

200.2022.709.AI
N° AVS
KUQ/EGC

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

Jugement du 9 juin 2024

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président
G. Zürcher et A.-F. Boillat, juges
Q. Kurth, 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 21 octobre 2022



En fait:

A.

A. _____, né en 1965, célibataire et sans enfant, réside en Suisse de manière ininterrompue depuis 2002. Ne disposant d'aucune formation professionnelle certifiée, le prénommé a occupé de nombreux emplois manuels, entrecoupés de périodes de chômage. A la suite d'une dernière activité lucrative temporaire ayant pris fin le 17 décembre 2008, l'intéressé n'a plus été engagé sur le marché libre de l'emploi. Par un formulaire du 17 août 2009, il a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office AI Berne, en invoquant souffrir de dépression, d'angoisses, de stress et de difficultés à dormir. Par décision du 23 mars 2016, l'Office AI Berne a nié à l'intéressé le droit à des prestations de l'AI. Cette décision a été définitivement confirmée sur recours par le Tribunal administratif du canton de Berne le 21 août 2017 (JTA AI/2016/414).

B.

Dans un envoi du 13 février 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, en faisant valoir une détérioration de son état de santé sur les plans psychique et somatique. L'Office AI Berne est entré en matière sur cette nouvelle demande, a recueilli des rapports des médecins ayant traité l'assuré et a consulté son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR). Après l'échec de mesures de réadaptation, l'Office AI Berne a diligenté une expertise pluridisciplinaire. Le rapport d'expertise du 14 avril 2022, qui a nécessité un complément, a conduit l'Office AI Berne à rendre un préavis le 5 juillet 2022, par lequel il a fait savoir à l'assuré qu'il entendait nier tout droit à des prestations. Nonobstant les objections formulées par l'assuré les 5 septembre et 6 octobre 2022, l'Office AI Berne a rejeté la demande de prestations AI, par décision du 21 octobre 2022.

C.

Par acte du 23 novembre 2022, l'assuré, représenté par un mandataire professionnel, a porté le litige auprès du Tribunal administratif du canton de Berne. Sous suite de frais et dépens, il a conclu à l'annulation de la décision de l'Office AI Berne du 21 octobre 2022 et a demandé, principalement, à ce que cet office soit condamné à lui verser un montant correspondant à une rente d'invalidité fondée sur une capacité de travail de 30% à partir de décembre 2008, avec un intérêt moratoire de 5% l'an, ainsi que subsidiairement, à renvoyer le dossier à l'autorité précédente pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée au frais de procédure. Dans sa réponse du 27 janvier 2023, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Par courrier du 9 février 2023, l'avocat du recourant a produit sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'intimé du 21 octobre 2022 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et nie tout droit du recourant à des prestations de l'AI. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et, principalement sur l'octroi d'une rente d'invalidité rétroactive fondée sur une diminution de 70% de la capacité de travail du recourant avec un intérêt moratoire de 5% l'an, ainsi que subsidiairement, sur le renvoi du dossier de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Est particulièrement critiqué par le recourant le fait que l'intimé se soit écarté des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire.

1.2

1.2.1 Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par 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] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]), sous réserve de ce qui suit.

1.2.2 Le jugement du Tribunal administratif du 21 août 2017 (JTA AI/2016/414), qui a confirmé la décision du 23 mars 2016 de l'intimé niant tout droit du recourant à des prestations, est entré en force. Or, dans la mesure où celui-ci conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité depuis décembre 2008, il demande, à tout le moins implicitement, la révision de ce jugement au sens de l'art. 61 let. i LPGA en lien avec les art. 95 ss LPJA. Cela étant, on doit d'emblée relever que cette demande de révision s'avère tardive, dès lors qu'en application de l'art. 96 al. 1 LPJA, un délai de 60 jours à compter de la découverte du motif de révision est applicable pour la révision d'un jugement du Tribunal administratif (JAB 2018 p. 122 c. 1.4; RUTH HERZOG, in Herzog/Daum [éd.], *Kommentar zum bernischen VRPG*, 2020, art. 96 n. 1 s.). Le moment à partir duquel une partie aurait pu découvrir le motif de révision invoqué se détermine selon le principe de la bonne foi. D'après la pratique, le délai de 60 jours commence ainsi à courir dès que l'intéressé a une connaissance sûre des faits nouveaux importants ou que les preuves déterminantes sont disponibles (ATF 143 V 105 c. 2.4; JTA LAA/2022/750 du 16 août 2023 c. 1.2.1). Or en l'espèce, il apparaît que le motif de révision sur lequel s'appuie le recourant, à savoir l'expertise pluridisciplinaire du 14 avril 2022 et son complément du 10 juin 2022, corrigé le 15 juin 2022, a été porté à sa connaissance par courrier recommandé du 20 juillet 2022 (dossier [dos.] AI 231). Par conséquent, le délai de 60 jours prescrit par l'art. 96 al. 1 LPJA est largement échu. Quoiqu'il en soit, même s'il fallait entrer en matière, cette demande de révision devrait être rejetée. En effet, l'expertise pluridisciplinaire et son complément

qui évaluent la capacité de travail du recourant à 30% depuis décembre 2008 ne donne qu'une appréciation différente d'un même état de fait (voir c. 6.3.5 ss ci-dessous). Or, dans un pareil cas, une révision devrait aussi être niée (ATF 147 V 161 c. 4.2, 144 I 103 c. 2.1).

1.2.3 La conclusion principale du recourant visant l'octroi d'une rente d'invalidité depuis décembre 2008 est donc irrecevable pour la période courant jusqu'au 23 mars 2016 (ATF 136 V 369 c. 3.1.1; SVR 2013 IV n° 45 c. 4.1; voir aussi JTA AI/2020/396 du 16 juin 2021 c. 1.2, pour un cas similaire). Seule la situation au-delà de cette date peut faire l'objet d'un examen en application de l'art. 17 al. 1 LPGA (voir notamment c. 4 ci-dessous).

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 administratif 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 au moment 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'occurrence, si la décision entreprise est certes postérieure au 1^{er} janvier 2022, le droit potentiel du recourant à une rente est pour sa part né antérieurement à cette date (voir c. 4 ci-dessous), si bien qu'il doit être examiné selon les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (voir parmi d'autres VGE IV/2023/619 du 12 janvier 2024 c. 3.1).

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 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). 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). Les experts médicaux doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'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

2.5.1 Lors d'une nouvelle demande ou demande de révision, l'assuré doit rendre plausible une modification des circonstances. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, n'est pas applicable à ce stade de la procédure. Si l'administration accepte d'entrer en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner la cause quant au fond (examen matériel) et vérifier si la modification du degré d'invalidité alléguée par l'assuré s'est réellement produite; elle procédera alors d'une manière analogue à celle qui est applicable à un cas de révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA (SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2). Si elle constate que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié depuis la décision précédente passée en force, elle rejette la nouvelle demande. Sinon, elle examine d'abord si la modification constatée suffit pour admettre, cette fois, une invalidité ouvrant droit à une rente et rend une décision en conséquence. En cas de recours, la même obligation d'examiner l'affaire quant au fond incombe aussi au juge (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1).

2.5.2 La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche dans la procédure faisant suite à la nouvelle demande (examen matériel) – d'une manière analogue à celle de la révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA – en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision de refus à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 c. 5.3, 130 V 71 c. 3.2.3; VSI 1999 p. 84 c. 1b). Lorsqu'à la suite d'un premier refus de prestations, un nouvel examen matériel du droit à la rente aboutit à ce que celui-ci soit à nouveau

nié dans une décision entrée en force reposant sur une constatation des faits (médicaux) pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas d'indices d'une modification des conséquences exercées par l'état de santé sur la capacité de gain) conformes au droit, la personne assurée doit se laisser opposer ce résultat – sous réserve de la jurisprudence en matière de reconsidération et de révision procédurale – lors d'une nouvelle annonce à l'AI (ATF 130 V 71 c. 3.2.3).

2.6 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2021 IV n° 54 c. 2.3).

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

3.

3.1 A l'appui de sa décision attaquée, l'intimé a rejeté la demande de prestations de l'assuré au motif que celui-ci ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante. Pour ce faire, il s'est écarté des résultats de l'expertise pluridisciplinaire du 14 avril 2022 (et son complément), qu'il avait lui-même diligemment, et qui retenait une incapacité de travail entière dans l'activité exercée en dernier lieu, ainsi qu'une incapacité de travail de 70% dans une activité adaptée depuis décembre 2008. L'intimé a ensuite considéré, après

un examen de ladite expertise sous l'angle des indicateurs standards (degré de gravité fonctionnel et cohérence), que la probabilité prépondérante de conséquences fonctionnelles des atteintes psychiatriques n'était pas avérée. Il a donc retenu que l'assuré était en mesure d'exercer, à temps complet et sans perte de rendement, son activité antérieure, de même que toute autre activité correspondant à ses compétences. Dans sa réponse, l'intimé a en substance maintenu les arguments développés dans la décision contestée et a en particulier reconnu que l'expertise pluridisciplinaire revêtait, sous l'angle médicothéorique, une pleine valeur probante.

3.2 Pour sa part, le recourant reproche à l'intimé de s'être éloigné des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire précitée, à laquelle il attribue une pleine valeur probante. A ce propos, il relève que les experts ont retenu, au terme de leur consensus, l'existence d'une aggravation de son état de santé, causée par une recrudescence de la symptomatologie douloureuse traduisant une accentuation du syndrome somatoforme douloureux persistant dès le 26 mai 2016. Le recourant ajoute que les experts ont posé plusieurs diagnostics ayant une incidence sur sa capacité de travail, si bien que celle-ci était limitée à 30% dans une activité adaptée depuis décembre 2008. A cet égard, il reproche à l'intimé de s'être substitué aux experts sans aucun fondement médical et y voit ainsi une violation du devoir d'instruction. Enfin, le recourant estime que l'intimé, en tant qu'organe d'application du droit, a outrepassé les limites de son pouvoir d'appréciation dans le cadre de l'analyse des indicateurs, en réalisant un examen juridique parallèle non admissible au sens de la jurisprudence.

4.

A titre liminaire, il faut relever que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant en février 2018, si bien que ce point n'a plus à être examiné par le Tribunal administratif (ATF 109 V 108 c. 2b), auquel il appartient bien plutôt de procéder à un examen matériel du cas d'espèce (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b;

SVR 2021 IV n° 36 c 3.1). Cet examen porte ainsi sur la question de savoir si la modification du degré d'invalidité alléguée par l'assuré s'est réellement produite (SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2) entre le 23 mars 2016, date de la dernière décision que l'intimé a rendue sur la base d'un examen matériel du droit (confirmée par JTA AI/2016/414 du 21 août 2017; voir ATF 133 V 108 c. 5.4) et le 21 octobre 2022, date du prononcé ici contesté (voir entre autres VGE IV/2021/868 du 6 février 2023 c. 3.1; JTA AI/2021/480 du 15 mai 2022 c. 5). Dans ce contexte, il convient de fixer le début de la période sur laquelle doit porter l'examen. Hormis la période antérieure au 23 mars 2016, pour laquelle le recours a été d'emblée déclaré irrecevable (voir c. 1.2.1 s. ci-dessus), le versement d'une éventuelle rente d'invalidité ne pourrait intervenir au mieux que six mois après l'introduction de la demande de prestations (art. 29 al. 1 et 3 LAI). Cette demande ayant été déposée initialement au mois de février 2018 par le généraliste traitant de l'assuré, puis corrigé ultérieurement par celui-ci (dos. AI 144 à 146; art. 29 al. 3 LPG; à ce sujet, voir UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 2020, art. 29 n. 41), le droit à la rente pourrait ainsi prendre naissance à compter du 1^{er} août 2018. A cette date, le délai d'attente d'un an de l'art. 28 al. 1 let. b LAI était également échu. Il en résulte que le recours, en tant qu'il vise l'octroi d'une rente avant le 1^{er} août 2018, doit être rejeté dans la mesure où il n'est pas irrecevable (voir JTA AI/2020/396 du 16 juin 2021 c. 5.2, pour un cas similaire).

5.

5.1 Pour rendre sa première décision matérielle du 23 mars 2016 niant le droit à des prestations, prononcé qui a été confirmé par le Tribunal administratif le 21 août 2017 (JTA AI/2016/414), l'intimé s'est appuyé sur le rapport d'expertise bidisciplinaire (psychiatrique et rhumatologique) du 3 mars 2015. Les experts n'y avaient retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Sans influence sur celle-ci, ils avaient diagnostiqué un trouble dépressif récidivant, actuellement en rémission (ch. F33.4 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé), des traits de personnalité paranoïdes accentués

(ch. Z73.1 CIM-10), ainsi qu'un syndrome douloureux panvertébral aspécifique, prononcé au niveau cervical et lombaire (ch. M53.8 CIM-10). Les experts avaient considéré que le recourant détenait une pleine capacité de travail quelle que soit l'activité envisagée et qu'il n'y avait pas eu non plus d'incapacité de travail de haut degré prolongé par le passé (JTA AI/2016/414 du 21 août 2017 c. 5.1; voir aussi dos. AI 116.3).

5.2 A réception de la nouvelle demande de prestations, l'intimé a réuni les documents médicaux principaux suivants.

5.2.1 L'assuré a consulté des spécialistes d'un centre de la douleur d'un hôpital universitaire en raison de douleurs au niveau du dos et de la nuque. Du rapport y relatif du 10 juillet 2018 (dos. AI 153/2), des douleurs paravertébrales chroniques au niveau de la charnière cervico-thoracique, un acouphène droit de haute fréquence compensé, un trouble de la personnalité avec traits paranoïaques et dépressifs, des lombalgies chroniques avec suspicion de douleurs lomboradiculaires exacerbées (spondylarthroses associées à un léger rétrécissement du canal rachidien en L3/4 et L4/5) et une gonarthrose gauche ont été diagnostiqués.

5.2.2 A l'appui d'un certificat médical du 27 juillet 2018 (dos. AI 153/1), le médecin généraliste traitant a expliqué que les douleurs au niveau du dos et en particulier à la nuque s'étaient intensifiées depuis le milieu de l'année 2016. Il a aussi relevé une intensification du traitement médicamenteux. Dans un questionnaire rempli le 11 avril 2019 à l'attention de l'intimé (dos. AI 167/1), il a retenu les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (ch. F33.2 CIM-10), de personnalité paranoïaque (ch. F60 CIM-10) et de douleurs paravertébrales chroniques au niveau du rachis cervical. Sans influence sur la capacité de travail, il a diagnostiqué des acouphènes, une gonarthrose et des lombalgies chroniques. Une incapacité de travail complète a été attesté depuis 2011. A titre de limitations fonctionnelles, le médecin traitant a énuméré des douleurs à la nuque en cas d'effort ou d'activités physiques. Il a enfin estimé que ni l'activité d'alors, ni une autre activité, n'était exigible. Sur questions de l'intimé, le médecin traitant a répété, dans un écrit du 18 août 2020, ses diagnostics et confirmé que l'état de santé demeurerait inchangé et sans

amélioration possible. Il a de plus maintenu qu'aucune activité n'était exigible (dos. AI 195/2; voir aussi dos. AI 190 et 200/2).

5.2.3 A teneur d'un rapport du 18 septembre 2018 (dos. AI 155/1), un psychiatre d'un département pôle santé mentale d'un hôpital régional dans lequel l'assuré était suivi depuis avril 2016 (voir dos. AI 200/10), a retenu à titre de diagnostics un état dépressif léger à moyen (ch. F32.0 CIM-10) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (ch. F45.4 CIM-10). Sur questions de l'intimé, ce psychiatre a réitéré, dans un écrit du 10 janvier 2019 (dos. AI 161/2), le diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (ch. F45.4 CIM-10). En sus de ce diagnostic, une personnalité paranoïaque (ch. F60.0 CIM-10), ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (ch. F33.0 CIM-10), ont été retenus. Le psychiatre a en outre posé un pronostic très réservé sur la capacité de travail, émettant l'hypothèse d'un travail dans un milieu protégé. Selon un rapport du 7 avril 2020, une psychologue du même département pôle santé mentale a relevé que celui-ci présentait plusieurs symptômes psychiques (tristesse, baisse de l'attention et pensées négatives sur le monde et l'avenir), de sorte qu'une réinsertion professionnelle semblait, selon elle, difficilement envisageable (dos. AI 200/10).

5.2.4 Sur demande de l'intimé, une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR s'est prononcée par écrit du 3 décembre 2018 (dos. AI 157/3). Elle a en substance indiqué que plusieurs éléments démontraient une aggravation des altérations dégénératives affectant la région du rachis cervical, précisant que certains mouvements engendraient une légère irritation radiculaire s'accompagnant de douleurs dans la région droite de la nuque. Cela étant, si une exagération des symptômes pouvait, selon la spécialiste, être supposée, les nombreuses tentatives thérapeutiques plaidaient toutefois en faveur de l'existence d'un niveau de souffrance important. Par ailleurs, la spécialiste a précisé qu'elle ne pouvait exclure le développement chez l'assuré d'une dépression qui renforçait son vécu douloureux. En outre, l'absence de suivi psychiatrique et psychothérapeutique laissait supposer une exagération des symptômes.

5.2.5 Dans un rapport de sortie du 7 décembre 2018 consécutif à une hospitalisation de l'assuré du 5 au 25 novembre 2018 (dos. AI 167/7), une clinique de réadaptation a diagnostiqué des douleurs fonctionnelles cervicales et lombaires associées à un status posttraumatique léger, des cervicalgies et des cervicocéphalgies chronicisées côté droit accompagnées d'un acouphène inexpliqué côté droit, associées à une rectitude du rachis cervical avec protrusions discales en C3/4 et C4/5 et rétrécissement foraminaux en C5 plus marqué à droite, un status post-accident de travail avec un marteau-piqueur en 2004, un status post-infiltration facettaire et périradiculaire à hauteur de C4/5 côté droit le 24 avril 2013, des lombalgies chronicisées et actuellement, suspicion de douleurs lomboradiculaires exacerbées côté droit associées à des spondylarthroses et à un léger rétrécissement du canal rachidien en L3/4 et L4/5, un début de gonarthrose médiale au genou gauche associée à un axe des jambes en varus, lésion en clivage au niveau du ménisque médial (asymptomatique), ainsi qu'une dépression. Il est noté que l'assuré était en arrêt maladie depuis le 25 novembre 2018.

5.2.6 Le 15 juillet 2019, un spécialiste en chirurgie de la colonne vertébrale a posé le diagnostic de cervico-brachialgie chronique plus prononcée à droite (status post-accident de travail avec un marteau-piqueur en 2004; status post-infiltration facettaire en C4/5 côté droit le 24 avril 2013; acouphènes) et de symptômes de claudication aux deux jambes depuis l'été 2019. En s'appuyant sur les résultats des imageries par résonance magnétique (IRM) des rachis lombaire et cervical réalisées les 29 avril et 10 mai 2019 (dos. AI 177/2 s.), le spécialiste a exclu un rétrécissement spinal ou foraminaux grave, tant dans la région lombaire que dans la région cervicale. En outre, il a indiqué que l'origine des douleurs dont se plaignait l'assuré restait inexpliquée, relevant cependant qu'une intervention chirurgicale n'était pas indiquée. Enfin, le spécialiste a sollicité des examens complémentaires sur le plan neurologique (dos. AI 175/2), examens qui ont été réalisés par un neurologue entre le 2 et 16 septembre 2019, décelant l'existence d'une polyneuropathie (dos. AI 200/11).

5.2.7 Le 13 février 2020, la spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR s'est à nouveau saisie du cas, en relevant que les douleurs radiculaires et le syndrome de douleur lombaire s'étaient entièrement estompés. Elle a en outre relevé qu'en dépit d'une stabilisation de l'état somatique de l'assuré, les troubles du sommeil et l'absence de structure journalière demeuraient problématique. La spécialiste a aussi estimé que l'assuré ne présentait plus que des symptômes dépressifs légers, si bien que son état paraissait suffisamment stabilisé pour mettre en œuvre des mesures d'ordre professionnel. Un profil d'exigibilité adapté à l'état somatique de l'assuré a ainsi été posé. Elle y a retenu que celui-ci pouvait effectuer des activités physiques légères à modérées (exceptionnellement) dans des positions alternées, en évitant les postures forcées au niveau du rachis cervical, les mouvements répétitifs de la tête, les rotations en station assise/debout sous charge, le soulèvement de charges loin du corps, le soulèvement répétitif de charges au-dessus de la poitrine, les tâches effectuées avec les bras au-dessus de la tête, les montées d'échelles, les agenouillements répétitifs, les activités nécessitant de se pencher ou impliquant une position inclinée vers l'avant ainsi que toutes séquences de mouvements répétitifs au niveau du rachis cervical et du rachis lombaire, des charges de 10 à 15 kg pouvaient exceptionnellement être soulevées et portées, mais pas de façon répétitive. Sur le plan psychiatrique, elle a précisé que l'assuré était en mesure de débiter une journée de travail de quatre heures dans un environnement bienveillant et accueillant et qu'il convenait d'examiner si ce profil d'exigibilité pouvait être étendu (dos. AI 185/3; voir aussi dos. AI 197/2).

5.2.8 Sur proposition du SMR (dos. AI 203), l'intimé a organisé une expertise pluridisciplinaire ressortant aux domaines de la médecine interne, de la neurologie, de la psychiatrie et de la rhumatologie (dos. AI 218). A l'appui de leur évaluation consensuelle du 14 avril 2022, les experts ont diagnostiqué, avec influence sur la capacité de travail, des cervicalgies sans irradiation dans les membres supérieurs sur discopathie (ch. M54.2 CIM-10), une lombalgie sans irradiation dans les membres inférieurs sur discopathie (ch. M54.5 CIM-10), une fissure de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche sans douleur actuelle, mais entraînant des limitations fonctionnelles (ch. M23.3 CIM-10), un syndrome douloureux

somatoforme persistant (ch. F45.4 CIM-10), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel en rémission (ch. F33.4 CIM-10) et une personnalité paranoïaque (ch. F60.0 CIM-10). Comme diagnostic sans influence sur la capacité de travail, ils ont retenu un trouble de l'endormissement et du maintien du sommeil (ch. G47.0 CIM-10). De l'avis des experts, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis le 18 décembre 2008. Ils ont en revanche conclu à une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 70% dans un emploi adapté aux limitations rhumatologiques (pas d'effort de soulèvement de plus de 10 kg à partir du sol, port de charge proche du corps limité à 15 kg, pas de porte-à-faux du buste ou du rachis cervical, pas de position à genoux ou accroupie maintenue) et psychiatriques (activité solitaire et répétitive) depuis décembre 2008. Dans un complément du 10 juin 2022 et corrigé le 15 juin 2022 (dos. AI 226 et 229), les experts ont précisé que seuls les aspects psychiatriques avaient évolué depuis la précédente expertise de mars 2015, soulignant une accentuation du syndrome douloureux somatoforme persistant dès le 26 mai 2016. Ils ont donc confirmé que la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle était nulle depuis cette date. Ils ont également confirmé l'évaluation de celle-ci à 30% (70% de perte de rendement dans une activité adaptée) depuis décembre 2008.

5.2.9 A l'appui de ses objections, l'assuré a produit un avis de son médecin généraliste du 30 août 2022 dans lequel celui-ci a répété que l'intéressé souffrait de douleurs cervicales, de douleurs chroniques au niveau du cou l'obligeant à prendre des analgésiques quotidiennement, de même que de troubles du sommeil. Il a de plus précisé que ces douleurs affectaient également la santé mentale de l'assuré, qui refusait toutefois de consulter un psychiatre. Enfin, il a confirmé que l'assuré était en incapacité de travail (dos. AI 233/2).

6.

Se pose en premier lieu la question de la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 14 avril 2022 et de son complément du 10 juin 2022 (corrigé le 15 juin 2022) servant de fondement à la décision de l'intimé.

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 Tout d'abord, quant à la forme, le rapport d'expertise pluridisciplinaire et son complément répondent aux exigences posées par la jurisprudence quant à la valeur probante des documents médicaux. Les experts, dont les qualifications ne sauraient être mises en doute, ont procédé à un examen personnel du recourant les 16 et 18 février 2022, ont pris en compte ses plaintes subjectives, son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle) et l'ensemble des documents pertinents à disposition (dos. AI 218.6). Les résultats ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance du dossier. Le contexte médical a été résumé et les conclusions consensuelles des experts ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise. En outre, s'agissant du volet psychiatrique, le rapport contient les éléments nécessaires à l'évaluation structurée selon l'ATF 141 V 281 (voir c. 2.3 ci-dessus). Sur le plan strictement formel, l'ensemble de l'expertise pluridisciplinaire satisfait donc aux exigences jurisprudentielles.

6.3

6.3.1 D'un point de vue matériel, sur le plan rhumatologique tout d'abord, les conclusions retenues par l'expert de cette discipline s'avèrent logiques et cohérentes au vu des rapports médicaux au dossier et des résultats de

l'examen clinique et d'imagerie médicale de l'assuré. Le recourant ne conteste d'ailleurs pas ce point. Plus particulièrement, l'expert s'est appuyé sur les résultats de l'IRM du genou gauche réalisée en juillet 2020 (dos. AI 200/9) pour retenir de manière probante le diagnostic de fissure de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche sans douleur actuelle, mais entraînant des limitations fonctionnelles. De la même façon, en se fondant sur les résultats des IRM des rachis lombaire et cervical d'avril et mai 2019, lesquels montraient un état stationnaire des atteintes dégénératives, et ayant observé lors de l'examen clinique une absence d'irradiation dans les membres supérieurs et inférieurs (dos. AI 218.2/7; voir aussi dos. AI 177/2 s.), l'expert a retenu de façon logique les diagnostics de cervicalgies et de lombalgies sans irradiation. En outre, le profil d'exigibilité dressé par l'expert en rhumatologie tient compte des limitations fonctionnelles (une activité n'exigeant pas d'effort de soulèvement de plus de 10 kg, ni de porter des charges de plus de 15 kg, excluant les mouvements en porte-à-faux ou du rachis cervical et sans se mettre en position à genoux ou accroupie maintenue; dos. AI 218.2/8; voir aussi c. 5.2.7 ci-dessus) établies lors de son examen clinique et sur la base du dossier. L'évaluation de la capacité de travail entière, sans diminution de rendement dans cette activité adaptée est ainsi pleinement probante. On précisera à cet endroit que l'avis médical du 8 août 2022, par lequel le généraliste traitant se borne à faire état chez l'assuré de douleurs cervicales et à noter une incapacité de travail depuis plusieurs années, n'est aucunement étayé et ne permet pas de remettre en cause ce volet de l'expertise (voir c. 5.2.9 ci-dessus).

6.3.2 Sur le plan de la médecine interne générale, l'avis de l'expert mandaté permet aisément de comprendre pourquoi celui-ci a nié tout diagnostic impactant la capacité de travail relevant de sa spécialité. En particulier, l'expert a évoqué des troubles du sommeil (ch. G47.0 CIM-10), considérant toutefois que la composante somatique de cette atteinte demeurerait minime. En effet, il n'a pas relevé de nycturie importante, ni d'élément pour un syndrome des apnées du sommeil, ni pour des difficultés cardiorespiratoires en position couchée (dos. AI 218.3/5 s.). Du reste, les autres diagnostics mis en relief par cet expert, à savoir des cervicalgies et une polyneuropathie anamnestique en voie d'amélioration, dont l'étiologie

est inconnue, ne sont pas non plus susceptibles d'engendrer une diminution de la capacité de travail. On précisera à ce propos que l'étiologie des problématiques médicales en cause importe peu du point de vue de l'AI qui, en tant qu'assurance finale et non causale, doit uniquement s'attacher aux répercussions que ces atteintes peuvent avoir sur la capacité de travail de la personne assurée (voir JTA AI/2022/615 du 4 avril 2024 c. 5.3.4 et les références). La conclusion de l'expert, aboutissant à une capacité de travail entière dans sa spécialité, sans limitation, est donc convaincante, ce que le recourant ne conteste au demeurant pas.

6.3.3 Il sied en outre de relever que sur le plan neurologique, aucun élément n'est litigieux et ne permet de remettre en cause les conclusions de l'expert. En effet, celui-ci n'a pas retenu de diagnostic se répercutant sur la capacité de travail. Il est certes vrai que dans un rapport du 16 septembre 2019 (dos. AI 200/11; voir aussi c. 5.2.6 in fine ci-dessus), un neurologue a confirmé, sur la base d'une électromyographie, la présence d'une polyneuropathie. Cela étant, l'expert en neurologie a écarté de façon convaincante un tel diagnostic, puisqu'au terme de son examen clinique, il a en particulier observé chez l'assuré une sensibilité profonde et des réflexes rotuliens et achilléens préservés, ainsi qu'une pallesthésie à 6,5/8, et une stabilité au test de Romberg (épreuve de l'équilibre). Aussi, il a noté une amélioration subjective de la sensibilité des membres inférieurs exprimée par l'assuré (dos. AI 218.4/4 s.). Sur ces bases, l'expert est parvenu de façon logique à la conclusion que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail sous l'angle neurologique (dos. AI 218.4/5), si bien que ce volet de l'expertise doit également être confirmé.

6.3.4 Quant au volet psychiatrique de l'expertise, on saisit aisément pourquoi l'expert de cette discipline a admis la présence d'un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (ch. F33.4 CIM-10) et a rejeté un épisode dépressif actuel sévère. En effet, ce spécialiste a tout d'abord rappelé de façon pertinente que l'assuré avait connu plusieurs épisodes dépressifs, qualifiés de léger à moyen, en raison d'une absence d'idée suicidaire et dont les symptômes se manifestaient par une baisse d'intérêt, une tristesse d'humeur et une diminution d'estime de soi. Il a ensuite expliqué de manière cohérente que l'épisode était actuellement en

rémission, dès lors que l'assuré ne présentait pas de fatigue, ni de fatigabilité, de tristesse évidente d'humeur, de baisse d'estime de soi, ou d'anhédonie, ce qui coïncidait avec ses propres observations cliniques et les plaintes exprimées par l'assuré (dos. AI 218.5/5 s.). S'agissant du trouble de la personnalité paranoïaque (ch. F.60.0 CIM-10), l'expert a démontré de manière cohérente que même en l'absence d'une hypertrophie du moi, ce diagnostic se justifiait devant la présence d'une rigidité dans le mode de fonctionnement de l'assuré, une méfiance excessive, une tendance aux conflits en raison d'une manière de percevoir négativement les propos d'autrui et une tendance procédurière. Il a en particulier relevé qu'outre cette rigidité, l'assuré n'acceptait pas les incivilités, se mettait parfois en danger en tentant de faire respecter l'ordre juridique et était incapable de remettre en cause son propre fonctionnement (dos. 218.5/6 s.). L'expert a aussi relevé que l'intéressé était habité par un sentiment d'être agressé en permanence, ainsi que par une tendance interprétative, ce qui avait pour conséquence qu'il se trouvait régulièrement en conflit, notamment avec ses voisins et par le passé avec ses anciens collègues (dos. AI 218.5/8; voir aussi dos. AI 218.2/4 et 218.3/5). Cette appréciation diagnostique, qui est corroborée par les avis des spécialistes d'un centre de la douleur et du psychiatre traitant (voir c. 5.2.1 et 5.2.3 ci-dessus), convainc pleinement. Elle correspond au demeurant dans une large mesure à la description des symptômes énumérés dans la CIM-10 (voir ch. F60 et F60.0 CIM-10). Elle prend également appui sur le fait que l'expert s'est aussi efforcé à examiner et écarter d'autres types de trouble de la personnalité, notamment schizoïde ou dyssociale (dos. AI 218.5/6). L'expert a de plus étayé, certes succinctement, les motifs qui l'ont amené à écarter des traits de personnalité paranoïdes accentués (voir c. 5.1 ci-dessus). Il a en effet estimé que l'expression des traits de personnalité étaient stables dans le temps, si bien qu'il se justifiait de privilégier un trouble de la personnalité (dos. AI 229/2). L'expert a enfin rapporté qu'outre le fait que l'assuré ne prenait plus aucune médication psychotrope, celui-ci n'était plus suivi par son psychiatre traitant depuis janvier 2019, ni même par sa psychologue traitante depuis 2021 (dos. AI 218.5/8; voir aussi dos. AI 161/3 et 200/10).

6.3.5 Si l'appréciation diagnostique concernant le trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission et la personnalité paranoïaque sont convaincants, il n'en va toutefois pas de même du syndrome douloureux somatoforme persistant (ch. F45.4 CIM-10). A cet égard, on ne saurait ignorer que l'analyse diagnostique de l'expert psychiatre rejoint celle du psychiatre traitant (voir c. 5.2.3 ci-dessus) et concorde du reste en partie avec la description des symptômes répertoriés dans la CIM-10 (voir ch. F45 et F45.4 CIM-10). L'expert psychiatre a en effet relevé que l'apparition de cette pathologie (depuis à tous le moins 2011) faisait suite au contexte d'une aggravation des douleurs ressenties chez l'assuré au niveau des cervicales et des lombaires, sans substrat organique évident (dos. AI 218.5/6; voir aussi dos. AI 218.5/2). De plus, selon l'expert, le mode de fonctionnement de l'assuré était ainsi modifié, dès lors que celui-ci n'arrivait pas à dormir en raison des douleurs et voyait le déroulement de sa journée impacté en conséquence. L'expert a également relevé qu'une absence de dramatisation chez l'assuré excluait une somatisation et que celui-ci refusait d'entendre les conclusions rassurantes des médecins consultés (dos. AI 218.5/6). Cela étant, il appert que l'expert psychiatre s'est essentiellement appuyé sur les avis des anciens psychiatres traitants de l'assuré et plus particulièrement sur celui du 26 mai 2016 pour admettre un syndrome douloureux somatoforme persistant (dos. AI 218.5/7 et 229/2). Or, le Tribunal administratif, dans son jugement du 21 août 2017 entré en force, a estimé que ce dernier rapport n'était pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise du 3 mars 2015 qui, de son côté, niait la présence d'un trouble somatoforme douloureux (voir JTA AI/2016/414 du 21 août 2017 c. 5.3). De manière vague, l'expert semble s'être ensuite fondé sur le seul ressenti de l'assuré qui évoquait des douleurs devenues, selon lui, insupportables depuis plusieurs années, et non pas sur un examen objectif, afin de retenir une aggravation de ce trouble douloureux somatoforme persistant dès le 26 mai 2016 (dos. AI 229/2). Qui plus est, cette affirmation se trouve en contradiction avec le fait que l'expert ait qualifié, à la date de l'expertise (avril 2022), le syndrome douloureux de faible importance, précisant que les douleurs n'étaient pas mises en avant par l'assuré de manière spontanée (dos. AI 218.5/7). On rappellera aussi que pour la période antérieure à la première décision de l'intimé du 23 mars 2016, les considérations de l'expert psychiatre, qui retenait l'existence de

ce diagnostic depuis 2011, n'exprimaient en réalité qu'une autre appréciation d'une situation médicale (voir c. 1.2.2 ci-dessus; voir aussi arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_145/2020 du 4 février 2021 c. 4.1). Dans ces conditions, il faut retenir que l'expertise ne s'est pas prononcé de façon convaincante sur le point de savoir si l'état de santé de l'assuré s'était péjoré en raison d'une accentuation d'un syndrome douloureux somatoforme persistant.

6.3.6 Par ailleurs, il n'est pas non plus compréhensible que cet expert ait considéré la capacité de travail de l'assuré comme étant inexistante dans l'activité habituelle depuis le 26 mai 2016, ni même qu'il l'ait évaluée à 30% (100% avec une diminution de rendement de 70%) dans une activité adaptée depuis décembre 2008. Certes, ce dernier taux s'apparente à celui arrêté par l'auteur de l'expertise psychiatrique privée du 14 avril 2014 (dos. AI 93/2 et 218.5/7). Le Tribunal administratif, dans son jugement du 21 août 2017, a toutefois considéré que cette expertise privée n'emportait pas conviction par rapport à l'expertise du 3 mars 2015 (voir JTA AI/2016/414 du 21 août 2017 c. 5.2.1 et 5.2.3). Or, l'évaluation de l'expert psychiatre de 2022 s'éloigne sensiblement de celle du spécialiste ayant réalisé le volet psychiatrique de l'expertise du 3 mars 2015 qui retenait pour sa part une capacité entière de travail (voir c. 5.1 ci-dessus). A ce propos, on discerne mal comment une péjoration de l'état de santé de l'assuré dès le 26 mai 2016 pourrait conduire à une modification de sa capacité de travail pour la période antérieure à cette date, c'est-à-dire depuis décembre 2008 (dos AI 229/2). On ajoutera encore que cette évaluation de la capacité de travail entre également en contradiction avec les limitations indiquées dans l'expertise, à savoir une activité répétitive, dans un environnement de travail plutôt solitaire (dos. AI 218.5/8 et 229/2 s.). A ce propos, il faut relever que l'expert psychiatre n'a pas décrit précisément quelles étaient les limitations fonctionnelles qui résultaient des affections dont souffrait le recourant. En effet, plusieurs manifestations somatiques telles que des douleurs, un sentiment de brouillard dans la tête et des difficultés de concentration ont été évoquées (dos. AI 218.5/8). Cela étant, l'expert n'a pas exposé plus avant en quoi celles-ci conduiraient à une réduction sensible du rendement chez l'assuré. On notera également que certaines de ces manifestations somatiques ne trouvent pas appui dans les

observations cliniques de l'expert, ni d'ailleurs dans les pièces médicales au dossier. En particulier, l'expert psychiatre avait au contraire constaté, lors de l'examen clinique, une absence de trouble de la concentration ou de l'attention. De même, aucun sentiment de brouillard n'avait été évoqué à cette occasion (dos. AI 218.5/5).

6.3.7 En résumé de ce qui précède, il n'est donc pas possible d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante (degré de preuve généralement exigé dans le domaine des assurances sociales: ATF 144 V 427 c. 3.2; SVR 2022 UV n° 41 c. 3.3), si l'état de santé psychique du recourant et sa capacité de travail se sont détériorés de façon notable par rapport à l'état de fait qui prévalait lors de la décision de refus de prestations du 23 mars 2016. Sur le vu des incohérences existant entre ce qui précède et la capacité de travail retenue par l'expert psychiatre, on aurait attendu de celui-ci qu'il explique pour quels motifs il s'était écarté de l'appréciation du spécialiste en psychiatrie mandaté par l'intimé pour réaliser l'expertise de mars 2015. Faute d'être suffisamment motivée, on ne peut pas retenir avec une vraisemblance prépondérante l'aggravation de l'état de santé de l'assuré et l'incapacité de travail retenues par l'expert psychiatre.

6.3.8 Dans la mesure où les experts se contentent, dans leur consensus, de reprendre mot pour mot le raisonnement de l'expert psychiatre (dos. AI 218.1/5 s.), ceux-ci ne parviennent pas non plus à convaincre lorsqu'ils retiennent une accentuation du syndrome douloureux somatoforme persistant dès le 26 mai 2016, ainsi qu'une capacité de travail de l'assuré de 30% (70% de perte de rendement) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (travail répétitif et solitaire). Dans ces conditions, l'évaluation consensuelle du 14 avril 2022, succincte et insuffisamment étayée, ne satisfait pas aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a; voir c. 6.1 ci-dessus). Il s'ensuit qu'un examen des indicateurs standards s'avère ainsi superflu (voir JTA AI/2021/246 du 5 novembre 2021 c. 6.2 et AI/2019/419 du 17 juin 2020 c. 6.3.2).

6.3.9 Quant aux autres appréciations médicales au dossier, elles ne permettent pas non plus au Tribunal de statuer sur la cause. Dans ses divers avis médicaux, le généraliste traitant s'est pour l'essentiel contenté

de retenir, sans autre explication, une incapacité de travail de longue durée (voir c. 5.2.2 et 5.2.9 ci-dessus). En particulier, à l'appui de son rapport du 11 avril 2019, après avoir attesté une incapacité de travail entière depuis 2011, il n'a pas exposé en quoi les limitations fonctionnelles retenues rendraient toute activité inexigible (voir c. 5.2.2 ci-dessus). Quant au rapport du psychiatre traitant du 18 septembre 2018, il mentionne certes un syndrome somatoforme douloureux persistant mais n'aborde pas la question de la capacité de travail du recourant, pas plus que celle d'une éventuelle diminution de rendement ou d'une activité raisonnablement exigible. Dans un second rapport du 10 janvier 2019 du psychiatre traitant, celui-ci ne renseigne pas davantage sur ces questions, le spécialiste s'étant borné à définir un profil d'exigibilité sans motiver plus avant son appréciation. Le même constat peut être fait concernant l'avis de la psychologue traitante du 7 avril 2020 (voir c. 5.2.3 ci-dessus). Dans ces conditions, rien au dossier ne permet de supposer que l'incapacité de travail totale que le médecin traitant atteste depuis 2011 s'explique autrement que par la relation de confiance développée avec son patient (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances [TFA, ancienne dénomination des Cours de droit social du Tribunal fédéral] I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3) et la prise en compte bienveillante des plaintes subjectives.

7.

7.1 Sur le vu de ce qui précède, il n'existe actuellement pas au dossier les éléments suffisants pour pouvoir se prononcer sur le point de savoir si la modification du degré d'invalidité alléguée par le recourant, depuis le dernier examen matériel de son droit à des prestations AI, s'est réellement produite et, le cas échéant, sur le droit du recourant à des prestations de l'AI. En rendant une décision en l'état du dossier, notamment sur la base de l'expertise pluridisciplinaire et son complément, que l'on ne saurait qualifier de probants, l'intimé a violé le devoir d'instruction qui lui incombait (voir art. 43 LPG).

7.2 En définitive, il incombera à l'intimé de faire compléter l'expertise pluridisciplinaire sur le plan psychiatrique, afin que le spécialiste de cette discipline se prononce de façon précise et détaillée sur l'existence et l'évolution des diagnostics et de la capacité de travail médico-théorique pour toute la période couverte par l'objet de la contestation (voir c. 1.2.2 s. et 4 ci-dessus). Les résultats de l'investigation devront en particulier permettre de confirmer ou non l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, de même que de déterminer de façon détaillée les limitations fonctionnelles exactes du recourant sur le plan psychique, respectivement la capacité (ou l'incapacité) de travail du recourant dans une activité raisonnablement exigible. Une fois cette expertise complétée, les quatre experts se coordonneront sur le plan psychique et somatique et rendront une nouvelle évaluation consensuelle. Il incombera également à l'intimé de procéder à un nouvel examen des indicateurs standards découlant de la grille d'évaluation normative et structurée, applicable d'après la jurisprudence citée plus haut (voir c. 2.3 ci-dessus). Dans ce contexte, on relèvera à son attention que dans l'analyse du critère relatif au succès du traitement (voir ATF 141 V 281 c. 4.3.1.2 et les références), le fait de ne pas se soumettre à un suivi psychiatrique et psychologique ne suffit pas à lui seul pour retenir une absence de résistance au traitement, le résultat de l'appréciation dépendant de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (ATF 141 V 281 c. 4.3.1.2 et les références). Quant à l'indicateur des comorbidités (ATF 143 V 418 c. 8.1, 141 V 281 c. 4.3.1.3), dès que des troubles (indépendamment de leur diagnostic) ont un effet limitatif sur les ressources, ils doivent être pris en considération en tant que comorbidité (ATF 143 V 418 c. 8.1; voir aussi VGE IV/2022/734 du 25 juillet 2023 c. 5.2.1.3 et JTA AI/2020/352 du 15 avril 2021 c. 7.3). Ainsi, au cas particulier, un renvoi de la cause à l'intimé 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'intimé sera en mesure de se prononcer en connaissance de cause sur l'éventuel droit du recourant à des prestations de l'AI pour la période couverte par la demande introduite le 13 février 2018. Il lui incombera de rendre une nouvelle décision à cet égard.

8.

8.1 En conclusion, le recours, dans la mesure où il n'est pas irrecevable ou rejeté (voir c. 1.2.2 s. et 4 ci-dessus), doit être admis. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

8.2 Les frais de la procédure devant le Tribunal administratif, 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).

8.3 L'annulation cassatoire de la décision équivaut à un gain de cause (ATF 137 V 57 c. 2.1). Les irrecevabilité et rejet partiels quant à la naissance potentielle d'un droit à la rente n'ont pas influencé l'ampleur de la procédure et ne justifient pas une réduction des dépens eu égard au gain de cause correspondant à la conclusion subsidiaire du recours (SVR 2016 IV n° 12 c. 5, 2011 IV n° 38 c. 4.1; voir aussi JTA AI/2020/396 du 16 juin 2021 c. 7.3, pour un cas similaire). Le recourant étant représenté par un mandataire professionnel, il a droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 108 al. 3 en relation avec l'art. 104 al. 1 et 3 LPJA [dans sa version en vigueur jusqu'au 31 mars 2023, voir art. T2-1 LPJA]). Ceux-ci, doivent être réduits, dès lors que le mandataire du recourant demande un montant forfaitaire de débours de 5%, dépassant le montant admissible de 3% prévu par la circulaire n° 15 du 21 janvier 2022 de la Cour suprême du canton de Berne, applicable par analogie aux causes de droit des assurances sociales (consultable à partir du lien <www.zsg.justice.be.ch> en sélectionnant les rubriques "Prestations" et "Circulaires et modèles de formulaires"; voir VGE IV/2022/497 du 4 mars 2024 c. 4.2.9, destiné à la publication). Ainsi, après examen de la note d'honoraires du mandataire du 9 février 2023, qui pour le surplus ne prête pas à discussion, compte tenu de l'importance et de la complexité objectives de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du Tribunal dans des cas semblables, sont fixés à Fr. 1'355.55 (honoraires de Fr. 1'222.- [au tarif horaire de Fr. 130.-, puisque le recourant est représenté par un organisme de conseils juridiques reconnu d'utilité publique], débours de Fr. 36.65 [3% des honoraires] et TVA de Fr. 96.90 [taux de 7.7%, dès lors que l'entier de l'activité est

intervenue avant 2024]; voir la Circulaire du 16 décembre 2009 de la Cour des assurances sociales du Tribunal administratif du canton de Berne, consultable à partir du lien <www.vgb.justice.be.ch> en sélectionnant les rubriques "Frais" et "Assistance judiciaire").

8.4 Compte tenu de l'issue de la procédure, la requête d'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure, devenue sans objet, doit être rayée du rôle du Tribunal administratif.

Par ces motifs:

1. Le recours est partiellement admis dans la mesure où il est recevable et la décision attaquée est annulée en tant qu'elle vise l'octroi d'une rente dès le 1^{er} août 2018. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Pour le surplus, le recours est rejeté.
2. Les frais judiciaires, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé.
3. L'intimé versera au recourant la somme de Fr. 1'355.55 (débours et TVA compris) à titre de participation à ses dépens pour la procédure judiciaire.
4. La requête d'assistance judiciaire 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).