsistait une certaine incertitude qui ne permettait pas d'apprécier correctement l'évolution des traitements et des programmes de soins qu'il avait subis, ce qui conduisait à un facteur significatif d'erreur dans l'appréciation asséurologique de son cas et de son potentiel d'employabilité à l'avenir. Selon lui, il sied dès lors de reconnaître qu'il ne lui était pas possible en l'espèce de prouver une abstinence à l'alcool en si peu de temps, de décembre 2021 à mai 2022, dès lors qu'il présentait une dépendance à l'alcool depuis une dizaine d'années, accompagnée d'un trouble mental et du comportement.

4.

Le dossier révèle les principaux éléments suivants, postérieurs à la décision matérielle, entrée en force, du 5 juin 2015 (dossier [dos.] AI 62):

4.1 Le rapport relatif à un examen par résonance magnétique (IRM) du 15 septembre 2016, adressé au généraliste traitant le recourant (dos. AI 75/2), a constaté une hernie discale au niveau L5/S1 sous forme d'un bombement discal central bilatéral avec léger conflit disco-radicaire à gauche, une importante sclérose des facettes articulaires au niveau L4/L5 et L5/S1 avec signe de lésion dégénérative active, une réaction ostéophytaire au bord antérieur de tous les corps vertébraux, ainsi que des signes de dégradation de tous les disques intervertébraux et un cône médullaire intact sans pathologie. Le rapport en question a encore relevé un déséquilibre de la statique de la colonne vertébrale lombaire en forme d'une hyperlordose lombaire et d'une position horizontale de l'os sacrum, la hauteur des corps vertébraux et des disques intervertébraux étant bien conservée.

4.2 Appelé à prendre position par l'Office AI Berne sur la base du dossier, un spécialiste du SMR en médecine nucléaire, dans un rapport du 22 décembre 2017 (dos. AI 77), a posé les diagnostics influençant la capacité de travail de status après décompression, microdissectomie L4/L5, récessectomie et neurolyse L5 à gauche le 23 septembre 2010, de status après re-décompression et fusion intervertébrale lombaire L5/S1 et spondylodèse le 6 janvier 2012, ainsi que d'ostéochondrose L2/3 et L3/4 avec spondylose et spondylarthrose de degré moyen comprenant un épaissement de ligament et une limatose épidurale. Il a constaté que d'après l'expertise neurochirurgicale de 2014, il était exigible de l'assuré d'effectuer des travaux physiques légers à moyennement lourds – ces derniers étant limités à 50% – impliquant des charges variées, à raison de 8,5 heures par jour pendant cinq jours par semaine, avec un rendement diminué de 10 à 20%. Le spécialiste a déclaré que l'assuré souffrait d'une pathologie de l'appareil locomoteur central, qu'il avait été opéré pour cette raison à trois reprises entre 2010 et 2012 et qu'il y avait lieu de s'attendre à ce qu'il ne dispose plus que d'une capacité de fonctionnement restreinte de la colonne lombaire. Il conclut néanmoins qu'il n'était pas possible de retenir une péjoration de l'état de santé et de la capacité de travail fondée uniquement sur un examen IRM datant de plus d'une année.

4.3 Le 22 mai 2019, le recourant a été opéré à la colonne vertébrale lombaire d'une sténose dégénérative symptomatique L3/4 et d'une sténose foraminale L5/S1 gauche, découvertes lors d'un examen par résonance magnétique effectué le 5 mars 2019. Dans son rapport du 10 mai 2019 préalable à l'opération (dos. AI 107/34) et adressé au généraliste traitant, le neurochirurgien consulté a indiqué que le patient souffrait de lombalgies et lombo-sciatalgies chroniques depuis plusieurs années malgré plusieurs opérations L4/5 et L5/S1 avec stabilisations, ainsi que de lombo-cruralgies progressives à prédominance gauche avec lâchages et difficultés à la marche. Le praticien a souligné que ces douleurs étaient progressives depuis plusieurs mois sous traitement conservateur et que le patient ne pouvait plus se mobiliser librement, se tenant penché en avant et ne pouvant plus se redresser. Dans le rapport post-opératoire du 27 mai 2019 (dos. AI 107/27), le même spécialiste a déclaré que l'intervention chirurgicale s'était déroulée sans complication, l'évolution neurologique

subséquente étant sans particularité, les lomboischialgies ayant nettement régressé et le patient ayant pu être mobilisé sans problème avec l'aide de la physiothérapie. Il a cependant relevé que le recourant avait dû être transféré le 27 mai 2019 au service d'urgence d'un hôpital universitaire après un épisode de délirium sur fond d'éthylisme. Il y a séjourné jusqu'au 30 mai 2019. Les psychiatres qui y ont traité le recourant ont diagnostiqué, sur le plan psychique, des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool (ch. F10.2 CIM-10; rapport de l'hôpital en question du 25 juin 2019, dos. AI 107/17).

4.4 Dans un rapport de consultation ambulatoire du 29 mai 2020 de l'unité de neurochirurgie spinale du département des neurosciences cliniques d'un hôpital universitaire (dos. AI 98/5), le spécialiste consulté a déclaré en substance que, selon le patient, après ses multiples opérations, les douleurs dorsales restaient toujours très importantes et qu'il n'avait jamais vraiment été soulagé. La situation est décrite comme étant constante avec des douleurs allant jusqu'à 8/10 au niveau lombaire et persistant toute la journée après ne pas avoir été présentes le matin au réveil, mais apparaissant quelques heures plus tard. Le spécialiste a notamment relevé que le patient avait bénéficié, en novembre 2019, d'une infiltration au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche, qui avait soulagé une bonne partie des douleurs, mais que des douleurs importantes persistaient au niveau lombaire, qui n'avaient pas été soulagées par cette infiltration. Il a précisé que le patient était aussi connu pour des troubles sensitifs, des dysesthésies avec hypoesthésies diffuses au niveau des membres inférieurs, séquellaires des anciennes chirurgies, ainsi qu'une faiblesse du quadriceps gauche avec une boiterie marquée. Le spécialiste a aussi indiqué que le status était superposable avec un patient qui était toujours très limité dans l'antéflexion du dos et qui avait des douleurs très importantes également quand il essayait de redresser le dos. Il a mentionné les différentes imageries ainsi que l'IRM et les radiographies effectuées en 2019 et noté un matériel bien en place, les dernières imageries en post-opératoire ne montrant pas de signes d'instabilités non plus. Le praticien a conclu qu'après discussion du dossier du patient dans l'unité spinale, il ne voyait pas de bénéfice d'une nouvelle intervention chirurgicale qui pourrait améliorer les douleurs du patient et qu'il ne pouvait

proposer une prise en charge intensive et multidisciplinaire pour la rééducation de la musculature du bas du dos et de la ceinture abdominale.

4.5 Dans un rapport de sortie du 1^{er} décembre 2020 à la suite de l'hospitalisation du recourant du 6 au 16 novembre 2020 dans un service hospitalier psychiatrique (dos. AI 106) en vue d'une poursuite volontaire d'un sevrage d'alcool, les médecins ont diagnostiqué des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance (ch. F10.2 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]). Ils ont relevé en substance une évolution clinique favorable sous suivi et sous traitement de sevrage, le patient présentant une meilleure thymie, ayant retrouvé son appétit, ne verbalisant ni tristesse ni symptôme de manque d'alcool et observant son abstinence de toute consommation d'alcool.

4.6 Consulté une nouvelle fois par l'intimé, le SMR, par un spécialiste en médecine du travail et en médecine générale, dans un rapport du 7 mai 2021 (dos. AI 112), a retenu les diagnostics de trouble psychique du comportement dû à un syndrome de dépendance à l'alcool, de status après décompression spinale L3/4 des deux côtés et L5/S1 à gauche, discectomie L3/4 et prolongation de stabilisation L3/S1, opéré le 23 mai 2019 et de rétinopathie sérieuse à gauche avec vision limitée à 10% à gauche. Le médecin du SMR a déclaré qu'il s'agissait d'une évolution classique d'une dépendance à l'alcool existant depuis des dizaines d'années, avec un pronostic défavorable. Il n'a pas trouvé d'inconsistance dans le dossier et a estimé que les appréciations des médecins ayant traité l'assuré étaient plausibles et correspondaient à l'expérience de la science médicale. En ce qui concerne les ressources, le profil et les limitations de l'assuré, il a déclaré que la dernière activité en tant que maçon n'était plus exigible, entre autres à cause du danger de chute sous l'influence de l'alcool, mais qu'une activité à plein temps avec un rendement diminué de 20% devrait être exigible dans une activité légère au cours de l'année suivante en cas d'abstinence, en tenant compte de la vision limitée à un seul œil et des limitations dues à la colonne vertébrale. Toujours d'après lui, il y aurait lieu d'éviter les positions immobiles durables

de la colonne vertébrale cervicale et lombaire, les mouvements stéréotypés de la tête, les rotations en position assise ou debout avec des charges, le soulèvement de charges loin du corps ou au-dessus de la poitrine de manière répétitive, les travaux au-dessus de la tête, l'accroupissement répétitif, le fait de se pencher en avant, les mouvements répétitifs et stéréotypés de la colonne lombaire, les activités chargeant les bras au-dessus du ventre, ainsi que monter sur des échelles ou des échafaudages. Dans des cas exceptionnels, le médecin du SMR a retenu la possibilité de soulever et porter des charges de 10 à 15 kg, mais uniquement jusqu'à hauteur du ventre et de manière non répétitive. Il a considéré qu'en l'état actuel, en raison de la problématique de l'alcool, l'assuré ne pouvait travailler que tout au plus dans un environnement protégé dans le deuxième marché du travail. Enfin, il a recommandé de procéder à une expertise psychiatrique respectant les indicateurs applicables, afin d'évaluer le rendement en rapport avec le problème d'alcool de l'intéressé.

4.7 Dans le rapport d'expertise psychiatrique du 30 août 2021 (dos. AI 130.1), organisée par l'intimé sur recommandation du SMR des 6 et 7 mai 2021 (dos. AI 110 et 112), le diagnostic de suspicion de trouble résiduel tardif cognitif persistant post-alcoolique (ch. F10.74 CIM-10) a été retenu par l'expert avec une influence sur la capacité de travail de l'assuré. L'expert a en outre posé, sans influence sur la capacité de travail, les diagnostics de trouble mental et du comportement lié à l'utilisation de tabac, intoxication aiguë et dépendance (ch. F17.02/24 CIM-10), de status post-trouble mental et du comportement lié à l'utilisation de vin, dépendance (ch. F10.201 CIM-10) et de suspicion de majoration psychique modérée de symptômes physiques (ch. F60.8 CIM-10). L'expert a conclu à une capacité de travail du recourant actuellement nulle sur le marché libre de l'emploi, précisant que celui-ci ne pouvait travailler qu'au maximum dans un cadre protégé sur le deuxième marché de l'emploi à cause de son problème d'alcool. Il a déclaré que le pronostic était réservé et conditionné d'une part au sevrage alcoolique et d'autre part à l'objectivation des atteintes cognitives compte tenu du passé allégué. Dans une activité adaptée, le psychiatre est d'avis que l'assuré pourrait prendre un travail à plein temps dans le courant de l'année qui suit, avec une diminution de rendement de 20%, à condition d'être abstinent d'alcool et en tenant alors

compte de la perte de vision d'un œil et des limitations fonctionnelles de la colonne vertébrale, le levage et le port de charges de 10-15 kg étant possibles exceptionnellement et de façon non répétitive. Il a néanmoins relativisé son estimation en déclarant qu'il ne disposait pas de données claires quant au rendement récent de l'assuré ni d'informations pour baser raisonnablement et plus objectivement une réponse à cet égard. S'agissant des mesures médicales et des thérapies ayant un impact sur la capacité de travail, l'expert a indiqué qu'un sevrage alcoolique était actuellement requis, afin que l'assuré puisse prendre une activité légère adaptée et que cela puisse lui permettre d'endiguer son usage alcoolique, facteur de déstabilisation mentale et vraisemblablement cognitif. Selon l'expert, une telle mesure paraissait exigible de la part de l'assuré, mais il ne serait pas possible de préciser de date pour le succès de cette mesure, ni même de prédire l'évolution la plus probable en raison du grand nombre de facteurs interférentiels médicaux. On soulignera encore que l'expert psychiatre a expressément déclaré raisonnables et plausibles les réserves formulées par le médecin du SMR ayant rédigé le rapport du 7 mai 2021 (dos. AI 112) et qu'il les a fait siennes. Du point de vue psychiatrique, ces réserves consistaient à observer dans quelle mesure l'assuré pourra rester abstinent et à tenir compte du fait que celui-ci ne pouvait travailler actuellement au maximum que dans un cadre protégé sur le deuxième marché de l'emploi à cause de son problème d'alcool.

4.8 Un rapport d'une clinique ophtalmique du 2 décembre 2021 (dos. AI 141), établi à la suite d'une consultation du recourant du 30 novembre 2021, a posé chez celui-ci les diagnostics généraux de pseudophakie des deux côtés et de rétinopathie à l'œil gauche. L'ophtalmologue consultée a indiqué qu'après au moins deux consultations préalables, l'œil gauche ne présentait pas encore de stabilité ni de déshydratation et qu'un intervalle de consultation toutes les quatre semaines devait être maintenu.

4.9 Invité à prendre encore une fois position sur l'ensemble du dossier du recourant, le spécialiste en médecine du travail et en médecine générale du SMR, dans son avis médical du 14 juillet 2022 (dos. AI 155), a confirmé son estimation de la capacité de travail émise le 7 mai 2021.

5.

Il s'agit tout d'abord d'examiner la valeur probante de l'expertise psychiatrique du 30 août 2021, sur laquelle l'Office AI Berne s'est principalement fondé pour nier le droit du recourant à une rente d'invalidité.

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

5.2 Au cas particulier, sur le plan formel, l'expertise du 30 août 2021 répond aux exigences posées par la jurisprudence, s'agissant de la valeur probante des documents médicaux. Les qualifications de l'expert psychiatre ne prêtent pas flanc à la critique. L'expert a procédé à un examen personnel du recourant et tenu compte de ses plaintes subjectives, après avoir restitué de façon détaillée l'anamnèse (familiale, personnelle, sociale et professionnelle). Il a résumé l'ensemble des documents médicaux antérieurs recueillis par l'intimé. Il a aussi fait minutieusement état de ses constatations médicales et des conséquences de celles-ci, tant sur le plan de l'état de santé global que de la capacité de travail et des activités exigibles. Pour ce faire, il a également évalué ses constatations médicales à la lumière des indicateurs standards définis par la jurisprudence (cohérence, plausibilité, ressources) concernant le caractère invalidant des troubles psychiques (voir c. 2.5 ci-dessus). Dans ces circonstances, force est de constater que les résultats de l'expertise ont été arrêtés en pleine connaissance des éléments médicaux déterminants. Ses conclusions, du point de vue médical, ne laissent pas apparaître d'élément permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise; elles sont par

ailleurs motivées et compréhensibles. Elles répondent ainsi aux exigences formelles fixées par la jurisprudence.

5.3 Sur le plan matériel, les tâches spécifiques et exclusives incombant aux experts médicaux impliquent essentiellement qu'ils posent un diagnostic et décrivent l'incidence des atteintes à la santé constatées sur la capacité de travail (voir TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 c. 7.1). S'agissant plus particulièrement de troubles psychiques, les experts doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). En l'occurrence, sur le plan de l'appréciation matérielle de l'expertise psychiatrique du 30 août 2021, il convient de relever ce qui suit, au vu de son contenu exposé plus haut (c. 4.7).

5.4 L'évaluation de l'expert psychiatre résiste à l'examen des indicateurs développés par le Tribunal fédéral en cas d'atteinte à la santé psychique. L'expert n'a retenu aucun motif d'exclusion. S'agissant de la gravité fonctionnelle de l'atteinte à la santé psychique du recourant, il a surtout constaté la longue durée de celle-ci, soulignant notamment que le patient avait bénéficié de soins psychiatriques de manière quasi continue depuis 2019, en rapport, entre autres, avec sa consommation d'alcool. A la suite de cette évolution, il a aussi indiqué sa crainte de l'existence de conséquences somatiques et psychiques délétères qui n'étaient, à ses yeux, pas suffisamment documentées au dossier pour permettre des conclusions formelles, et insisté sur le fait que cette carence de documentation médicale était préjudiciable à l'établissement de conclusions définitives dans le cadre de sa mission. En ce qui concerne la cohérence et la plausibilité de l'évolution de l'atteinte à la santé de l'assuré, l'expert a déclaré que son observation clinique était, sinon similaire, du moins cohérente avec celles des autres praticiens ayant examiné l'intéressé, tout en craignant des atteintes physiques et psychiques sous-jacentes qui se découvrirait à l'occasion d'explorations fugitives. Enfin, quant aux capacités et ressources de l'assuré, l'expert s'est rallié à l'avis exprimé par le médecin du SMR dans son rapport du 7 mai 2021 (voir c. 4.6 ci-dessus).

5.5 En conséquence, il faut conclure que l'expert psychiatre a exposé de façon convaincante son analyse diagnostique et l'évolution de l'atteinte à la santé du recourant au niveau psychique. Il n'en va néanmoins pas de même en ce qui concerne la capacité de travail, dans l'évaluation de laquelle il se contente de se rallier aux conclusions du rapport du SMR du 7 mai 2021 précité. En effet, l'expert a exprimé dans l'ensemble de son rapport de nombreuses réserves, décrites plus haut, relatives aux aspects somatiques et psychiques, à leurs interactions et aux conséquences qui s'ensuivent; en particulier, il a souligné l'insuffisance de documentation à cet égard au dossier médical du recourant pour lui permettre d'en tirer des conclusions formelles, insuffisance qui l'a amené à soupçonner expressément une atteinte cognitive incapacitante (ch. 7 de l'expertise), qui n'a jamais été investiguée par un médecin spécialiste auparavant. Il est dès lors permis de s'étonner, au vu de cette constatation, que l'expert fasse tout de même sienne l'estimation de la capacité de travail opérée par le SMR. Force est de reconnaître que cette incohérence indéniable entre les doutes et les réserves émises par l'expert et son appréciation de la capacité de travail de l'expertisé a pour conséquence de jeter le trouble sur la crédibilité de cette appréciation. Au surplus, comme l'a laissé entendre l'expert à plusieurs reprises, les troubles somatiques du recourant sont également susceptibles d'avoir des conséquences durables sur la capacité de travail et de rendement. Or, ce dernier aspect sort du domaine de compétence de l'expert. En définitive, faute d'explications circonstanciées permettant de lever les incertitudes et contradictions mises en évidence ci-dessus, la conclusion de l'expertise aboutissant à une capacité de travail du recourant à plein temps dans une activité adaptée, dans le courant de l'année qui suit, avec une diminution de rendement de 20% et à condition d'être abstinent à l'alcool, ne saurait, en l'état, être tenue pour établie au degré de la vraisemblance prépondérante. L'expertise est à cet égard incohérente et ne saurait par conséquent être qualifiée de probante sur son aspect matériel.

6.

6.1 Sur le vu de ce qui précède, il apparaît qu'à ce stade, les rapports médicaux versés au dossier ne permettent pas de statuer de manière fiable, au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 V 427 c. 3.2), sur la capacité de travail et de gain du recourant et l'évolution de celles-ci depuis la décision du 5 juin 2015. En rendant une décision en l'état du dossier, notamment sur la seule base des appréciations du SMR des 7 mai 2021 et 14 juillet 2022, ainsi que de l'expertise psychiatrique du 30 août 2021, que l'on doit qualifier d'imprécise et de non probante matériellement, au vu des considérations émises ci-dessus (c. 5.5), l'intimé a violé le devoir d'instruction qui lui incombait (voir l'art. 43 LPGA). En particulier, au vu de l'ensemble des avis médicaux figurant au dossier, il faut souligner que la capacité de travail actuelle du recourant ne semble de loin pas subir des limitations uniquement d'origine psychiatrique et en rapport avec la dépendance à l'alcool, mais que des effets à long terme de des atteintes somatiques de l'assuré au niveau de la colonne vertébrale lombaire n'apparaissent pour le moins pas exclus (voir notamment à cet égard les constatations médicales qui ressortent du rapport du 29 mai 2020 de l'unité de neurochirurgie spinale du département des neurosciences cliniques d'un hôpital universitaire [dos. AI 98/5], cité plus haut [c. 5.2]). Il en va de même d'éventuels troubles cognitifs, évoqués par l'expert psychiatre, et neurologiques, qui n'ont aucunement été investigués en détail, ni pour ce qui est de leur consistance, ni concernant leurs répercussions sur la capacité de travail. Sur ce point, il faut souligner à l'attention de l'intimé que l'interdépendance entre de tels troubles et la dépendance à l'alcool doit être examinée du point de vue médical et ne peut être d'emblée qualifiée de non déterminante en arguant un refus du recourant de se prêter à un sevrage, en tant que mesure de réduction du dommage, au sens de l'art. 21 al. 4 LPGA. En effet, il n'est nullement évident, sans investigation médicale plus approfondie, qu'en présence d'une dépendance à l'alcool de longue durée, comme la présente le recourant, une abstinence puisse suffire à faire disparaître définitivement les séquelles cognitives et neurologiques de l'alcoolisme acquises pendant des années.

6.2 Enfin, s'agissant de la mesure d'abstinence à l'alcool en elle-même, on rappellera à l'intimé que d'après la jurisprudence désormais applicable en la matière, on ne peut d'emblée nier tout caractère invalidant, au sens du droit de l'assurance-invalidité, aux syndromes de dépendance et aux troubles consécutifs à la consommation de substances, lorsque ceux-ci ont été diagnostiqués sans équivoque par des médecins spécialistes, comme en l'espèce. Dans de tels cas, il y a bien plus lieu – à l'instar de toutes les autres maladies psychiques – d'établir au moyen d'une procédure probatoire structurée si et, le cas échéant, dans quelle mesure un syndrome de dépendance diagnostiqué dans les règles de l'art par un médecin spécialiste a des conséquences sur la capacité de travail de la personne assurée concernée (ATF 147 V 234 c. 2.2, 145 V 215 c. 5.3.3 et c. 7; TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 c. 8.1.2.1).

6.3 En conclusion, seule une expertise médicale pluridisciplinaire, englobant notamment les disciplines de la médecine générale, de l'orthopédie/chirurgie orthopédique, de la neurologie, de la psychiatrie et de l'ophtalmologie s'avère en mesure de clarifier la situation médicale complexe du recourant, ainsi que son évolution et ses répercussions sur sa capacité de travail et de gain, et ce, depuis la dernière décision du 5 juin 2015, qui avait limité son droit à une rente entière d'invalidité au 31 mai 2013 (voir c. 3.1 ci-dessus). L'intrication des diverses atteintes à la santé subies depuis de nombreuses années par le recourant est en effet telle que leurs conséquences somatiques et psychiques sont imbriquées et interdépendantes. Il appartiendra aux experts médicaux désignés d'examiner minutieusement l'état de santé du recourant et son évolution depuis le 6 juin 2015 dans chacune de leurs disciplines respectives, ainsi que les répercussions sur la capacité de travail, en tenant compte des indicateurs prescrits par la jurisprudence (voir c. 2.5 ci-dessus), puis de faire une synthèse interdisciplinaire en mesure d'établir clairement l'état de fait en tenant compte de tous les éléments médicaux, en fonction de leur évolution et de leur imbrication. Les résultats de ce complément d'instruction, qui inclura également une discussion consensuelle, devront permettre d'établir la capacité (ou l'incapacité) de travail du recourant dans une activité adaptée, en tenant compte de ses éventuelles fluctuations. Sur cette base, l'intimé procédera à une nouvelle évaluation de l'invalidité

jusqu'à la date de sa décision à venir. Dans le cas d'espèce, un renvoi de la cause à l'intimé – d'ailleurs requis dans les conclusions du recours – se justifie pleinement, dès lors qu'il se rapporte à des points litigieux qui n'ont pas été suffisamment, voire même pas du tout, investigués en procédure administrative (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4). Ce n'est qu'après avoir procédé à ce complément d'instruction que l'Office AI Berne sera en mesure de se prononcer en connaissance de cause sur l'existence d'un motif de révision et sur l'éventuel droit du recourant à des prestations de l'AI pour la période couverte par la nouvelle demande introduite le 16 mars 2021. Il lui incombera de rendre une nouvelle décision à cet égard.

7.

7.1 En conclusion, le recours est admis et la décision du 27 septembre 2022 annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

7.2 Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 61 let. f^{bis} LPGA, art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

7.3 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Cette règle s'applique indépendamment de la question de savoir si la partie recourante a conclu au renvoi ou si sa conclusion au renvoi a été prise à titre principal ou à titre subsidiaire (SVR 2017 KV n° 9 c. 9.1). Assisté d'un avocat agissant à titre professionnel, le recourant a ainsi droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le Tribunal administratif (art. 61 let. g LPGA; art. 104 al. 1 et 108 al. 3 LPJA). La note d'honoraires produite comprend toutefois en partie des activités antérieures au prononcé de la décision litigieuse. Ces travaux ne peuvent être pris en considération pour la fixation judiciaire du montant des honoraires par le tribunal (ATF 114 V 83 c. 4b). En tenant compte de cette correction, on obtient ainsi

9,25 heures à un tarif horaire de Fr. 280.-, ce qui ne prête pas à discussion compte tenu de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du Tribunal administratif dans des cas comparables. Les dépens sont ainsi fixés à Fr. 2'835.75 (honoraires de Fr. 2'590.-, débours de Fr. 43.- et TVA de Fr. 202.75).

7.4 Compte tenu de l'issue de la procédure, la requête d'assistance judiciaire et de désignation d'un mandataire d'office, devenue sans objet, doit être rayée du rôle du Tribunal administratif.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais judiciaires, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 2'835.75 (débours et TVA compris) à titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. La requête d'assistance judiciaire et de désignation d'un mandataire d'office déposée pour la procédure de recours est rayée du rôle du Tribunal administratif.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant, par son mandataire,
 - 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).