

200.2025.699.AI
N° AVS
NIG/BOR

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

Jugement du 1^{er} mars 2026

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président
G. Zürcher et A.-F. Boillat, juges
D. Borel, greffier

A. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 18 septembre 2025

En fait:

A.

A. _____, né en 1977, est marié et père de quatre enfants. Arrivé en Suisse en 2015 sans être titulaire d'un diplôme professionnel, il a bénéficié du soutien des services sociaux, avant de requérir des mesures professionnelles et une rente de l'assurance-invalidité (AI) en déclarant souffrir d'une poliomyélite depuis l'enfance. Par une décision du 13 octobre 2016, l'Office AI Berne a exclu le droit de l'assuré à des prestations. Ce dernier a ensuite réitéré sa demande tendant à se voir allouer des mesures d'ordre professionnel. Cette deuxième sollicitation a aussi été écartée par l'office précité, faute pour le prénommé de satisfaire aux conditions d'assurance. La décision du 31 juillet 2017 notifiée en ce sens par l'Office AI Berne a été confirmée par le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) par un jugement du 22 août 2018 (JTA AI/2017/708). Le recours interjeté à l'encontre de ce prononcé auprès du Tribunal fédéral (TF) a quant à lui été déclaré irrecevable, au terme d'un arrêt du 11 octobre 2018 (TF 9C_589/2018). Par la suite, l'intéressé a encore déposé quatre demandes de prestations, sur lesquelles l'Office AI Berne n'est pas entré en matière. La dernière décision rendue de la sorte, du 29 septembre 2022, a également été contestée par l'assuré devant le TA par le biais d'un recours du 24 octobre 2022. Celui-ci a toutefois été rejeté, dans la mesure de sa recevabilité, à l'issue d'un jugement du 23 mai 2023 (JTA AI/2022/618). Le TF a déclaré irrecevable le recours formé par l'assuré dans la foulée (TF 9C_402/2023 du 19 juillet 2023).

B.

Le 31 janvier 2024, après avoir produit un nouvel écrit de son médecin interniste traitant, l'assuré a demandé la réouverture de son dossier. Sur la base d'un avis du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) et en possession d'un rapport actualisé du médecin précité, l'Office AI Berne a alors mis en œuvre une expertise orthopédique, dont les conclusions ont été rédigées le 12 juillet 2024. En se fondant sur celles-ci

et par le biais d'un préavis du 22 octobre 2024, cette autorité a fait savoir qu'elle entendait nier le droit de l'intéressé à une rente d'invalidité. Dans le délai prolongé qui lui a été accordé pour ce faire, l'assuré a déposé des observations le 25 novembre 2024, puis le 12 février 2025. En dépit de celles-ci, l'Office AI Berne a confirmé son préavis au terme d'une décision du 18 septembre 2025.

C.

Par écrit du 3 octobre 2025, l'intéressé a porté le litige devant le TA. Il a conclu en substance à l'annulation de la décision du 18 septembre 2025 et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a par ailleurs demandé à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée aux frais judiciaires. Après que les parties aient chacune remis une détermination relative au respect du délai de recours, l'intimé a conclu au rejet de celui-ci, au moyen d'une réponse du 1^{er} décembre 2025. Dans sa réplique du 22 décembre 2025, le recourant a confirmé ses conclusions. L'intimé en a fait de même au terme d'une duplique du 14 janvier 2026. Enfin, en date du 21 janvier 2026, le recourant a remis spontanément un nouveau rapport médical.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'intimé du 18 septembre 2025 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et exclut le droit du recourant à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte, quant à lui, sur l'annulation de cette décision et sur l'octroi d'une rente. Est en particulier critiquée la valeur probante de l'expertise du 12 avril 2024, sur laquelle l'intimé s'est fondé pour prononcer la décision contestée.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes minimales prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

1.4 Le TA 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 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).

2.2 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (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'al. 1 n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1^{bis} et 1^{ter} LAI n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1^{bis} 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.

2.3 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_540/2020 du 18 février 2021 c. 2.3, in SVR 2021 IV n° 54).

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

3.

3.1 Dans la décision attaquée, l'intimé a nié tout droit à une rente de l'AI en indiquant qu'il résultait des conclusions de l'expertise orthopédique que l'assuré était en mesure d'exercer, à un taux de 80%, toute activité physique légère effectuée en position essentiellement assise ou permettant l'alternance des positions assise et debout. En procédant à une comparaison des revenus avec et sans invalidité (déterminés sur la base de données statistiques et en prenant en considération tant la capacité de travail réduite de 20%, mais également une déduction forfaitaire de 10% sur le salaire pouvant être perçu avec les différentes atteintes à la santé), l'intimé a arrêté le taux d'invalidité à 28%, insuffisant pour ouvrir un droit à une rente. Dans sa réponse et sa duplique, l'intimé a maintenu ses conclusions, en ajoutant que les rapports radiologiques transmis par l'intéressé à l'appui de son recours ne pouvaient pas être pris en compte dans le contexte de la présente procédure.

3.2 Le recourant rétorque quant à lui qu'il est atteint d'une poliomyélite depuis sa naissance, d'atteintes dégénératives de la colonne vertébrale ainsi que de lésions des genoux, qui limitent fortement sa mobilité, de même que ses capacités physiques et cognitives. Il est dès lors d'avis qu'il n'est pas en mesure de travailler à 80% et relève qu'il l'a établi au travers des rapports et certificats de ses médecins. Il affirme en particulier qu'il souffre aussi de dépression, d'un état de fatigue, ainsi que de fibromyalgie, au point de ne plus pouvoir assumer ses travaux ménagers. Il relate encore que l'expertise orthopédique a été biaisée, notamment parce qu'il a été examiné alors qu'il avait pris du paracétamol en importante quantité. Il reproche par ailleurs à l'expert de ne pas avoir pris en considération les difficultés qu'il avait eues pour se rendre au bureau d'expertise, de même que les douleurs subies pendant l'entretien. Il ajoute à cela qu'il présente des problèmes cardiaques et pulmonaires, mais aussi un diabète et une apnée du sommeil. Or, ces atteintes n'auraient pas été investiguées par l'intimé. Enfin, il rappelle qu'il a subi un accident en 2019 et souligne que celui-ci a péjoré sa situation, contrairement à ce que l'intimé aurait retenu.

4.

A titre liminaire, il convient de souligner que l'intimé est entré en matière sur la demande de prestations du 31 janvier 2024. Cette question n'étant pas litigieuse, le TA n'a pas à revoir cet aspect de la procédure (ATF 109 V 108 c. 2b) et doit plutôt procéder à un examen matériel du cas d'espèce, à savoir en tenant compte du spectre entier des éléments déterminant le droit à la prestation avec un regard neuf et sans être lié par les 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).

5.

5.1 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 c. 4.3.1, 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1; TF 8C_655/2021 du 27 juin 2022 c. 6.3.1, in SVR 2022 UV n° 46). Il ne peut pas être tenu compte dans le jugement des rapports médicaux rédigés après le prononcé de la décision sur opposition, à moins que ceux-ci soient de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral des assurances [TFA, ancienne dénomination des Cours de droit social du TF] I 649/06 du 13 mars 2007 c. 3.4, in SVR 2008 IV n° 8). En l'espèce, dans la présente procédure, le recourant a transmis un document du 1^{er} décembre 2025 d'un centre médical (pièce justificative du recourant [PJ] n° 3) et des rapports radiologiques des 31 octobre, 5 et 11 novembre 2025 (PJ 4 à 8). Il a aussi remis un écrit du 2 décembre 2025, illustrant les résultats d'un test d'apnée du sommeil (PJ 10). Ces pièces sont postérieures à la décision attaquée et ne sont pas de nature à influencer l'appréciation de celle-ci à la date de ce prononcé. Quant à la prescription pour des lunettes, du 2 septembre 2025, antérieure à l'acte critiqué, elle peut en revanche, en tant que telle, être prise en considération (PJ 10). Cela étant, le dossier médical permet de constater les éléments principaux suivants.

5.2 Pour rendre sa décision du 13 octobre 2016, au terme de laquelle le droit à des prestations avait été exclu, l'intimé s'était fondé sur l'avis d'un spécialiste en chirurgie orthopédique du SMR, du 26 avril 2016, ainsi que sur celui d'un spécialiste en orthopédie, du 11 août 2016. Le premier avait retenu les diagnostics (impactant la capacité de travail) de poliomyélite survenue en 1983 durant l'enfance, d'arthrose de l'articulation du genou droit et d'arthrose de l'articulation supérieure de la cheville droite. Il avait retenu qu'une activité légère à moyennement pénible occasionnellement, permettant à l'assuré de travailler essentiellement assis ou en alternance des positions, restait exigible de l'intéressé à 100%, sans réduction de rendement et ce depuis 1983 (dossier [dos.] AI 22/3). Le second avait quant à lui ajouté que la jambe droite était nettement raccourcie et que la circonférence de la musculature était bien plus faible qu'à gauche, le bassin étant par ailleurs abaissé sur la droite et la colonne vertébrale affectée d'une scoliose. Aussi, il avait observé un déficit d'extension au genou droit et à la cheville droite, avec une discrète limitation de l'abduction de la hanche. Une activité permettant de changer de position et de marcher avait été recommandée, le profil d'exigibilité posé ayant ainsi été confirmé (dos. AI 31/2). Au regard de ces rapports du SMR, l'intimé avait alors déterminé le taux d'invalidité en comparant le revenu qui aurait pu être obtenu de l'assuré sans atteinte à la santé (établi sur une base statistique), avec celui qui entrait en ligne de compte malgré les affections à la santé (également fondé sur des données statistiques, mais moyennement un abattement de 10%). Il en était résulté un taux d'invalidité de 10%, qui ne permettait pas l'octroi d'une rente de l'AI.

5.3 Après que le TA a examiné ces mêmes fondements médicaux, sous l'angle de la question de savoir si l'intéressé satisfaisait aux conditions d'assurance (ce que cette autorité de justice administrative a nié dans son jugement du 22 août 2018, entré en force à la suite de l'arrêt du TF daté du 11 octobre 2018, voir c. A), quatre nouvelles demandes de prestations ont fait l'objet de décisions de non-entrée en matière prononcées par l'intimé.

5.3.1 La demande du 12 mars 2019 (dos. AI 64/1) avait essentiellement été fondée sur un rapport d'un neurochirurgien, du 11 juin 2019, qui avait évoqué des douleurs lombaires chroniques connues et une dépression

d'épuisement avec des pensées suicidaires, en attestant une incapacité de travail à 100% dès le 7 juin 2019 (dos. AI 70/4). L'assuré avait aussi produit un rapport des services psychiatriques d'un hôpital, du 2 août 2019, où avait été posé le diagnostic de soupçon d'épisodes dépressifs récidivants, au maximum de sévérité moyenne (dos. AI 72/1). Il avait ensuite remis un écrit de son médecin interniste traitant, qui avait principalement retenu les diagnostics de céphalées de tension, d'épisodes dépressifs récidivants et de diabète (type 2; dos. AI 88/2). Le SMR avait conclu que ces documents n'établissaient pas à suffisance un changement de l'état de santé. Il avait ajouté que le trouble de l'humeur n'était pas objectivé, mais semblait plutôt influencé par une problématique psychosociale (dos. AI 89/2).

5.3.2 Avec sa demande du 24 août 2020, l'assuré avait alors transmis les résultats d'une IRM du dos et de l'articulation ilio-sacrée, qui concluait à une absence de modification notable depuis une imagerie de 2016 (dos. AI 99/9), ainsi qu'une IRM du genou droit, qui signalait une atteinte méniscale (dos. AI 99/3 et 99/5). Un rapport du médecin traitant, du 27 novembre 2020, complétait ces écrits, en évoquant une nette détérioration de l'état de santé depuis la fin 2016 (dos. AI 99/1). Le SMR avait alors pris position, en concluant que l'atteinte méniscale ne modifiait pas le catalogue des limitations fonctionnelles déjà reconnues (dos. AI 102/3).

5.3.3 Le 17 mars 2022, l'assuré avait requis la réouverture de son dossier sans se prévaloir d'un nouvel avis médical, si bien que l'intimé n'était pas non plus entré en matière sur cette demande (dos. AI 105/1 s. et 107/2). Cette autorité en avait fait de même de la quatrième demande, du 13 juillet 2022 (dos. AI 109/1 et 112/1).

5.3.4 Néanmoins, après avoir déposé un recours contre la décision de non-entrée en matière de l'intimé, du 29 septembre 2022, l'assuré a produit devant le TA un nouveau rapport de son médecin interniste traitant, daté du 14 novembre 2022. Ce dernier a fait part d'une nette aggravation de l'état de santé de son patient en comparaison de la situation présentée en 2019, entre autres du fait qu'il soupçonnait la présence d'une urticaire de pression à la main. Il a ajouté qu'en raison d'un status après une poliomyélite de la jambe droite, avec d'importantes déformations de ce membre, puis de la scoliose qui s'en était suivie (la longueur des jambes étant inégale), les

douleurs liées à une gonarthrose des deux genoux avaient augmenté, avec des déformations surtout au niveau du genou droit et une accentuation des lombalgies. Il a déclaré que l'intéressé ne pouvait rester assis sans douleurs que pendant 10 minutes et marcher au maximum 20 mètres (dos. AI 117/4). Par un envoi du 25 avril 2024, il s'est prononcé dans le même sens, en attestant une incapacité de travail à 100% depuis des années (dos. AI 138/4).

5.4 En suivant les conseils d'un spécialiste en médecine du travail et en médecine générale du SMR, qui s'est exprimé le 12 février 2024 (dos. AI 129/3), l'intimé a diligenté une expertise orthopédique. Les conclusions de celle-ci ont été datées du 12 juillet 2024. L'expert, spécialisé en chirurgie orthopédique, a alors posé les diagnostics (impactant la capacité de travail) de status après une poliomyélite avec raccourcissement et amyotrophie du membre inférieur droit, ainsi que d'obésité de stade III (IMC de 41,6). Il a en outre retenu que la capacité de travail était de 80%, sans diminution de rendement et qu'elle n'avait pas changé au fil du temps (dos. AI 155.2/8 s.).

6.

6.1 Il y a ainsi lieu d'examiner la valeur probante de l'expertise orthopédique du 12 juillet 2024, qui a servi de base à la décision attaquée du 18 septembre 2025.

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

6.3 En l'occurrence, sur le plan formel, l'expertise orthopédique répond aux exigences posées par la jurisprudence quant à la valeur probante des rapports médicaux. L'expert, dont les qualifications ne sauraient être mises en doute, a procédé à un examen personnel de l'assuré, a pris en compte ses plaintes subjectives et a tenu compte de l'ensemble des documents médicaux figurant au dossier (dos. AI 155.1/6-24), qu'il a du reste encore fait compléter par des examens radiographiques ainsi que de laboratoires (dos. AI 155.3/1 et 155.4/1 s.). L'expert a de plus restitué de façon détaillée l'anamnèse de l'assuré (familiale, personnelle, sociale et professionnelle; dos. AI 155.2/2 s.). Les résultats de l'expertise ont dès lors été arrêtés en pleine connaissance du dossier. Les conclusions de l'expert sont par ailleurs dûment étayées et elles ne laissent pas apparaître d'élément permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise.

6.4 Du point de vue matériel, force est ensuite de constater qu'il est aisé de comprendre pourquoi l'expert a posé le diagnostic de status après une poliomyélite, avec raccourcissement et amyotrophie du membre inférieur droit. Il n'y a en effet pas de controverse quant à la manifestation de cette atteinte, illustrée dès les premiers rapports recueillis par l'intimé (dos. AI 5/3 p. ex.) et reconnue à l'issue de la procédure qui a conduit au prononcé du 13 octobre 2016 (voir c. 5.2). De même, l'expert a confirmé ce diagnostic après son propre examen clinique. Il a constaté une nette amyotrophie de la musculature de la jambe droite et une différence de longueur par rapport au côté gauche. Quant aux limitations induites, l'expert n'a pas manqué de noter que l'assuré présentait un pied tombant à droite, qu'il avait décliné la position accroupie, n'avait pas pu tenir la station monopodale droite et qu'il s'appuyait presque exclusivement sur le pied gauche. En outre, il a observé une bascule du bassin en défaveur du côté droit et des inclinaisons latérales du rachis limitées à droite, à l'instar de la réclinaison postérieure (voir dos. AI 155.2/4). Qui plus est, en ce qui concerne le genou droit, l'expert a expliqué que celui-ci présentait une déformation qui l'empêchait d'atteindre une extension complète (flessum non-réductible; dos. AI 155.2/5 et 155.2/7). L'expert a de surcroît souligné que l'intéressé était dépendant de moyens auxiliaires et qu'il ne pouvait se déplacer qu'en utilisant des cannes (dos. AI 155.2/6). Partant, on ne voit rien à redire dans le fait que l'expert a conclu que les séquelles motrices de la poliomyélite de la jambe

droite étaient cohérentes et que les pertes de fonctionnalité pour les déplacements étaient parfaitement plausibles. C'est donc de manière logique qu'il a retenu que les déplacements de plus de 100 m n'étaient plus exigibles, pas plus que l'utilisation d'escaliers, d'échelles ou d'escabeaux, les travaux accroupis ou à genoux, de même que le port de charges de plus de 5 kg (dos. AI 155.2/7). Il faut aussi ajouter que contrairement à ce que le recourant a évoqué dans son recours, l'expert n'a pas ignoré les plaintes formulées en lien avec les douleurs à la cheville droite, aux genoux et au rachis, y compris la raideur de celui-ci et les épisodes de blocages du dos. Il n'a pas non plus fait fi des difficultés invoquées pour se relever, pour marcher plus de dix minutes ou pour accomplir les tâches ménagères (dos. AI 155.2/1). L'expert s'est toutefois fié aux rapports d'imageries, qu'il a pris soin de faire actualiser (dos. AI 155.2/6 et 155.2/8) pour justifier de façon probante que ceux-ci n'illustraient pas de trouble dégénératif significatif, de nature à expliquer les douleurs alléguées. Il a jugé celles-ci non plausibles et peu cohérentes (dos. AI 155.2/7), ce qui convainc d'autant plus que l'expert a encore mis en exergue que l'assuré n'avait collaboré que partiellement aux épreuves demandées, qu'il ne recourait plus à aucun suivi orthopédique, ne portait plus d'orthèse ou d'attelle et qu'il ne s'était plus rendu à ses rendez-vous à plusieurs reprises (dos. AI 155.2/1 et 155.2/3). L'expert a aussi relevé que l'intéressé avait pu se rendre en voiture jusqu'au centre d'expertise, pour un trajet d'une heure et demie. Il a ajouté qu'il n'avait fait montre d'aucun signe d'inconfort et qu'il était resté assis pendant plus de 50 minutes lors de l'examen (dos. AI 155.2/4). C'est d'ailleurs en vain que l'assuré a critiqué ce constat dans son recours, les affirmations qu'il a opposées à ce sujet n'ayant pas été signalées dans le rapport d'expertise et aucun indice ne laissant penser que l'expert n'aurait en la matière pas retranscrit des propos confiés en ce sens par l'assuré. Enfin, le diagnostic d'obésité de degré III ne prête pas davantage flanc à la critique, puisqu'un BMI de 41,6 a été constaté (dos. AI 155.2/4). Les conséquences de cette problématique n'ont d'ailleurs pas davantage échappé à l'expert, qui a procédé à un examen complet des articulations et du rachis de l'assuré, avant de poser un profil d'exigibilité compatible avec son diagnostic et compréhensible en regard de celui-ci. En définitive, c'est donc de façon cohérente que l'expert a conclu que, du fait des pathologies constatées, la capacité de travail devait être arrêtée à 80%, sans réduction

de rendement, dans une activité adaptée au profil d'exigibilité retenu (dos. AI 155.2/9, étant précisé que l'expert s'est en l'occurrence référé à l'activité accomplie en 2019 dans un atelier, en position assise et n'impliquant que la manipulation d'objets légers; voir dos. AI 155.2/2). A noter que l'expert a déclaré que sa conclusion était valable depuis le "début de l'activité" en atelier effectuée par le recourant en 2019, ce par quoi il faut comprendre depuis le mois de juin 2019 (dos. AI 155.2/9 et 68/3). Cela permet donc de saisir pourquoi il a affirmé, par ailleurs, que la capacité de travail n'avait pas changé au fil du temps, y compris depuis le prononcé du 29 septembre 2022 (alors qu'elle avait été jugée entièrement conservée dans la dernière décision du 13 octobre 2016 reposant sur un examen matériel du droit à la rente). On ne saurait ainsi y voir une incohérence ou une contradiction.

6.5 En particulier, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il critique encore ce résultat, en affirmant que les examens ne seraient pas révélateurs, dans la mesure où il aurait pris une haute dose de paracétamol avant l'entretien. En effet, l'expert a signifié de façon logique que les assertions de l'assuré n'étaient pas dignes de foi, en tant que celui-ci affirmait consommer six à huit grammes de paracétamol, les résultats de laboratoire ayant révélé un dosage sérique très inférieur à la norme (dos. AI 155.2/7). L'expert a par ailleurs aussi noté que seule une antalgie de premier palier était prescrite (dos. AI 155.2/1) et que le traitement était demeuré conservateur (dos. AI 155.2/8). Enfin, la présence d'un diabète a bel et bien été prise en compte par l'expert (dos. AI 155.2/3), tout comme celle afférente aux céphalées (dos. AI 155.2/1), sans que des précisions n'aient été souhaitées à ce sujet. L'expert a aussi exposé de façon probante qu'aucun suivi psychiatrique n'avait plus été initié depuis 2019, que le recourant n'avait vu un spécialiste au cours de cette année qu'en raison de l'insistance des services sociaux à ce sujet (dos. AI 155.2/2) et que la thymie était préservée (dos. AI 155.2/4). Le recourant ne saurait donc déduire quoi que ce soit en sa faveur du fait qu'il indique souffrir de fibromyalgie et de dépression. Aucun rapport d'un psychiatre n'a été établi depuis plusieurs années, étant précisé que le dernier compte-rendu spécialisé rédigé en août 2019 par un service psychiatrique hospitalier n'évoquait qu'un diagnostic de soupçon d'épisodes dépressifs (dos. AI 72/1 ss). L'assuré n'a en outre pas émis de plainte sur le plan psychiatrique lors de l'expertise. Les troubles du sommeil, de même

que l'accident subi, ont de plus été signalés parmi la documentation médicale rassemblée par l'expert (voir par exemple dos. AI 155.1/21). L'intéressé se méprend donc, lorsqu'il avance que l'expert n'en a pas tenu compte. Enfin, la prescription pour des lunettes, transmise dans la présente procédure de recours, n'est pas non plus de nature à remettre en cause l'avis de l'expert. Ce dernier n'a par ailleurs pas omis les plaintes du recourant à ce propos (dos. AI 155.2/3). Les arguments du recourant pour contester la valeur probante de l'expertise ne sont donc pas fondés.

6.6 En conséquence, sur le plan matériel également, les conclusions de l'expert en orthopédie s'avèrent dès lors cohérentes, convaincantes et exemptes de contradiction, si bien qu'il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante à son expertise du 12 juillet 2024. Il faut donc admettre que la capacité de travail médico-théorique de l'assuré est de 80% dès le mois de juin 2019.

7.

Il reste à se prononcer quant aux conséquences de ce qui précède sur le taux d'invalidité.

7.1 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). Pour procéder à la comparaison des revenus, 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 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 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

7.2 Au cas particulier, le recourant a requis de l'intimé la réouverture de son dossier par un envoi du 31 janvier 2024, reçu le 5 février 2024 (dos.

AI 127/1). L'intimé a alors invité le SMR à se prononcer sur cette demande et en particulier sur le rapport du 14 novembre 2022, puisque cet écrit avait été produit par l'assuré devant le TA, après le recours contre la décision de non-entrée en matière du 29 septembre 2022. Le TA avait en effet signalé que ce document ne pouvait alors pas être pris en compte, mais qu'il pourrait motiver une nouvelle demande de prestations, qu'il était loisible à l'intéressé de déposer (JTA AI/2022/618 du 23 mai 2023 c. 5.4.1 s.; dos. AI 124/11 ss). Dans ces circonstances, c'est donc avec le courrier précité du 31 janvier 2024 qu'il faut admettre que le recourant a fait valoir ses droits. Cet écrit ayant été reçu le lundi 5 février 2024, force est de retenir que c'est au cours de ce même mois que le document a été posté. Partant, un droit à la rente pourrait prendre naissance au 1^{er} août 2024 (art. 29 al. 1 et 3 LAI). A cette date, le recourant pouvait d'ailleurs se prévaloir d'une incapacité de travail de 40% au moins en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI; dos. AI 138/5). L'année déterminante pour la comparaison des revenus est donc 2024.

7.3

7.3.1 Pour déterminer le revenu sans invalidité (revenu de valide; art. 16 LPG), 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 (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).

7.3.2 En l'occurrence, puisque l'assuré n'a pas exercé d'activité lucrative stable et durable depuis son arrivée en Suisse en 2015 (dos. AI 155.2/2), c'est à juste titre que l'intimé a déterminé le revenu sans handicap sur la base des chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Aussi, en tenant compte du fait que l'assuré ne disposait d'aucune formation, il a fixé correctement

le revenu mensuel de valide à Fr. 5'305.- (ESS 2022, Tableau TA1 "Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétences et le sexe", Secteur privé, Total, Niveau de compétences 1 [tâches physiques ou manuelles simples], Hommes; voir ATF 148 V 174 c. 6.2, 143 V 295 c. 2.2) ou à Fr. 63'660.- annuellement. Les données de l'ESS ayant été établies sur une base de 40 heures hebdomadaires, ce montant a encore été adapté à la durée habituelle en entreprise, de 41,7 heures par semaine, ce qui l'a porté à Fr. 66'365.55. Il a ensuite été indexé, mais à l'année 2023 et non à 2024, démarche qui n'a toutefois pas de conséquence sur le droit à la rente (voir c. 7.3.5). En procédant à une indexation à 2024, on parvient non pas à Fr. 67'481.-, ainsi que l'intimé l'a retenu, mais à Fr. 68'286.50 (voir la Table T1.1.10, "Indice des salaires nominaux", hommes, 2011-2024 [base 2010=100], publiée dans sa dernière version le 22 avril 2025, Total, 2022: 107.1, 2024: 110.2).

7.3.3 Quant au revenu avec invalidité, si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant, celui-ci est également déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI (art. 26^{bis} al. 2 phr. 2 RAI). Une déduction de 10% est toutefois opérée sur cette valeur statistique (art. 26^{bis} al. 3 phr. 1 RAI). Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1^{bis} RAI, de 50% ou moins, une déduction de 20% est opérée. Cependant, aucune déduction supplémentaire n'est possible (art. 26^{bis} al. 3 phr. 2 et 3 RAI).

7.3.4 Au cas particulier et pour les mêmes raisons qu'évoquées ci-avant (voir c. 7.3.2), en ce qui concerne le revenu d'invalidé, il n'est rien non plus à redire dans le fait que l'intimé l'a également arrêté au regard des données statistiques de l'ESS. Le revenu annuel pouvant être obtenu dans une activité adaptée aux atteintes à la santé peut donc être fixé à Fr. 68'286.50 (Fr. 63'660.- adapté à un horaire habituel en entreprise et indexé à l'année 2024; voir c. 7.3.2). S'agissant du revenu d'invalidé, ce montant doit ensuite être réduit afin de prendre en compte le fait que la capacité de travail médico-théorique de l'intéressé est limitée à 80% depuis juin 2019. Il en résulte ainsi une somme de Fr. 54'629.20. Celle-ci doit finalement être réduite de 10%, au titre de l'art. 26^{bis} al. 3 phr. 1 RAI (voir c. 7.3.3), d'où un revenu d'invalidé de Fr. 49'166.30.

7.3.5 En conclusion, en comparant le revenu de valide de Fr. 68'286.50 avec celui d'invalidé de Fr. 49'166.30, on parvient à un taux d'invalidité de 28%, ainsi que l'intimé l'a retenu également. Ce taux étant insuffisant pour justifier un droit à une rente (voir c. 2.2), c'est à raison que l'intimé a nié le droit du recourant à une telle prestation.

7.3.6 C'est enfin le lieu de relever qu'avec sa décision, l'intimé s'est limité à examiner le droit à la rente. Il n'a pas statué sur le droit à des mesures professionnelles (voir à ce propos art. 28 al. 1 let. a LAI; ATF 151 V 194 c. 5.1.2; 151 V 306 c. 4.5.1). Certes, ce dernier avait été nié par décision du 31 juillet 2017, confirmée sur recours (voir c. A), faute pour l'assuré de satisfaire alors aux conditions d'assurance. La question de savoir si cette prétention peut toutefois être à nouveau invoquée par le recourant (voir en particulier l'art. 6 al. 2 phr. 1 in fine LAI) peut quoi qu'il en soit demeurer indéterminée dans le cas particulier. Et pour cause, puisqu'avec sa demande de prestations de 2024, l'assuré a surtout fait valoir une aggravation de son état de santé et demandé à être examiné par un expert de l'AI. Or, devant celui-ci, il a relaté qu'il excluait toute reprise professionnelle future et il a reproché au service social le prenant en charge de l'avoir obligé d'accepter un travail en 2019, l'intéressé n'ayant assumé cette activité que durant quelques semaines. Le recourant a en outre avancé qu'il était trop âgé pour reprendre une quelconque activité professionnelle (dos. AI 155.2/1 s.). L'expert a ainsi signalé que l'assuré adoptait une posture d'invalidé (dos. AI 155.2/7 s.). Ce faisant, force est de constater que le recourant ne dispose quoi qu'il en soit d'aucune volonté à la réadaptation et que des mesures professionnelles n'entrent de toute manière pas en ligne de compte (TF 8C_503/2022 du 8 février 2023 c. 3.2, 9C_846/2018 du 20 novembre 2019 c. 5.1). Il importe donc peu que l'intimé n'ait pas statué sur cette question (voir également TF 8C_515/2010 du 20 octobre 2020 c. 2.2).

8.

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

8.2 Conformément à l'art. 61 let. f^{bis} LPGA, pour les litiges en matière de prestations (comme en l'espèce), la procédure est soumise à des frais

judiciaires si la loi spéciale le prévoit. Tel est le cas de la LAI. En effet, l'art. 69 al. 1^{bis} phr. 1 LAI dispose que la procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires. Etant donné que le recourant succombe, les frais de la présente procédure de recours, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent être mis à sa charge (art. 69 al. 1^{bis} phr. 2 LAI; art. 108 al. 1 LPJA). Il n'est en outre pas alloué de dépens, y compris sous la forme d'une indemnité de partie (art. 61 let. g LPGa a contrario; art. 104 al. 1 à 3 LPJA, ainsi qu'art. 108 al. 3 LPJA).

8.3 Le recourant a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée aux frais de la procédure.

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 (art. 61 let. f LPGa; art. 111 al. 1 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 Au regard des pièces remises à l'appui de la requête d'assistance judiciaire, la condition financière est remplie, le recourant étant soutenu par les services sociaux (ATF 144 III 531 c. 4.1, 122 I 5 c. 4a; TF 9C_423/2017 du 10 juillet 2017 c. 2.1, in SVR 2017 IV n° 87). En outre, les chances de succès du recours ne pouvaient être d'emblée niées (ATF 140 V 521 c. 9.1; SVR 2021 ALV n° 13 c. 8.1). La requête doit donc être admise et le recourant mis au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure. Ceux-ci, par Fr. 800.-, sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire.

8.3.3 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.
2. La requête d'assistance judiciaire, limitée aux frais de procédure, est admise.
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,
 - 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).