200.2023.819.AI
N° AVS
BEP/EGC

Tribunal administratif du canton de Berne

Cour des affaires de langue française

Jugement du 21 mai 2025

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président
A.-F. Boillat et G. Zürcher, 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 18 octobre 2023

En fait:

A.

A._____, né en 1964, marié et père de trois enfants nés d'un premier mariage en 1987, 1991 et 1993, ainsi que de deux filles nées en 2000 (adoptée en 2010) et en 2012, est titulaire d'une attestation de mécanicien de précision obtenue lors d'une mesure de reclassement allouée par l'Office AI Berne en 1997. Il a occupé plusieurs emplois dans le domaine de la mécanique, entrecoupés par des périodes de chômage et des incapacités de travail, notamment consécutives à plusieurs accidents. Par décision du 28 novembre 2003, confirmée par le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) dans un jugement du 9 mars 2005 (JTA AI/2004/5952), l'Office AI Berne a d'abord exclu un droit à une rente d'invalidité. Le 18 décembre 2019, cette autorité n'est ensuite pas entrée en matière sur une nouvelle demande de prestations du 19 août 2019. Par décision du 31 mars 2020, il a cependant alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité, échelonnée du 1er mars au 31 juillet 2018 et du 1er février au 31 décembre 2019, assortie de rentes pour ses enfants nés en 2000 et 2012. Une nouvelle demande de prestations a ensuite été déposée par l'assuré le 12 juin 2020, consécutivement à un accident ayant engendré une incapacité de travail médicalement attestée à 100%. Par une communication du 18 mars 2021, l'Office AI Berne a exclu tout droit à des mesures de réadaptation puis, par décision du 8 juin 2022, le droit à une rente d'invalidité. Le TA a rejeté le recours de droit administratif déposé par l'assuré contre cette décision par jugement du 12 décembre 2022 (JTA AI/2022/423). Dans un arrêt du 17 avril 2023, le Tribunal fédéral (TF) a déclaré irrecevable le recours introduit par l'assuré contre le jugement du 12 décembre 2022 (TF 9C_66/2023).

B.

Le 4 juillet 2022, l'assuré a introduit une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office AI Berne, après avoir subi une chute à vélo le 22 mai 2022. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a recueilli le dossier de la

Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA), ainsi que divers rapports des médecins ayant traité l'assuré. Il a ensuite consulté le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui a rendu son rapport en date du 19 juillet 2023. Sur la base de cet avis, l'Office AI Berne a nié tout d'abord le droit de l'assuré à des mesures professionnelles de réadaptation dans une décision du 30 août 2023. Le recours interjeté par l'assuré le 27 septembre 2023 contre cette décision a été déclaré irrecevable par le TA dans un jugement du 21 mars 2024 (JTA AI/2023/689). Également le 30 août 2023, l'Office AI Berne a émis un préavis par lequel il a informé l'assuré qu'il entendait nier son droit à une rente d'invalidité. Après avoir pris connaissance d'un nouveau rapport du SMR du 12 octobre 2023, l'Office AI Berne a ensuite confirmé ce refus de rente par décision du 18 octobre 2023, nonobstant les observations formulées le 2 octobre 2023 par l'assuré, représenté par un avocat, contre le préavis du 30 août 2023.

C.

L'assuré a porté le litige devant le TA le 20 novembre 2023. Il a conclu en substance à l'annulation de la décision de l'intimé du 18 octobre 2023 et, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 31 mars 2020, de même que, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'Office AI Berne pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants, le tout sous suite des frais et dépens. Il a de plus sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire. Le 15 janvier et le 11 juillet 2024, l'avocate nouvellement mandatée par le recourant a complété cette requête. Par ordonnance du 16 janvier 2024, le juge instructeur a prononcé la suspension de la procédure jusqu'à droit connu dans la procédure relative au recours contre la décision de refus de mesures professionnelles du 30 août 2023. La présente procédure a été reprise par ordonnance du 14 mai 2024, après l'entrée en force du jugement précité du 21 mars 2024 (JTA AI/2023/689). Dans son mémoire de réponse du 29 juillet 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'avocate du recourant a produit sa note d'honoraires le 19 août 2024.

En droit:

1.

1.1 La décision du 18 octobre 2023 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à une rente d'invalidité. D'après les conclusions du recours du 20 novembre 2023, l'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision, principalement sur l'octroi d'une rente, ainsi que, subsidiairement, sur le renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Est particulièrement critiquée par le recourant l'appréciation de sa capacité de travail faite par l'intimé, qui se fonde essentiellement sur les rapports du SMR des 19 juillet et 12 octobre 2023.

1.2 S'agissant d'une nouvelle demande de prestations sur laquelle l'intimé est entré en matière, il y a lieu d'examiner 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 en comparant l'état de fait ayant fondé la (dernière) décision (matérielle) 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). En l'espèce, la dernière décision par laquelle l'intimé a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité a été rendue le 8 juin 2022. Elle a été confirmée par le jugement précité du 12 décembre 2022 (JTA AI/2022/423) et est dès lors entrée en force, le TF ayant déclaré irrecevable le recours interjeté à son encontre (voir c. A). Dans la mesure où le recourant conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 31 mars 2020, cette conclusion s'avère par conséquent irrecevable pour la période antérieure à juin 2022 (voir à ce propos: ATF 136 V 369 c. 3.1.1; TF 9C_294/2013 du 20 août 2013 c. 4.1, in SVR 2013 IV n° 45).; JTA AI/2022/709 du 9 juin 2024 c. 1.2.3 et les références).

1.3 Sous réserve de ce qui précède, interjeté en temps utile, dans les formes minimales prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et par la suite dûment représentée, 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]).

1.4 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et art. 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]).

1.5 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 art. 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 1er 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 entraînant des conséquences juridiques (ATF 148 V 162 c. 3.2.1 et les références). En l'occurrence, tant la décision entreprise que le droit potentiel du recourant à une rente sont postérieurs au 1er janvier 2022, la demande de prestations ayant été déposée le 4 juillet 2022. Ainsi, c'est le droit en vigueur depuis le 1er janvier 2022 qui s'applique.

2.2 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. 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; TF I 822/06 du 6 novembre 2007 c. 2.1, in SVR 2008 IV n° 35). 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; TF 8C_280/2020 du 21 décembre 2020 c. 3.1, in SVR 2021 IV n° 36).

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 considération 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 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). Une rente au sens de l'art. 28 al. 1 LAI n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au

sens de l'art. 8 al. 1bis et 1ter LAI n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1bis LAI). Aux termes de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2); pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour un taux d'invalidité entre 40 et 49%, la quotité de la rente est fixée au pourcentage découlant de l'art. 28b al. 4 LAI.

2.5 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; TF 9C_540/2020 du 18 février 2021 c. 2.3, in SVR 2021 IV n° 54).

2.6 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 moyens de preuve disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Dans sa décision du 18 octobre 2023, l'intimé a considéré, en se basant sur les rapports du SMR des 19 juillet et 12 octobre 2023, que l'assuré était en mesure d'assumer, d'un point de vue médical, une activité lucrative légère à (parfois) moyennement exigeante et ce à plein temps, avec une diminution de rendement de 15% en raison de diverses limitations de l'appareil locomoteur et de troubles internes. En procédant à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'intimé a arrêté le

taux d'invalidité du recourant à 15%, en se fondant sur les revenus statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS), tant pour le revenu avec invalidité que pour celui que l'assuré pourrait réaliser sans atteinte à la santé.

3.2 Dans son mémoire de recours, l'assuré fait valoir en substance que le seul avis du SMR est insuffisant pour se prononcer sur son état de santé et sur les raisons qui provoquent son incapacité de travail depuis de nombreux mois. Il invoque la reconnaissance de son invalidité sur la base des certificats médicaux figurant au dossier et requiert, dans le cas où ceux-ci seraient insuffisants, l'organisation d'une expertise médicale pluridisciplinaire pour déterminer avec exactitude son état de santé actuel et constater qu'il n'est pas en mesure de travailler dans ses domaines d'activité du décolletage, du nettoyage et en tant que paysagiste, ni de réaliser un quelconque revenu dans une activité physique.

4.

A titre liminaire, il convient de constater que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant en date du 5 juillet 2022 (date du timbre postal; dossier [dos.] AI 291/13). Etant donné que cette question n'est pas litigieuse au cas particulier, le TA n'a pas à revoir cet aspect de la procédure (ATF 105 V 108 c. 2b). Il y a lieu au contraire de procéder à un examen complet du droit à la rente (voir c. 2.2 ci-avant).

5.

Il ressort du dossier les faits médicaux principaux suivants, survenus en relation avec la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 5 juillet 2022, à la suite de l'accident survenu le 22 mai 2022.

5.1 Dans son rapport initial du 22 mai 2022 à l'intention de la SUVA après l'accident survenu le même jour, le médecin généraliste du recourant a diagnostiqué une contusion à l'épaule droite après traumatisme lors d'une

chute à vélo et constaté une scapulalgie droite sans limitation d'amplitude, un traumatisme acromio-claviculaire, un conflit sous-acromiodeltoïdien et une légère tendinite du supra- et infraépineux (voir aussi dos. AI 309.45/1). Une incapacité de travail totale initiale a été attestée du 23 mai au 30 juin 2022, prolongée par la suite à plusieurs reprises par le praticien (dos. AI 309.32/4-5; voir aussi dos. AI 314/3).

5.2 Par décision du 1er septembre 2022, confirmée par décision sur opposition du 11 octobre 2022, la SUVA a mis fin à ses prestations d'assurance au 8 septembre 2022, considérant que l'assuré avait recouvré l'état de santé qui aurait été le sien sans la survenance de l'accident assuré. Pour ce faire, la SUVA s'est basée principalement sur deux rapports des 3 et 10 août 2022 d'une spécialiste en médecine interne générale et médecine intensive de son service de médecine d'assurance (dos. AI 309.8, 336.25 et 336.8). Celle-ci a relevé que le bilan radiologique de l'assuré mettait en évidence une atteinte dégénérative sous la forme d'une arthrose acromio-claviculaire associée à une tendinopathie des tendons sus- et sous-épineux avec présence d'une déchirure du labrum antéro-supérieur, mais sans atteinte structurelle ostéoligamentaire post-traumatique. Elle a conclu que l'assuré avait présenté une aggravation transitoire d'une atteinte préexistante (usure avec troubles dégénératifs) à raison de deux à trois mois, soit, au plus tard, jusqu'au 22 août 2022.

5.3 Dans un rapport du 12 octobre 2022 au généraliste traitant le recourant, le médecin chef du département de chirurgie d'un hôpital consulté a confirmé le diagnostic, déjà posé antérieurement, de lésion au niveau du bourrelet glénoïdien antéro-supérieur (SLAP) de type 2 et de l'acromion de type III de l'épaule droite. Il a aussi estimé, étant donné la durée des symptômes, qui évoluaient depuis environ trois ans, qu'une intervention chirurgicale serait la seule possibilité de soulager le patient, mais constaté que celui-ci ne la souhaitait pas pour le moment (voir aussi dos. AI 317/2 et 339/5). Dans un autre rapport du 9 mai 2023 à l'intimé, il a réitéré son diagnostic. S'agissant des limitations provoquées et de leurs conséquences sur la capacité de travail, il a déclaré que l'utilisation en force ou répétée du bras droit n'était pas souhaitable, mais que le patient

était en mesure de travailler sans restriction en tenant compte de ces limitations (dos. AI 314/9 et 339/2-4).

5.4

5.4.1 Afin d'éclaircir la situation, l'intimé a invité le SMR à se prononcer sur la base du dossier médical de l'assuré. Un spécialiste en médecine du travail et médecine générale de ce service a rendu un premier rapport le 19 juillet 2023. Il y a confirmé la présence chez l'assuré d'une atteinte dégénérative acromio-claviculaire avec déchirure du labrum de l'épaule droite. Quant au profil d'activité exigible, le spécialiste a retenu une activité physique légère à rarement moyennement lourde, à raison d'un plein temps de 8,5 heures par jour avec un rendement diminué de 15%, en raison de diverses limitations de l'appareil locomoteur et de troubles internes constatés. Il a précisé qu'il convenait d'éviter les postures forcées prolongées du haut du corps, les travaux impliquant des mouvements de rotation répétitifs du haut du corps, la rotation du haut du corps en position assise ou debout sous l'effet d'un poids, le soulèvement de charges à distance du corps, le levage répétitif de charges au-dessus de la hauteur de la poitrine, les travaux au-dessus de la tête, l'utilisation d'échelles et d'échafaudages et la montée fréquente d'escaliers, les accroupissements répétitifs, le fait de se pencher ou de travailler en position inclinée vers l'avant, les mouvements répétitifs et stéréotypés dans la région des vertèbres lombaires, ainsi que les charges asymétriques et inattendues, de même que la marche sur des sols inégaux ou en pente (dos. AI 346/4-6).

5.4.2 Appelé une nouvelle fois à prendre position à la suite des observations de l'assuré du 2 octobre 2023 contre la préorientation de l'intimé du 30 août 2023, le même médecin du SMR s'est prononcé de manière circonstanciée le 12 octobre 2023. Il a confirmé ses conclusions du 19 juillet 2023 et a nié avoir prétendu dans son rapport précédent que l'assuré était en mesure de poursuivre ses activités antérieures de nettoyage et de conciergerie, contrairement à ce qu'affirmait l'assuré. Le praticien a précisé qu'il n'avait retenu que la capacité de l'assuré d'effectuer des travaux tels que ceux décrits dans le profil d'exigibilité qu'il avait établi, qui ne mettaient pas excessivement à contribution l'épaule atteinte. Il a déclaré enfin qu'il ne constatait pas de péjoration de l'état de santé de

l'assuré et que rien ne justifiait dès lors qu'il revienne sur son évaluation du profil d'exigibilité effectuée dans son rapport précédent. Il a encore estimé qu'avec des exercices de physiothérapie effectués de manière conséquente, les troubles de l'épaule de l'assuré et, partant, sa capacité de travail, pourraient s'améliorer.

6.

Il convient en premier lieu d'examiner la valeur probante des deux rapports du SMR des 19 juillet et 12 octobre 2023, sur lesquels la décision attaquée est basée.

6.1

6.1.1 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).

6.1.2 Les rapports du SMR (art. 49 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.20]) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA (TF 8C_839/2016 du 12 avril 2017 c. 3.1). Ces rapports, qui peuvent même être établis sur la seule base du dossier médical, sans que la personne assurée soit examinée personnellement (art. 49 al. 1 et 2 RAI; TF 8C_33/2021 du 31 août 2021 c. 2.2.2 et les références), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne

saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, pour autant qu'ils satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires (ATF 135 V 254 c. 3.3.2; TF 8C_839/2016 du 12 avril 2017 c. 3.2, in SVR 2018 IV n° 4). Sous l'angle de l'appréciation des preuves, il y aura néanmoins lieu de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance doit être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée par l'AI. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée devront alors également être pris en considération. Si les constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle ne suffit pas à écarter ces doutes (ATF 125 V 351 c. 3b/cc). Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner alors une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 c. 5.1, 135 V 465 c. 4.4 à 4.6, 122 V 157 c. 1d).

6.2 En l'espèce, d'un point de vue formel, force est de constater que le médecin du SMR a tenu compte des pièces pertinentes du dossier médical de l'assuré postérieures à l'accident du 22 mai 2022, en particulier aussi du dossier de la SUVA en rapport avec l'accident en question, mais également de l'ensemble des problèmes de santé documentés dans le volumineux dossier de l'intimé relatif aux sept demandes antérieures de prestations de l'AI introduites, dont la première date d'octobre 1993. Le spécialiste du SMR, dans son premier rapport du 19 juillet 2023, a d'ailleurs expressément indiqué avoir consulté tous les documents médicaux figurant au dossier, ce qu'aucun élément ne permet de remettre en question. Le rapport du SMR décrit le contexte médical de façon compréhensible, mentionne les différents points litigieux et tient compte des plaintes du recourant. Ce faisant, le spécialiste du SMR était en mesure de se faire une image complète de la situation médicale, de même que de l'apprécier, sans qu'il ne soit besoin de procéder à un examen personnel du recourant. En effet, un tel examen n'est pas nécessaire lorsque, comme en l'espèce, le dossier médical est complet et que le médecin du SMR se réfère à des pièces médicales qui ont été établies en suffisance sur la base d'un

examen clinique du recourant (TF 8C_469/2020 du 26 mai 2021 c. 3.2 et les références). En outre, selon la jurisprudence, quelle que soit sa spécialisation, un médecin est en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère (TF 9C_238/2019 du 17 mai 2019 c. 4.2 et les références). Dès lors, il n'y a rien non plus à redire au fait que le médecin du SMR soit spécialisé en médecine du travail et médecine générale. Ses conclusions sont par ailleurs motivées; elles ne permettent pas de soupçonner de lacunes lors de l'élaboration du rapport. Celui-ci répond ainsi aux exigences formelles posées par la jurisprudence relative à la valeur probante de tels documents.

6.3 D'un point de vue matériel, les deux rapports du SMR s'avèrent également convaincants. Bien qu'ils soient relativement brefs, ils ne sont pas pour autant sujets à caution. Force est de relever que les atteintes du recourant ainsi que son historique médical sont clairement pris en considération. Le médecin du SMR a en particulier retenu l'existence d'une atteinte dégénérative acromio-claviculaire de l'épaule droite avec déchirure du labrum et reconnu que les douleurs invoquées par l'assuré étaient compréhensibles. Il a aussi déclaré que les évaluations des médecins ayant traité l'intéressé, qui étaient plausibles, correspondaient à l'expérience médicale face à de telles lésions et ne présentaient pas d'inconsistances. Il a néanmoins conclu en pleine connaissance de cause que les atteintes constatées et leurs séquelles ne justifiaient pas une incapacité de travail dans une activité adaptée ménageant l'épaule droite. Dans l'établissement du profil d'exigibilité d'une telle activité adapté, le médecin du SMR a également pleinement tenu compte de nombreuses autres limitations découlant des pathologies illustrées dans les précédentes procédures liées entre le recourant et l'intimé, qui justifiaient aussi, selon lui, une diminution de rendement de 15% dans une activité adaptée.

6.4 A cet égard, la première procédure évoquée avait révélé une lombo-ischialgie gauche sur hernie discale L4/L5, une spondylarthrose L5/S1 et une dysplasie de la hanche gauche (dos. AI 1.2/73 et 1.2/76). Après deux opérations en 1993, la mobilité avait été rapportée sans limitation, mais des douleurs étaient toujours signalées et les tâches impliquant le port de charges de plus de 15 kg jugées inexigibles (dos. AI 1.2/26, 1.2/32 et

1.2/63). La deuxième procédure avait confirmé la persistance de ces douleurs, désormais surtout lombaires et principalement manifestées à l'effort, en flexion/extension, de même que pour le port de charges ou en position assise/debout prolongée (dos. AI 1.1/106, 1.1/109 et 1.1/127). Quant à la troisième procédure, elle avait fait suite à une chute sur le dos (sans fracture), l'assuré s'étant à nouveau plaint de lombalgies, exacerbées aux sollicitations mécaniques (dos. AI 15/5, 15/18 et 15/20). Il avait été répété que l'assuré devait disposer d'un emploi permettant de changer de position et que le port de charges était à éviter (dos. AI 17/1 et 35/12; voir aussi 23/1: expertise rhumatologique concluant à une capacité de travail à 100% pour de telles activités légères à moyennes). La quatrième procédure, quant à elle, n'a pas apporté de faits déterminants, ayant abouti à un refus d'entrer en matière de l'intimé faute de plausibilité d'une modification des circonstances. Ensuite, la cinquième procédure avait investigué une atteinte subie à l'épaule gauche en 2017, consistant en une contusion à la suite d'une nouvelle chute (dos. AI 74.28/1). En raison de la persistance de plaintes de douleurs après une opération du 4 janvier 2018, l'assuré avait été adressé à une clinique de réadaptation, qui avait constaté d'importantes autolimitations, indiqué que les symptômes n'étaient que partiellement expliqués par l'atteinte à l'épaule gauche et reconnu (uniquement) que le port de charges de plus de 15 à 20 kg devait être évité (dos. AI 98.5/1, 102.10/2 et 104.6/1). Le médecin d'arrondissement de la SUVA avait alors néanmoins relevé que la mobilité de l'épaule était limitée et il avait ajouté aux limitations de l'assuré retenues par la clinique que les activités au-dessus du thorax et les mouvements de rotations répétés du bras gauche étaient aussi inexigibles, la capacité de travail étant toutefois considérée comme totale dans une activité adaptée (dos. AI 111.9 et 111.10; voir aussi 171.22/1). Le SMR avait alors intégralement repris ces conclusions (dos. AI 119). Est ensuite survenu l'accident du 24 février 2019 (chute dans un escalier), pour lequel le SMR avait complété le profil d'exigibilité de l'assuré, aboutissant déjà presque au profil retenu dans la décision contestée dans la présente procédure (dos. AI 171.7 et 177/5). Dans la sixième procédure, consécutive à une chute du 17 février 2020, c'est le genou gauche (opéré) et l'épaule droite qui avaient été examinés (dos. AI 215/3). L'exigibilité de travaux de force et impliquant le port de charge avait une nouvelle fois été exclue et, pour le genou, la marche

prolongée, en terrains irréguliers, ainsi que l'utilisation d'escaliers (dos. AI 232/2 et 252/15). Une expertise du 14 janvier 2022, réalisée par un spécialiste en chirurgie orthopédique, avait alors mis en lien les atteintes avec les troubles dégénératifs et exclu une incapacité de travail à partir de juin 2021 (dos. AI 270/3). Pour sa part, le spécialiste du SMR, dans un rapport du 4 avril 2022, avait conclu que l'assuré avait retrouvé sa capacité de travail à la mi-juin 2021, un mois après une opération du genou, le précédent profil d'exigibilité posé étant confirmé et une activité adaptée étant jugée exigible dès cette période (dos. AI 278/5).

6.5 Au vu de la chronologie des faits brièvement décrits ci-avant (les faits évoqués étant connus des parties et ayant été traités en détail dans le cadre des six procédures précitées), force est donc de constater que les deux rapports du SMR des 19 juillet et 12 octobre 2023 synthétisent de façon cohérente et particulièrement complète les nombreuses pièces médicales figurant dans l'ensemble du dossier. La seule faiblesse des conclusions du spécialiste du SMR réside dans la motivation de la diminution de 15% du rendement exigible de l'assuré dans une activité adaptée. En effet, elle est mise en rapport avec les "diverses limitations de l'appareil locomoteur et les troubles internes", sans qu'on puisse comprendre d'emblée comment on est parvenu à ce résultat. Toutefois, au regard des avis des médecins traitants, il n'y a pas vraiment d'argument qui s'oppose à cette estimation, qui est au demeurant favorable au recourant. Elle paraît même généreuse, dans la mesure où la situation semble plus ou moins toujours avoir été la même, comme l'évoque le médecin du SMR dans sa détermination du 12 octobre 2023, donc sans aggravation durable véritablement établie.

6.6 Les conclusions du spécialiste du SMR s'avèrent dès lors convaincantes et exemptes de contradiction. Elles peuvent ainsi être confirmées. Pour le surplus, le recourant n'a fait valoir aucun élément qui aurait été ignoré dans les rapports du SMR et qui serait en mesure de remettre en cause les conclusions qui y figurent (voir en ce sens TF 9C_7/2014 du 27 mars 2024 c. 4.2.1). Il n'y a par conséquent pas lieu de s'écarter de l'appréciation de la situation telle qu'elle ressort des deux rapports du SMR, auxquels il convient d'accorder une pleine valeur

probante. Une expertise médicale pluridisciplinaire n'est donc pas nécessaire et la requête formulée en ce sens dans le recours doit être rejetée. Par conséquent, il y a lieu de retenir que le recourant est capable d'assumer une activité lucrative adaptée, telle que l'a défini le spécialiste du SMR dans son rapport du 19 juillet 2023, puis qu'il l'a confirmé le 12 octobre 2023, et ce à plein temps, avec un rendement diminué de 15%.

7.

Il convient ensuite d'examiner le degré d'invalidité du recourant.

7.1

7.1.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des deux revenus hypothétiques et en les comparant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b; TF 9C_63/2018 du 9 novembre 2018 c. 4.4.2, in SVR 2019 BVG n° 16). De plus, il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision doivent être prises en compte (ATF 150 V 67 c. 4.1, 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222; voir aussi art. 25 al. 2 RAI).

7.1.2 En l'occurrence, le recourant a déposé sa nouvelle demande de prestations le 5 juillet 2022, de sorte que son droit à une rente aurait pu naître au plus tôt en janvier 2023 (art. 29 al. 1 LAI; voir aussi ATF 142 V

547 c. 3.2; TF 8C_54/2019 du 1er avril 2019 c. 3.1.3, in SVR 2019 IV n° 71, selon lequel l'art. 29bis RAI est applicable seulement au calcul de la période d'attente selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, mais pas à celle prévue par l'art. 29 al. 1 LAI (c. 3). L'année de référence est donc 2023 et non 2022, comme l'a retenu l'intimé.

7.2

7.2.1 Pour déterminer le revenu sans invalidité (revenu de valide; art. 16 LPGA), il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser selon un degré de vraisemblance prépondérante sans atteinte à la santé, au moment du début potentiel du droit à la rente (ATF 134 V 322 c. 4.1). Il y a lieu de prendre pour base le dernier salaire effectivement réalisé par la personne assurée avant la survenance de l'invalidité. Si le revenu réalisé au cours des dernières années précédant la survenance de l'invalidité a subi de fortes variations, il convient de se baser sur un revenu moyen équitable (art. 26 al. 1 RAI). Si le revenu effectivement réalisé ne peut pas être déterminé ou ne peut pas l'être avec suffisamment de précision, le revenu sans invalidité est déterminé sur la base des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI pour une personne ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante (art. 26 al. 4 RAI).

7.2.2 Si l'assuré réalise un revenu après la survenance de l'invalidité, le revenu avec invalidité (art. 16 LPGA) correspond à ce revenu, à condition que l'assuré exploite autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui (art. 26bis al. 1 RAI). Si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant, le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI.

7.3

7.3.1 Au cas particulier, dans la mesure où le recourant n'a plus exercé d'activité lucrative régulière de longue durée depuis de nombreuses années, c’est à juste titre que l’intimé a déterminé tant le revenu de valide que celui d’invalide sur la base statistique l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Il

s'agit en effet des valeurs statistiques déterminantes citées en premier lieu à l'art. 25 al. 3 RAI. Tant pour le revenu de valide que pour celui d'invalide, l'intimé a aussi correctement adapté les montants en question de l'ESS à un horaire de travail hebdomadaire usuel en entreprise (ATF 126 V 75 c. 3b/b), puis indexé les montants obtenus à l'année à laquelle le droit à la rente aurait pu prendre naissance. Certes, comme évoqué ci-avant (voir c. 7.1.2), l'année de référence applicable en l'espèce est 2023 et non pas 2022. Toutefois, puisque cette indexation doit être effectuée de la même manière pour le revenu de valide et pour celui d'invalide, il n'en résulte aucune conséquence, les bases de calcul de ces deux revenus selon l'ESS étant identiques. Le résultat de cette comparaison n'est ainsi influencé que par la diminution de rendement de 15% admis par l'intimé sur le revenu d'invalide, conformément au profil d'exigibilité posé par le SMR. En effet, lorsque les revenus de valide et d'invalide doivent être calculés à partir du même salaire statistique, il s'avère superflu de déterminer ceux-ci de manière précise. Dans un tel cas, le degré d'invalidité correspond alors au degré de l'incapacité de travail sous réserve d'un éventuel abattement sur le salaire statistique (TF 8C_104/2021 du 27 juin 2022 c. 6.2, non publié in ATF 148 V 321).

7.3.2 Par ailleurs, à l'instar de ce qui a déjà été indiqué dans le jugement relatif à la décision de l'intimé du 8 juin 2022 (JTA AI/2022/423 du 12 décembre 2022 c. 7.4), on relèvera à l'intention du recourant qu'à l'inverse de ce qu'il semble penser au vu des griefs de son recours (voir p. 3), l'intimé ne s'est fondé ni sur son activité antérieure de décolleteur, ni sur celle effectuée dans le domaine du nettoyage pour déterminer le revenu d'invalide. Au contraire, le salaire mensuel de Fr. 5'216.- (recte: Fr. 5'261.-; la somme de Fr. 63'132.- pour une année prise en compte dans la décision contestée correspondant bien à Fr. 5'261.- x 12) mentionné par l'intimé est celui du tableau TA1 de l'ESS 2020 ("salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétences et le sexe, secteur privé") pour le niveau de compétence 1 pour les hommes, qui recouvre un large spectre d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique, ni de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation/d'apprentissage (TF 8C_175/2020

du 22 septembre 2020 c. 4.2, 8C_227/2018 du 14 juin 2018 c. 4.2.3.3, 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 c. 8.6).

7.4

7.4.1 Reste à examiner si un abattement supplémentaire sur le revenu statistique d'invalide n'aurait pas dû être pris en compte, au vu de l'ensemble des limitations fonctionnelles admises. A cet égard, il faut tenir compte du fait que le travailleur invalide, lorsqu'il accomplit un travail non qualifié, reçoit en règle générale, même sur un marché du travail équilibré, un salaire inférieur à celui s'un salarié valide, car son rendement est en général inférieur en raison de son handicap. Il convient dès lors de procéder, si nécessaire, à un abattement sur le revenu statistique pris en compte (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3). Cette correction doit être opérée quand bien même l'art. 26bis al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2023 (RO 2021 706), qui est applicable en l'espèce (voir c. 2.1), autorise une déduction maximale de 10% dans le cas où la personne invalide ne peut travailler qu'à un taux de 50% au moins. Le Tribunal fédéral a en effet jugé que cette norme du RAI n'était en partie pas compatible avec le droit fédéral. Il a précisé que l'art. 26bis al. 3 RAI ne permettait pas suffisamment de tenir compte de la situation concrète de la personne assurée (ATF 150 V 410 c. 9.4 et 9.5). Par conséquent, la mesure dans laquelle les salaires statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelle et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximal de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 c. 6.3, 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; TF 8C_706/2022 du 5 décembre 2023 c. 6.1.2, in SVR 2024 UV n° 14, 8C_211/2018 du 8 mai 2018 c. 3.3, in SVR 2018 IV n° 46).

7.4.2 En l'espèce, dans la mesure où les limitations fonctionnelles du recourant ont déjà justifié une réduction de rendement de 15%, un abattement supplémentaire aboutirait à une double prise en considération

de celles-ci. A cet égard, il résulte en effet de la jurisprudence du TF que les restrictions de santé déjà intégrées dans l'évaluation de la capacité de travail sur le plan médical ne peuvent être prises en compte en sus dans la fixation de l'abattement lié au handicap, sous peine de donner lieu à une double comptabilisation du même aspect (ATF 148 V 174 c. 6.3, 146 V 16 c. 4.1; TF 8C_332/2022 du 19 octobre 2022 c. 5.2.1.1, in SVR 2023 IV n° 18). Quoi qu'il en soit, il faudrait en l'occurrence un abattement de 25% pour atteindre le degré d'invalidité minimal de 40% nécessaire pour ouvrir le droit à une rente. Un abattement aussi conséquent peut toutefois être exclu au cas particulier. En outre, le profil d'exigibilité retenu, ménageant le dos et les articulations, est courant et répandu au sein de la population active et n'exclut d'ailleurs pas l'accès au marché du travail équilibré (JTA AI/2022/556 du 23 septembre 2023 c. 5.8, AI/2021/384 du 12 mars 2022 c. 9.3.2, AI/2020/416 du 25 août 2021 c. 7.3.1, AI/2018/769 du 8 juin 2020 c. 6.5). Or, un abattement n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'existe pas un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (voir TF 8C_659/2021 du 17 février 2022 c. 4.3.1, 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 c. 6.3.1 et la référence), ce qui n'est donc pas le cas en l'espèce. Enfin, il convient de signaler que l'art. 26bis al. 3 RAI n'est quoi qu'il en soit pas applicable dans sa teneur à compter du 1er janvier 2024 (qui permet un abattement forfaitaire de 10%), au regard des règles de droit transitoire (voir la Lettre circulaire AI n° 432 du 9 novembre 2023, p. 1 ch. 2 s.; voir aussi VGE IV/2023/692 du 11 février 2025 c. 4.6).

8.

8.1 En conclusion, c'est à juste titre que l'intimé, dans sa décision du 18 octobre 2023, a nié tout droit du recourant à une rente d'invalidité. Le recours s'avère donc mal fondé et doit être rejeté.

8.2 Les frais judiciaires pour la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 61 let. fbis LPGA; art. 108 al. 1 LPJA). Compte tenu de l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario; art. 104 al. 3 et 108 al. 3 LPJA).

8.3 Le recourant a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire (avec désignation de son avocate en qualité de mandataire d'office).

8.3.1 Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès. Aux mêmes conditions, une avocate ou un avocat peut en outre être désigné à une partie si les circonstances de fait et de droit le justifient (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; TF 8C_22/2010 du 28 septembre 2010 c. 6.1, in SVR 2011 UV n° 6, 9C_432/2010 du 8 juillet 2010 c. 2, in SVR 2011 IV n° 22).

8.3.2 Le recourant ne s'est pas exprimé au sujet de sa situation familiale. Dans sa requête d'assistance judiciaire, il s'est contenté d'intégrer sa fille, née en 2012 (voir dos. AI 288/4), dans le calcul du minimum nécessaire pour procéder, en produisant une convention de séparation (dos. recourant du 16 janvier 2024, pièce justificative [PJ] 7). Il y appert que l'assuré est séparé et qu'il exerce une garde partagée sur cet enfant. Il en résulte aussi que les parents vivent dans des bâtiments voisins (numérotés 5 et 7), le domicile de l'enfant restant celui de sa mère (selon la convention, le n° 7) mais chaque conjoint assumant les charges de l'enfant lorsqu'il en a la garde. En outre, à l'inverse de ce qui figure sur la convention, l'assuré a indiqué, dans l'adresse de son recours, qu'il vivait au numéro 7. Dans ces conditions, force est de constater que le mode de vie de la famille demeure flou. Cette question peut toutefois rester indécise. En effet, tant en tenant compte du montant de base pour une personne seule que pour un débiteur monoparental et indépendamment de la prise en charge de l'enfant, les pièces produites conduisent à reconnaître que l'assuré est indigent. En effet, au vu de la jurisprudence et des directives applicables (Circulaires n° 1 du 25 janvier 2011 et n° B1 du 1er avril 2010, de la Cour suprême et du TA), la mise en balance des revenus mensuels à prendre en considération (Fr. 1'839.- d'indemnités journalières de la SUVA, Fr. 234.- de salaire et Fr. 582.- de prestations complémentaires en faveur de la fille de l'intéressé [auxquelles s'ajoutent des paiements directs à l'assureur-maladie]; dos. recourant du 16 janvier 2024, PJ 2, 3, 6 et 7; dos. recourant du 12 juillet

2024, PJ 8) ainsi que des charges admises (le montant mensuel de base pour un débiteur monoparental [vu la garde alternée; JTA AI/2022/423 du 12 décembre 2022 c. 8.3.2.2; TF 5A_63/2012 du 20 juin 2012 c. 4.2.1] majoré de 30%, s'agissant du recourant: Fr. 1'755.- [étant rappelé que la prise en compte du montant de base pour un débiteur vivant seul, majoré, soit Fr. 1'560.-, ne changerait pas le résultat qui suit], le montant mensuel de base pour sa fille, également majoré: Fr. 520.-, le loyer: Fr. 720.- et la prime de l'assurance-maladie obligatoire de l'assuré: Fr. 412.80; dos. recourant du 16 janvier 2024, PJ 1 et 4) aboutissent à un solde négatif. Le fait que le recourant dispose d'un avoir bancaire de Fr. 541.11 (voir dos. recourant PJ 16) n'y change rien, l'intéressé devant pouvoir disposer d'une telle "réserve de secours". (ATF 144 III 531 c. 4.1 et les références).

8.3.3 En plus de la condition formelle de l'indigence, qui est dès lors réalisée, il doit être aussi admis que les chances de succès du recours ne pouvaient être d'emblée niées (ATF 140 V 521 c. 9.1; TF 8C_56/2021 du 17 mars 2021 c. 8.1, in SVR 2021 ALV n° 13).

8.3.4 S'agissant de la désignation de l'avocate du recourant en tant que mandataire d'office, il convient en revanche de préciser ce qui suit. L'art. 61 let. f LPGA permet la désignation d'une avocate ou d'un avocat au titre de de l'assistance judiciaire en procédure de recours devant le tribunal cantonal des assurances lorsque les circonstances le justifient. La question de savoir si la représentation par une avocate ou un avocat est nécessaire ou indiquée se détermine selon les circonstances concrètes, objectives et subjectives, du cas. En pratique, il convient de se demander dans chaque cas si, dans la même situation, une partie, qui ne serait pas dans le besoin, ferait raisonnablement appel à un mandataire professionnel, parce qu'elle ne dispose pas des connaissances juridiques suffisantes et parce que l'intérêt à l'issue de la procédure le justifie (ATF 103 V 46 c. 1b). Au surplus, selon la jurisprudence, seule l'activité strictement nécessaire à la défense des droits de la partie concernée peut être indemnisée dans le cadre de l'assistance judiciaire, à l'exclusion de toutes démarches inutiles ou superflues (TF 1C_227/2007 du 7 janvier 2008 c. 3.4 et les références). Tel n'est notamment pas le cas lorsque, comme en l'espèce, le droit à l'assistance d'une mandataire n'est requis qu'en cours de procédure, à un

moment où plus aucun acte de procédure ne doit être entrepris (MIRIAM LENDFERS, in: KIESER/KRADOLFER/LENDFERS [édit.], *ATSG-Kommentar*, 5e éd. 2024, art. 61 n. 177 et les références). Au cas particulier toutefois, la mandataire du recourant ne s'est manifestée que le 30 novembre 2023, après le dépôt du recours. Par courriers des 15 janvier et 11 juillet 2024, elle a ensuite complété à deux reprises la requête d'assistance judiciaire du recourant, à la demande du Juge instructeur. Elle n'a cependant pas pris position face au mémoire de réponse de l'intimé du 29 juillet 2024, se contentant de produire une note d'honoraire "intermédiaire" le 19 août 2024 et requérant rapidement une décision concernant l'octroi de l'assistance judiciaire. Elle a justifié ce procédé par le fait que la prise de connaissance détaillée du dossier, ainsi que la rédaction d'un acte au fond, nécessitaient un travail conséquent qui ne pouvait être exigé de sa part avant qu'une décision relative à l'assistance judiciaire n'ait été rendue. Le Juge instructeur a toutefois expliqué, dans son ordonnance du 21 août 2024, que rien au dossier ne justifiait d'autres mesures d'instruction et d'engager un second tour d'échange d'écritures, le recourant ayant entièrement formulé ses griefs de manière compréhensible dans son acte de recours du 20 novembre 2023. Dans ces conditions, une décision incidente sur le droit à l'assistance judiciaire ne s'imposait donc pas (voir TF 9C_635/2018 du 5 décembre 2018 c. 5, 9C 423/2017 du 10 juillet 2017 c. 4). La mandataire du recourant n'a plus réagi à la suite de cette ordonnance. Elle n'a en particulier pas exposé en quoi la règle de droit fédéral (art. 61 let. f LPGA) ou le droit cantonal de procédure imposait à la juridiction cantonale de statuer sur sa demande d'assistance judiciaire préalablement au jugement sur le fond. Elle n'a dès lors entrepris aucune démarche relative aux questions matérielles qui se posaient dans le cadre de l'examen du droit de son client à une rente d'invalidité. Elle s'est au contraire contentée de compléter la requête d'assistance judiciaire déjà formulée par le recourant, ainsi que de transmettre les pièces requises, ce que le recourant aurait pu accomplir seul et qui ne justifiait donc pas le recours à une avocate. En conséquence, la requête de désignation de l'avocate du recourant en tant que mandataire d'office ne peut être admise.

8.3.5 En définitive, il convient d'admettre la requête d'assistance judiciaire uniquement en ce qui concerne la prise en charge des frais de procédure.

Pour le surplus, cette requête doit en revanche être rejetée. Cela étant, les frais de la procédure, de Fr. 800.-, sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire. Le recourant doit toutefois être rendu attentif à son obligation de remboursement envers le canton s'il devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 112 al. 2 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.

2. La requête d'assistance judiciaire est partiellement admise, à savoir limitée aux frais de la procédure de recours. Elle est rejetée pour le surplus.

3. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.

4. Il n'est pas alloué de dépens.

5. Le présent jugement est notifié (R):
   - au recourant, par sa 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).