

200.2025.785.AI
N° AVS
BEP/EGC

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

Jugement du 10 juin 2026

Droit des assurances sociales

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

A. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 22 octobre 2025

En fait:

A.

A. _____, né en 1969, marié et père d'une fille majeure, titulaire d'un certificat fédéral de capacité d'installateur sanitaire, a subi un accident de travail le 29 août 2001, se blessant à l'épaule gauche en transportant une lourde charge dans le cadre de son emploi de manutentionnaire. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva) a pris le cas en charge. Elle a ensuite mis fin au paiement des soins médicaux et des indemnités journalières au 31 mai 2004 et a alloué à l'assuré une rente d'invalidité d'après la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA, RS 832.20) de 30% à partir du 1^{er} juin 2004, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% (décision du 7 juin 2004, confirmée par décision sur opposition du 3 août 2004). Par ailleurs, l'intéressé a bénéficié d'une rente entière de l'assurance-invalidité (AI) du 1^{er} novembre 2002 au 31 octobre 2003, octroyée rétroactivement par décision du 11 novembre 2004 de l'Office AI du canton de Neuchâtel.

B.

Le 6 août 2024, l'assuré a déposé auprès de l'Office AI Berne une nouvelle demande de prestations de l'AI (mesures professionnelles ou rente). Il a indiqué se trouver en incapacité de travail à 100% et être atteint de fibromyalgie et d'anxiété sociale. Saisi de cette demande, cet office s'est procuré le dossier de la Suva et a requis des rapports des différents médecins et établissements hospitaliers ayant traité l'assuré. Sur la base du dossier médical ainsi réuni, l'Office AI Berne a communiqué le 7 mai 2025 au service social versant des prestations d'aide sociale à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation n'était alors possible en raison de l'état de santé de l'intéressé et que son droit à une rente d'invalidité allait être examiné. Après avoir encore recueilli deux rapports d'une clinique de cardiologie traitant l'assuré, l'Office AI Berne a soumis le dossier au Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR). Sur la base d'un rapport du 25 août 2025 d'un spécialiste de ce service en chirurgie

orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'Office AI Berne, dans un préavis du 1^{er} septembre 2025, a fait savoir qu'il entendait nier le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Nonobstant les observations formulées le 30 septembre 2025 par l'assuré et après avoir obtenu une nouvelle prise de position du SMR du 16 octobre 2025, il a confirmé son préavis par décision du 22 octobre 2025.

C.

Le 21 novembre 2025, l'assuré a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Il a conclu à l'annulation de la décision du 22 octobre 2025 et sollicité une nouvelle évaluation de sa situation médicale, faisant valoir en substance que son état de santé déficient s'était gravement détérioré et ne lui permettait pas de travailler. Le 5 décembre 2025, le recourant a par ailleurs transmis au TA une requête d'assistance judiciaire, limitée aux frais de la procédure de recours. Dans son mémoire de réponse du 5 janvier 2026, l'intimé a conclu au rejet du recours. Bien que rendu attentif à son droit de répliquer, le recourant n'en a pas fait usage, ce qui a été constaté au terme d'une ordonnance datée du 30 janvier 2026.

En droit:

1.

1.1 La décision du 22 octobre 2025 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à des prestations de l'AI, faute d'atteinte à la santé invalidante. L'objet du litige porte, quant à lui, sur l'annulation de cette décision, sur la mise en œuvre d'une instruction médicale supplémentaire et sur l'octroi de telles prestations. Est particulièrement critiquée par le recourant l'instruction médicale effectuée par l'intimé et la capacité de travail retenue par celui-ci.

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 insurmontable (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 Lors d'une nouvelle demande ou d'une demande de révision, l'assuré doit rendre plausible une modification des circonstances. 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 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 le 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 8C_104/2024 du 22 octobre 2024 c. 3.2, non publiée in ATF 151 V 66, mais in SVR 2025 IV n° 161).

2.4 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).

2.5 L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPG). Il détermine la nature et l'étendue de l'instruction nécessaire (art. 43 al. 1^{bis} LPG). Le principe de l'instruction d'office signifie que l'instance rendant une décision doit instruire et établir l'état de fait déterminant d'office, de sa propre initiative et sans être liée par les arguments et réquisitions de preuve des parties. Sont juridiquement déterminants, tous les faits dont l'existence a une incidence sur les éléments litigieux. Dans ce contexte, les autorités administratives doivent toujours entreprendre des mesures supplémentaires lorsque les allégués des parties ou d'autres pièces du dossier ne constituent pas des éléments suffisants permettant de statuer. Cette obligation d'instruction perdure aussi longtemps que l'impose l'éclaircissement des éléments nécessaires à l'examen du droit litigieux (ATF 151 V 258 c. 4.4, 117 V 282 c. 4a). Le principe de l'instruction d'office ne s'applique néanmoins pas de manière illimitée, mais a pour corollaire le devoir de collaborer des parties (ATF 146 V 240 c. 8.3.2, 125 V 193 c. 2, 122 V 157 c. 1a).

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 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 contestée, l'intimé a exclu tout droit à des prestations de l'AI en retenant que le recourant ne présentait aucune atteinte à la santé ayant des répercussions invalidantes sur la capacité de travail. Pour ce faire, il s'est référé aux rapports du SMR du 25 août et du 16 octobre 2025, qui concluaient que la profession d'installateur sanitaire apprise par l'assuré n'était plus exigible, mais que celui-ci pouvait exercer à plein temps une activité adaptée avec 20% de diminution de rendement. En se basant sur l'avis du SMR, l'intimé a considéré comme exigible toute activité physique légère à moyennement lourde occasionnellement, exercée en position alternée ou principalement assise, impliquant le port ou soulèvement de charges de 10 à 15 kg au maximum et n'exigeant pas une bonne vision tridimensionnelle. L'intimé a ajouté qu'il existait sur le premier marché du travail des activités qui correspondaient à ce profil. Dans sa réponse, il a encore souligné que l'assuré n'avait plus réalisé de revenu depuis de très nombreuses années et qu'une comparaison des revenus pouvant être obtenu avec, respectivement sans invalidité, aboutirait à un taux d'invalidité nul.

3.2 Pour sa part, le recourant a rappelé en substance que, dans sa communication du 7 mai 2025, l'intimé avait refusé de lui accorder des mesures de réadaptation, parce que son état de santé avait été jugé incompatible avec la mise en œuvre de telles mesures. Il a invoqué que ce refus de la part de l'intimé soulignait que sa situation ne lui permettait pas de travailler, ce qui confirmait qu'il remplissait les conditions nécessaires pour l'obtention d'une rente. Il a déclaré en outre que son état de santé s'était gravement détérioré et qu'il ne pouvait marcher que sur une distance d'environ 200 mètres avant que ses jambes ne lâchent, ce qui l'obligeait à rester alité presque en permanence. Il a ensuite allégué que ses efforts pour gérer son diabète n'avaient pas porté leurs fruits, qu'il souffrait d'angor récurrent et que ses difficultés respiratoires limitaient toute activité physique. Il a ajouté que sa tension artérielle demeurait excessive malgré un traitement rigoureux, qu'il présentait également une perte significative de masse musculaire et des douleurs au dos et aux genoux, qui étaient

dans un état critique. Enfin, il a indiqué souffrir de maux de tête récurrents ainsi que d'étourdissements et ressentir une angoisse profonde.

4.

A titre liminaire, il convient de constater que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du 6 août 2024. Etant donné que cette question n'est pas litigieuse, le TA n'a donc pas à revoir cet aspect de la procédure (ATF 109 V 108 c. 2b). Il doit bien plus procéder à un examen matériel complet du cas d'espèce, en tenant compte du spectre entier des éléments déterminant le droit à la prestation avec un regard neuf, 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 Il faut ensuite relever que l'assuré a produit, en cours de procédure, une attestation médicale du 1^{er} décembre 2025 de sa généraliste traitante (pièce justificative [PJ] n° 10 du recours et dos. AI 70/17). Or, 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 normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 c. 4.3.1; TF 8C_655/2021 du 27 juin 2022 c. 6.3.1, in SVR 2022 UV n° 46). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus après la décision litigieuse, dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où cette décision a été rendue. En particulier, bien que rédigé après la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à celle-ci (TF 9C_387/2021 du 16 mars 2022 c. 4.2.3 et les références). En l'espèce, dans l'attestation du 1^{er} décembre 2025 produite par le recourant, sa généraliste a déclaré laconiquement que, selon les éléments anamnestiques et cliniques en sa

possession, son patient ne pouvait faire quoi que ce soit comme efforts physiques au dépend de sa vie. Elle n'a aucunement précisé la période pendant laquelle ces éléments s'étaient produits, ni à partir de quand leurs effets se seraient manifestés. Selon un degré de vraisemblance prépondérante (degré de preuve généralement applicable en droit des assurances sociales; ATF 151 V 280 c. 3.3.1, 151 V 244 c. 3.4), tout porte néanmoins à croire qu'elle entendait décrire la situation telle qu'elle se présentait à la date à laquelle elle a rédigé cet écrit. Qui plus est, au vu du caractère succinct et de l'absence d'un quelconque développement dans ce document, ce dernier n'est pas de nature à influencer l'appréciation pouvant être faite à la date litigieuse. Il n'en est dès lors pas tenu compte. Au surplus, le dossier médical permet de constater les principaux éléments qui suivent.

5.2 En lien avec la décision du 11 novembre 2004 de l'Office AI du canton de Neuchâtel, par laquelle ce dernier avait reconnu rétroactivement un droit à une rente entière du 1^{er} novembre 2002 au 31 octobre 2003 (dos. AI 50.86), on peut relever que cette autorité s'était principalement basée sur le rapport d'examen final du 16 octobre 2003 du médecin-conseil de la Suva. Ce médecin y avait décrit un accident survenu le 29 août 2001, qui avait provoqué une elongation du sus-épineux au niveau de l'épaule gauche. Il avait constaté chez l'assuré un status après une lésion partielle de la coiffe des rotateurs de cette épaule, traitée chirurgicalement par un débridement arthroscopique le 20 janvier 2003 (voir dos. AI 15/33), qu'une atteinte neurologique avait auparavant été exclue, le 29 octobre 2002 (voir dos. AI 15/30). Il avait relevé que le patient s'était plaint de la persistance d'omalgies gauches chroniques et continues, exacerbées à la moindre sollicitation mécanique et irradiant dans tout le membre supérieur gauche ainsi que dans le rachis cervical, également accompagnées de céphalées. Il avait aussi indiqué que l'examen clinique avait mis en exergue une limitation fonctionnelle partielle et il avait retenu qu'était adaptée à l'atteinte subie toute activité légère n'impliquant pas de mouvement d'abduction et d'antépulsion dépassant les 60 degrés. Il avait encore ajouté que, dans ce contexte, les travaux devaient pouvoir être effectués avec un appui s'ils étaient prolongés et ne jamais impliquer de manipulations sous l'effet de charges ou contraignantes. De même, il avait souligné que le patient devait

aussi pouvoir se dégourdir à sa guise. Le médecin-conseil a estimé que, dans une telle activité, la capacité de travail de l'assuré demeurerait complète (dos. AI 50.103).

5.3 Dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande de prestations de l'assuré du 6 août 2024, l'intimé a ensuite rassemblé les principaux documents suivants.

5.3.1 Dans un rapport radiologique du 28 septembre 2012, rédigé à la suite d'une échographie thoraco-abdominale complète, une maladie diverticulaire sur la totalité du côlon sigmoïde a été mise en relief, de même qu'une hépatomégalie avec stéatose hépatique (dos. AI 15/21).

5.3.2 Le 23 mars 2022, une IRM a essentiellement révélé une discopathie dégénérative évoluée avec hernies discales L4-L5 et, à moindre degré, au niveau L5-S1 (dos. AI 15/12 et 15/13).

5.3.3 Le 25 mars 2022, une IRM des genoux a été entreprise. Le rapport du 29 mars 2022 relatif à cette investigation a permis d'illustrer que le genou droit comportait des fissurations du ménisque interne et externe, des chondropathies de grade II au cartilage patellaire et de grade I au niveau fémoro-tibial interne, des signes d'une ancienne rupture partielle du ligament croisé antérieur et un épanchement de liquide intra-articulaire. Au genou gauche, une fissuration au niveau de la corne postérieure du ménisque interne, une chondropathie de grade II au niveau fémoro-tibial interne et de grade II-III au niveau du cartilage patellaire, un kyste méniscal et un épanchement intra-articulaire ont été relevés (dos. AI 15/10 et 15/11).

5.3.4 Une échographie des voies urinaires de l'assuré a été réalisée le 19 septembre 2024. Le rapport de l'institut de radiologie qui y a procédé a en substance évoqué une taille des reins à la limite inférieure, une prostate de taille normale et l'absence de pathologie rénale focale (dos. AI 15/1).

5.3.5 Dans un rapport adressé le 19 novembre 2024 à l'intimé, la médecin généraliste traitante a attesté une incapacité de travail totale à partir du 16 août 2024 et signalé que le pronostic était mauvais. Comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, elle a mentionné une hypertension artérielle, un état dépressif, une gonarthrose, des difficultés à

la marche et un diabète. Elle a par ailleurs déclaré ne pas être en mesure de se prononcer quant aux limitations fonctionnelles de son patient dans son activité professionnelle, ni s'il disposait de ressources utiles pour sa réinsertion et d'un potentiel de réadaptation (dos. AI 23/3 à 23/7).

5.3.6 Le 8 janvier 2025, le recourant a été emmené au service des urgences d'un hôpital en raison de douleurs thoraciques irradiant dans le bras et l'hémiface gauches, ressenties depuis trois à quatre jours mais connues de l'intéressé depuis une année. Dans leur rapport du même jour, les médecins ont diagnostiqué une cardiopathie hypertensive, un diabète de type 2 non traité, une protéinurie, une sévère dyslipidémie et de l'asthme bronchique. Ils ont relevé que l'assuré était arrivé asymptomatique aux urgences, mais qu'il avait toutefois présenté des nausées, des vertiges, une quasi-cécité de l'œil droit, des dorsalgies et une dysarthrie, sans cause neurologique. Ils ont conseillé une hospitalisation en endocrinologie, que l'assuré a toutefois décliné (dos. AI 47/12 à 47/16).

5.3.7 Le 24 mars 2025, une échocardiographie transthoracique a été pratiquée par un cardiologue. Celui-ci a constaté que le ventricule gauche présentait des parois sévèrement épaissies et une sévère hypertrophie concentrique. Il a retenu que le patient présentait un risque cardiovasculaire extrêmement élevé. Il a donc conseillé la réalisation d'une coronarographie et d'une injection des artères rénales. Il a en outre recommandé une adaptation progressive mais rapide du traitement pharmacologique, une perte de poids et, à terme, la reprise d'une activité physique. De même, il a préconisé la mise en œuvre d'un bilan extensif des organes cibles, comprenant une évaluation néphrologique et la recherche d'une hypertension artérielle secondaire. Il a par ailleurs expliqué qu'il était nécessaire de procéder à la recherche d'une éventuelle apnée du sommeil, de mettre en place un suivi endocrinologique pour contrôler le diabète, mais aussi un traitement hypolipémiant. Enfin, il a suggéré de déterminer la suite de la prise en charge cardiologique en fonction des résultats de la coronarographie à effectuer (dos. AI 47/2 à 47/4).

5.3.8 Celle-ci a été entreprise le 17 juin 2025. Dans le rapport relatif à cette intervention, la clinique de cardiologie qui y a procédé a évoqué une maladie coronarienne tritonculaire avec tronc commun court, comprenant

cinq sténoses à différents stades entre 50% et 90%, ainsi qu'une occlusion. Il a en outre été souligné qu'une angiographie des artères rénales n'avait pas révélé de sténose ou d'athéromatose (voir dos. AI 58/2 à 58/7). Une nouvelle coronarographie de contrôle et ventriculographie a encore été effectuée auprès de cette clinique le 15 juillet 2025. Celle-ci a permis de confirmer le diagnostic précité. De surcroît, au vu des résultats de cette démarche, une revascularisation chirurgicale par pontage aorto-coronarien a été jugée indiquée et ce dans les meilleurs délais (dos. AI 60/3).

5.3.9 Afin de clarifier la situation, l'intimé a invité le SMR à se prononcer à deux reprises sur le dossier médical ainsi constitué. Dans un rapport du 25 août 2025, un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur de ce service a retenu les diagnostics de grave hypertension artérielle, d'hypertrophie sévère du ventricule gauche, de modifications dégénératives de l'épaule ainsi que de la colonne lombaire, de discopathie lombaire, de même que de gonarthrose des deux côtés. Il a conclu à une incapacité de travail médicalement fondée d'au moins 20% depuis le 16 août 2024 et il a renvoyé aux autres rapports médicaux figurant au dossier, s'agissant de l'évolution de ce taux. Malgré un état de santé de l'assuré jugé stable, il a déclaré que le pronostic pour l'avenir n'était toutefois pas favorable. Le spécialiste du SMR a par ailleurs estimé que la profession antérieure d'installateur sanitaire n'était plus exigible de l'assuré, mais que celui-ci demeurerait en mesure d'exercer à plein temps, avec une diminution de rendement de 20%, toute activité légère à moyennement éprouvante, réalisée dans une position surtout assise ou permettant des changements fréquents et n'impliquant pas de manipulations de charges de plus de 10 à 15 kg. Il a considéré que l'assuré devait en particulier éviter les positions contraignantes de la colonne vertébrale, du torse et de la tête (dos. AI 61/9).

5.3.10 Dans un second rapport, du 16 octobre 2025, le même médecin du SMR a pris position face aux observations émises le 30 septembre 2025 par l'assuré à l'encontre du préavis du 1^{er} septembre 2025. Dans celles-ci, le recourant faisait valoir en substance que son œil droit était aveugle et qu'il ne disposait que d'une vision de 60% à gauche, qu'il connaissait de graves problèmes à un genou, souffrait de douleurs lombaires, d'un diabète

de type 2 avec des complications cardiovasculaires, d'une hypertension artérielle sévère, ainsi que d'angor ayant nécessité la pose d'un stent (dos. AI 63/1). Le spécialiste du SMR a rétorqué qu'hormis le handicap visuel invoqué, les autres aspects avaient déjà été pris en compte lors de son évaluation du profil d'exigibilité, le 25 août 2025. S'agissant de l'atteinte visuelle, il a relevé qu'aucun document ne figurait sur ce point au dossier et a ajouté que si elle s'avérait réelle, il en résulterait un handicap dont il y aurait lieu de tenir compte, puisqu'une telle atteinte empêcherait une vision tridimensionnelle et nécessiterait le port d'un moyen de correction optique. Il a toutefois estimé qu'elle n'aurait qu'une conséquence qualitative sur le profil d'exigibilité, dans la mesure où certaines activités ne seraient plus envisageables, sans pour autant que le temps de travail et le rendement exigibles n'en soient affectés (dos. AI 66/3).

6.

6.1 Il convient d'examiner la valeur probante des rapports du SMR des 25 août et 16 octobre 2025, sur lesquels la décision attaquée est fondée.

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 La valeur probante des rapports du SMR (art. 49 al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) est comparable à celle des expertises médicales externes, lorsque ces rapports satisfont aux exigences développées 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). Malgré cette aptitude de base à prouver, les rapports émanant de médecins spécialistes internes à l'assurance ne sont pas revêtus dans la pratique de la même force probante qu'une expertise, réalisée par des experts indépendants, de nature judiciaire ou ordonnée en cours de procédure par l'assureur en vertu de l'art. 44 LPGA. Si un cas d'assurance est tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée, il convient alors de poser des exigences sévères en matière d'appréciation des preuves. S'il existe le moindre doute quant à la fiabilité et la pertinence des constatations médicales internes à l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée doivent également être pris en considération. Si les conclusions d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3a/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPGA (ATF 145 V 97 c. 8.5, 142 V 58 c. 5.1, 139 V 225 c. 5.2, 135 V 465 c. 4.4 à 4.6; TF 8C_434/2023, 8C_436/2023 du 10 avril 2024 c. 4.3, non publié in ATF 150 V 188, mais in SVR 2024 UV n° 27).

6.2 En l'espèce, d'un point de vue formel, il convient d'abord de relever que les qualifications du médecin du SMR (en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) ne prêtent pas en soi le flanc à la critique, s'agissant des atteintes discutées par ce spécialiste. Cela vaut à plus forte raison que, conformément à 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, 9C_711/2010 du 18 mai 2011 c. 4.3). En outre, la jurisprudence n'exige pas la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical, lorsque le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (TF 8C_469/2020 du 26 mai 2021 c. 3.2 et les références). Or en l'occurrence, l'ensemble du dossier médical a été recensé et soumis au SMR, y compris les derniers rapports relatifs

aux troubles cardiaques et angiologiques (échocardiographie du 24 mars 2025, coronarographies et angioplastie des 17 juin et 15 juillet 2025; dos. AI 61/1 à 61/6). Le médecin du SMR était donc en mesure d'émettre son avis en pleine connaissance des avis médicaux antérieurs, sans qu'il lui soit besoin de procéder lui-même à un examen personnel du recourant. Néanmoins, ainsi que cela sera exposé ci-après au stade de l'appréciation matérielle de ses rapports, les conclusions du médecin du SMR au sujet de la capacité de travail de l'intéressé s'avèrent lacunaires et inconsistantes. Elles ne sont pas motivées clairement en relation avec les différentes (et nombreuses) atteintes à la santé documentées au dossier, le spécialiste du SMR ne s'étant en particulier pas exprimé sur l'influence concrète de chacune des atteintes sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Aussi, l'examen révèle que les conclusions en cause ont été prises sans tenir compte de certaines pathologies. Partant, sous l'angle formel, la valeur probante des écrits du SMR est d'emblée sujette à caution.

6.3 Du point de vue matériel, sur le plan diagnostique, le médecin du SMR se limite à énumérer certaines des atteintes à la santé du recourant, documentées au dossier, à savoir l'hypertension artérielle, la sévère hypertrophie ventriculaire à gauche, les modifications dégénératives de l'épaule et de la colonne vertébrale lombaire, ainsi que la discopathie lombaire et la gonarthrose bilatérale. Celles-ci ne sont pas controversées au dossier, si bien qu'on comprend pourquoi le SMR a retenu de tels diagnostics, même si ce dernier ne s'est pas prononcé davantage à ce propos. De même, au vu des limitations que le spécialiste du SMR a retenues dans le cadre d'une activité encore possible selon lui de la part de l'assuré, décrites de manière concrète et détaillée (voir c. 5.3.10), le médecin du SMR a visiblement intégré, dans son évaluation du profil d'exigibilité, les atteintes orthopédiques du recourant, s'agissant de l'épaule gauche (dont les troubles trouvent leur origine dans l'accident du 29 août 2001 [voir c. 5.2]), des altérations dégénératives de la colonne lombaire, ainsi que de celles affectant les genoux (voir c. 5.3.2 s.). Par ailleurs, dans la mesure où la maladie diverticulaire du côlon et le diabète, également mentionnés au dossier médical, n'ont pas été associés à des limitations fonctionnelles par les médecins consultés, on peut également admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante (voir c. 5.1 in fine), que ces

atteintes ne jouent pas de rôle déterminant dans le tableau clinique, raison pour laquelle il importe également peu qu'elles n'aient pas été discutées davantage par le médecin du SMR. Il n'en va toutefois pas de même des atteintes cardiologique et vasculaire. En effet, le spécialiste de ce service n'évoque aucunement la maladie coronarienne tritronculaire, qui a pourtant fait l'objet de plusieurs rapports circonstanciés figurant au dossier (voir c. 5.3.5 à 5.3.8). Il n'a en particulier pas pris position quant à l'avis du spécialiste en cardiologie consulté, selon qui l'intéressé présentait un risque extrêmement élevé sur le plan cardiovasculaire (voir c. 5.3.7). Par ailleurs, force est de constater que le médecin du SMR n'a pas non plus tenu compte du fait que, dans un rapport du 18 juillet 2022, un spécialiste en rhumatologie traitant le recourant a indiqué que son patient souffrait également d'un état anxio-dépressif et d'une probable fibromyalgie. Il avait dès lors recommandé que l'intéressé soit adressé à un psychiatre (dos. AI 20/11). Au surplus, la médecin généraliste traitante du recourant a elle aussi fait état d'un état dépressif dans un rapport du 1^{er} octobre 2024 (dos. AI 23/13). Certes, aucun psychiatre n'a été consulté par l'intéressé. Il n'en demeure pas moins que l'existence d'une fibromyalgie a néanmoins été retenue par un spécialiste en rhumatologie. Or, ce diagnostic relève précisément de la compétence primaire d'un médecin spécialisé dans cette discipline, en corrélation avec celle d'un psychiatre (ATF 132 V 65 c. 4.3). Dans ces conditions, le SMR ne pouvait se passer d'en faire état et d'en livrer une appréciation. Cette omission, tout comme celle liée à la présence d'une atteinte coronarienne tritronculaire, ne permet ainsi pas de confirmer la complétude de l'examen du dossier de l'assuré effectué par le SMR et, partant, la cohérence des conclusions prises par ce service. Cela vaut à plus forte raison que, dans son second rapport du 16 octobre 2025, le médecin du SMR prétend à tort qu'aucun élément au dossier n'évoquait la cécité de l'œil droit, alléguée par l'assuré dans ses observations. En effet, le rapport du 8 janvier 2025 du service hospitalier d'urgence consulté par le recourant en avait pourtant fait état (dos. AI 47/13). Qui plus est, le spécialiste du SMR ne s'avère que guère convaincant en tant qu'il soutient à ce propos que le port de lunettes serait suffisant pour remédier aux problèmes oculaires présentés par l'assuré. Et pour cause puisqu'il ne se fonde à cet égard sur aucun avis spécialisé. Outre les lacunes précitées, il faut encore souligner, s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail,

que si le spécialiste du SMR décrit ensuite en détail les activités encore exigibles de l'assuré et celles que ce dernier devait éviter, il ne dit mot des origines médicales de ces limitations, en fonction des différentes atteintes à la santé établies au dossier. Aussi, il ne fournit aucune précision quant à la localisation effective des troubles orthopédiques précités qui, selon lui, justifieraient les limitations qu'il mentionne dans le profil d'exigibilité du recourant. Par conséquent, il est impossible de comprendre comment le spécialiste du SMR a apprécié l'influence respective de ces différentes atteintes sur la capacité de travail et comment il est parvenu à retenir une diminution de rendement de 20%. On ignore en effet quelles affections provoquent concrètement une pareille limitation et comment son ampleur a été appréciée. A cet égard, on remarquera que les restrictions de l'usage du bras gauche, admises par le médecin-conseil de la Suva dans son rapport d'examen final du 16 octobre 2003 (dos. AI 50.103), peuvent certes justifier un rendement diminué, mais qu'une baisse de rendement pourrait tout autant provenir de l'atteinte cardiaque et de l'hypertension artérielle sévère, susceptibles d'imposer un besoin de pauses accru, voire de limiter le temps de travail exigible. Faute pour le spécialiste du SMR d'avoir discuté de cette atteinte, on ignore donc à quel point cette dernière entrave l'exercice d'une activité lucrative. Rien ne permet ainsi de comprendre si une activité, même légère et adaptée, est véritablement possible à plein temps malgré cette affection. Enfin, quant au raisonnement du SMR, selon qui une incapacité de travail totale pourrait toutefois être admise à partir du 16 août 2024, conformément à l'appréciation en ce sens de la médecin généraliste traitante, du 19 novembre 2024 (dos. AI 23/3), elle ne s'avère pas non plus convaincante. En effet, le spécialiste en rhumatologie traitant avait pour sa part, dans un certificat médical du 26 janvier 2022, déjà attesté que l'état de santé de son patient ne lui permettait pas d'exercer une activité professionnelle et ceci dès le 1^{er} janvier 2022 (dos. AI 20/1). En définitive, il faut donc conclure que les conclusions du SMR des 25 août et 16 octobre 2025 ne reposent pas sur une appréciation complète et convaincante des éléments médicaux du dossier. De plus, elles sont insuffisamment motivées, en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail du recourant et son évolution dans le temps. La valeur probante de ces rapports médicaux ne saurait par conséquent être reconnue.

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, il faut reconnaître que tant les rapports médicaux versés au dossier que les conclusions du médecin du SMR ne permettent pas de statuer de manière fiable, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur la capacité de travail et de gain du recourant et sur l'évolution de celles-ci depuis la décision du 11 novembre 2004 de l'Office AI du canton de Neuchâtel. En rendant sa décision du 22 octobre 2025 en l'état du dossier et en se basant sur les rapports du SMR des 25 août et 16 octobre 2025, l'intimé a violé le devoir d'instruction qui lui incombait (voir c. 2.6). En conséquence, il se justifie d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il complète son instruction. Compte tenu des différentes atteintes à la santé du recourant, de leur intrication et de leur durée, seule une expertise médicale pluridisciplinaire apparaît en mesure de clarifier la situation complexe en présence (impliquant des atteintes ressortissant des domaines de l'orthopédie, de la cardiologie, de l'ophtalmologie, de la rhumatologie et de la psychiatrie). Dans ce cadre, il incombera aux experts d'investiguer en détail l'état de santé de l'assuré ainsi que ses répercussions sur sa capacité de travail et son évolution dans le temps, et ce, depuis la dernière décision du 11 novembre 2004 de l'Office AI du canton de Neuchâtel, qui lui avait alloué une rente entière d'invalidité limitée au 31 octobre 2003. Les experts préciseront en particulier, sur un plan consensuel, le profil d'exigibilité et la nature d'une activité adaptée et exigible du recourant, en tenant compte de l'ensemble des limitations dues aux atteintes à la santé constatées. Ils établiront ensuite l'ampleur de la capacité de travail dans une telle activité et l'évolution de celle-ci depuis le mois de novembre 2003. Fort de ces compléments, l'intimé déterminera si un motif de révision est réalisé, par rapport à la première décision rendue le 11 novembre 2004. Il s'agira aussi, le cas échéant, d'évaluer le caractère invalidant d'éventuels troubles psychiques à l'aune des indicateurs standards découlant de la grille d'évaluation normative et structurée issue de la jurisprudence relative à l'appréciation de tels troubles (voir ATF 151 V 66 c. 5.4, 143 V 418 c. 7). Sur cette base, l'intimé se déterminera une nouvelle fois sur le droit du recourant à des prestations de l'AI.

7.2 On précisera enfin que, dans le cas particulier, il est question d'une instruction lacunaire (rapports du SMR dont les résultats sont lacunaires et insuffisamment motivés), qu'il convient de faire compléter par une expertise appelée à se prononcer notamment sur des aspects médicaux qui n'ont pas encore été abordés. Une expertise judiciaire ne se justifie dès lors pas et il convient bien plus, ainsi que requis dans le recours, de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il instruisse les points litigieux, s'agissant de questions qui doivent être encore examinées ou précisées (ATF 139 V 99 c. 1). Qui plus est, une instruction au niveau du TA violerait le droit d'être entendu de l'intéressé et le priverait d'une instance de recours (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4; TF 9C_703/2015 du 12 novembre 2015 c. 3.1, in SVR 2016 IV n° 4).

7.3 Au vu de l'issue de la présente procédure, il est superflu d'examiner encore la question du respect du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst., RS 101; voir aussi art. 26 al. 2 de la Constitution du canton de Berne du 6 juin 1993 [ConstC, RSB 101.1] et art. 21 ss LPJA) et qui englobe notamment le droit de l'assuré de consulter les données qui le concernent, conformément à l'art. 47 al. 1 let. a LPGA, dont le recourant invoque la violation par l'intimé.

8.

8.1 Il résulte de tout ce qui précède que le recours doit être admis et la décision attaquée annulée. La cause doit être renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

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

8.3 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens, au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 137 V 57 c. 2.1). Bien que le recourant obtienne gain de cause, il ne se justifie cependant pas de lui allouer de

dépens (sous la forme d'une indemnité de partie), ce dernier n'étant pas représenté et la présente cause n'ayant pas occasionné d'efforts dépassant ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires personnelles (art. 61 let. g LPGA; art. 108 al. 3 LPJA en lien avec les art. 104 al. 1 et 2 LPJA; ATF 127 V 205 c. 4b; TF 9C_714/2018 du 18 décembre 2018 c. 9.2.1, non publié in ATF 144 V 380, mais in SVR 2019 KV n° 7).

8.4 Vu l'issue de la procédure, la requête d'assistance judiciaire est sans objet et doit être rayée du rôle du Tribunal.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. La requête d'assistance judiciaire est rayée du rôle du Tribunal administratif.
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).