

BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2024 813 vom 19. Juli 2017

BE Verwaltungsgericht, 2017-07-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be_verwaltungsgericht_200_2024_813

FR: BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2024 813 du 19 juillet 2017

IT: BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2024 813 del 19 luglio 2017

Erwägungen

E. 1.1

La décision du 5 novembre 2024 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et prononce un refus d'entrer en matière sur la demande de révision formée le 7 décembre 2023 par le recourant. L'objet du litige porte, à titre principal, sur la réforme de la décision contestée en ce sens que soit admise cette demande de révision et donc accordée une rente entière d'invalidité à l'assuré et, subsidiairement, sur l'annulation de ce prononcé et le renvoi de la cause à l'intimé en vue d'une nouvelle décision (après instruction médicale complémentaire).

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 7 mai 2026, 200.2024.813.AI, page 5

E. 1.2

Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 15, 32 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

E. 1.3

Les membres du TA connaissent, en qualité de juges uniques, des recours contre les décisions et décisions sur recours d'irrecevabilité (art. 57 al. 2 let. c de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

E. 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).

E. 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).

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 7 mai 2026, 200.2024.813.AI, page 6

E. 2.2

Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de la personne assurée s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]; voir ATF 130 V 343 c. 3.5.3). Une modification importante de l'état de fait doit être retenue lorsqu'il y a lieu d'admettre que le droit aux prestations serait donné au cas où les circonstances invoquées s'avèreraient exactes (arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_661/2022 du 26 juin 2023 c. 3.6.2, non publié in ATF 149 V 177, mais in SVR 2023 IV n° 52). Cette condition d'entrée en matière vise à éviter que l'administration doive constamment se saisir de demandes de rente identiques et non motivées d'une façon plus précise, c'est-à-dire ne démontrant pas de modification de l'état de fait (ATF 133 V 108 c. 5.3.1; TF 8C_661/2022 du 26 juin 2023 [destiné à la publication] c. 3.6.2, TF 9C_556/2021 du 3 janvier 2022 c. 5.1, in SVR 2022 IV n° 35).

E. 2.3

A réception d'une nouvelle demande ou d'une demande de révision, l'administration se doit d'examiner si les allégations de l'assuré sont plausibles; si tel n'est pas le cas, elle liquidera l'affaire, sans autre examen, par une décision de non-entrée en matière. Ce faisant, elle tiendra compte notamment du fait que l'ancienne décision a été rendue à une date plus ou moins récente, et posera en conséquence des exigences plus ou moins grandes à la vraisemblance de ce qui est allégué. A cet égard, l'administration dispose d'une certaine marge d'appréciation que le juge doit respecter. Celui-ci n'examine donc la question de l'entrée en matière que si celle-ci est litigieuse (ATF 109 V 108 c. 2b).

E. 2.4

Lors d'une nouvelle demande ou demande de révision, l'assuré doit rendre plausible une modification des circonstances. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, n'est pas applicable à ce stade de la procédure. Lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 7 mai 2026, 200.2024.813.AI, page 7 raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit

examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 c. 5.2.5). Un rapport médical déposé au cours seulement de la procédure judiciaire cantonale ne peut dès lors être pris en considération dans l'appréciation juridique, et ce même s'il permet certaines déductions par rapport à la situation médicale telle que donnée pendant le laps de temps visé par la nouvelle demande de prestations. Il n'y a lieu de s'écarter de ce principe que si l'Office AI n'a formellement pas mené d'une manière conforme au droit fédéral la procédure en cas de nouvelle demande (ATF 130 V 64 c. 5.2.5; TF 8C_557/2023 du 22 mai 2024 c. 3.2, 8C_389/2018 du 8 janvier 2019 c. 4.2).

E. 2.5

La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche dans la procédure faisant suite à la nouvelle demande (examen matériel) – d'une manière analogue à celle de la révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA – en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision de refus à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 c. 5.3, 130 V 71 c. 3.2.3; VSI 1999 p. 84 c. 1b). Lorsqu'à la suite d'un premier refus de prestations, un nouvel examen matériel du droit à la rente aboutit à ce que celui-ci soit à nouveau nié dans une décision entrée en force reposant sur une constatation des faits (médicaux) pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas d'indices d'une modification des conséquences exercées par l'état de santé sur la capacité de gain) conformes au droit, la personne assurée doit se laisser opposer ce résultat – sous réserve de la jurisprudence en matière de reconsidération et de révision procédurale – lors d'une nouvelle annonce à l'AI (ATF 130 V 71 c. 3.2.3).

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 7 mai 2026, 200.2024.813.AI, page 8

E. 3.1

Par la décision contestée du 5 novembre 2024, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision du 7 décembre 2023, au motif que l'assuré n'avait pas rendu plausible une modification essentielle des circonstances objectives depuis sa dernière décision prononcée le 28 avril 2022, entrée en force. Dans sa réponse du 17 janvier 2025, l'intimé a précisé qu'un tel changement propre à influencer sur les exigibilités définies dans sa décision du 17 mars 2022, également entrée en force, ne s'était pas produit, ainsi qu'en avait convenu le SMR dans son rapport du 23 avril 2024 ayant nié toute observation objective en ce sens. Il a en outre souligné que le rapport médical du 4 décembre 2024, joint au recours, ne pouvait être pris en considération dans la procédure y afférente devant le TA. A son sens, les conditions n'étaient pas réunies à cet effet, dès lors que ce nouveau rapport se référait à une consultation médicale du

E. 3.2

Dans son recours du 6 décembre 2024, l'assuré fait au préalable valoir qu'il est en droit de se prévaloir devant le TA du rapport médical du

E. 4

décembre 2024 pourra en revanche motiver une nouvelle demande de prestations, qu'il sera loisible au recourant d'introduire devant cette autorité.

E. 5

Est litigieux le point de savoir si l'assuré a rendu plausible une modification de son état de santé propre à influencer sur son degré d'invalidité.

E. 5.1

Les dernières décisions de l'intimé, entrées en force et reposant sur un examen matériel complet du droit à la rente, ont été rendues les 17 mars et 28 avril 2022. L'examen du cas porte donc sur le point de savoir si le recourant a établi à suffisance de droit un changement sensible de sa situation réelle, qui serait survenu entre ces décisions et le prononcé litigieux du 5 novembre 2024.

E. 5.2

Pour rendre ses décisions d'origine ayant accordé à l'assuré une rente entière du 1er janvier 2019 au 31 juillet 2021 et une demi-rente du 1er août 2021 au 31 mars 2022 (décision du 28 avril 2022), respectivement une demi-rente continue à compter du 1er avril 2022 (décision du 17 mars 2022), l'intimé a fait siennes les conclusions de l'experte rhumatologue livrées le 21 avril 2021. Il en découlait six diagnostics ayant une influence potentielle sur la capacité de travail, à savoir des lombalgies chroniques depuis 2015 sur discopathies en L3/L4 et L4/L5, qualifiées par la suite de hernie discale L4/L5 avec rétrécissement du récessus latéral gauche, en conflit possible avec les racines L4 et L5 ainsi qu'associées à une discopathie débutante ou hernie discale en L3/L4 avec migration en direction crâniale (1), un status après une opération du 25 octobre 2018 de stabilisation en L4/L5/S1 avec décompression/discectomie en L4/L5 à gauche (2), une atteinte sacro-iliaque dégénérative gauche dès février 2019 (3), un status après une arthrodèse lombaire postérieure mini-invasive le 22 novembre 2019 en L4/L5 avec stabilisation et décompression en L4/L5 à gauche en présence de lombalgies en

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 7 mai 2026, 200.2024.813.AI, page 11 extension avec sciatalgies en L4 et L5 à gauche, de lyses isthmiques en L4 et L5 à gauche, de même que d'une fracture des tiges droite et gauche à hauteur de L5/S1, extirpées et remplacées (4), une consolidation de l'arthrodèse lombaire en L4/L5 en cours le 14 avril 2021 avec troubles sacro-iliaques gauches dégénératifs et non symptomatiques (5), ainsi que des pseudo-sciatalgies en L5/S1 et des pseudo-cruralgies en L4 (6). Sans répercussions sur la capacité de travail étaient en outre rapportés des gonalgies sur troubles dégénératifs discrets fémoro-patellaires avec fissure de la corne postérieure du ménisque externe asymptomatique, une discrète surcharge pondérale, un suivi psychiatrique entre janvier 2017 et janvier 2019, à l'instar d'une suspicion de problématique psychiatrique (dossier intimé [dos. int.] 14.59/45 s.). Sur ces bases, l'experte rhumatologue concluait à une incapacité de travail entière dès l'accident du 4 mars 2015 dans l'activité de préparateur en surface, respectivement à une incapacité de travail de 100% du 1er janvier 2018 au 15 avril 2021 et de 50% dès le 16 avril 2021 (date de l'expertise) dans une activité adaptée essentiellement sédentaire, ménageant le rachis et les genoux, de même qu'excluant le port de charges (dos. int. 14.59/62 s.). Dans ses prononcés des 17 mars et 28 avril 2022, l'intimé a défini le profil d'exigibilité offert sur ces bases – à savoir une activité assise s'exerçant pendant quatre heures d'affilée avec alternance des postures toutes les 30 minutes et modification de l'assise (utilisation d'un coussin biseauté), excluant les travaux en porte-à-faux du buste, les mouvements répétitifs des lombaires en flexion, extension ou rotation, les tâches en position agenouillée, accroupie ou en hauteur, ainsi que limitant le port de charges à 5 kg (dos. int. 14.21/1; voir aussi dos. int. 14.59/62). Ces prononcés, avec

l'appréciation médicale retenue à leur appui, ont été entérinés dans l'arrêt vaudois AI 109/22 – 90/2023 rendu le 30 mars 2023 (dos. int. 14.5/21 s.).

E. 5.3

Entre la date des prononcés précités des 17 mars et 28 avril 2022 ainsi que celle de la décision du 5 novembre 2024 présentement contestée, les documents suivants renseignent sur la situation médicale.

E. 5.3.1

Dans un rapport du 23 août 2023, le neurochirurgien traitant de l'assuré a diagnostiqué une lombo-sacralgie bilatérale accentuée à gauche et associée à un diagnostic différentiel (DD) de syndrome de l'articulation

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 7 mai 2026, 200.2024.813.AI, page 12 sacro-iliaque avec relâchement de l'implant (1), des douleurs thoraciques gauches au niveau des côtes inférieures en présence d'ostéochondroses en T6/T7, T8/T9, T9/10 et T10/T11 avec des nodules de Schmorl, d'un DD de sarcoïdose ou d'atteinte liée au pancréas et d'une exacerbation des plaintes le 16 décembre 2022 (2), une spondylodèse transpédiculaire en L4/S1 le 26 août 2022 avec arthrodèse lombaire postérieure mini-invasive en L5/S1 avec lente guérison osseuse en cours, fracture de la tige gauche entre L5/S1 au-dessus de la vis en S1 à gauche et protrusion discale gauche en L4/L5 ou DD de cicatrisation (3), un DD de pseudarthrose en L4/L5 en présence d'une spondylolyse pré-opérative en L4 avec spondylolisthésis de degré I (4), une arthrodèse lombaire postérieure mini-invasive bilatérale en L4/L5 en novembre 2019 (5), des douleurs thoraciques bilatérales de genèse non spécifique avec exacerbation des douleurs en mars 2022 (6), un DD de sarcoïdose (7), de même qu'une décompression et une discectomie en L4/L5 et L5/S1 en octobre 2018 associées à une hernie discale L4/L5 et une sténose foraminale en L5 (8). Au surplus étaient évoquées une pneumopathie bilatérale couplée selon toute vraisemblance à une sarcoïdose immunologique et une tachycardie selon l'anamnèse, de genèse non spécifique et traitée. D'après ce spécialiste, les thoracalgies nécessitaient des investigations médicales complémentaires auprès du généraliste traitant, voire une évaluation pneumologique. Sur le plan lombaire, le neurochirurgien traitant restituait le résultat de clichés radiographiques des 21 décembre 2022 et 26 avril 2023 ayant révélé, pour le premier, une position correcte du matériel d'ostéosynthèse, des consolidations complète de la cage en L4/L5 et partielle en L5/S1, respectivement, quant au second, une ostéochondrose en progression en L3/L4. Il réservait en outre de nouveaux examens radiologiques sous forme d'un SPECT-CT (technique d'imagerie combinant des images tomoscintigraphiques et scanographiques; dos. int. 15/4 s.).

E. 5.3.2

A l'issue de ce SPECT-CT réalisé le 6 septembre 2023, dont il ressortait une forte activation de l'articulation sacro-iliaque gauche, le neurochirurgien traitant du recourant a adapté le 18 octobre 2023 son évaluation diagnostique en retenant désormais expressément la présence d'un syndrome de l'articulation sacro-iliaque gauche associé à une réaction de charge statique prononcée en S1. Au surplus, son appréciation faisait

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 7 mai 2026, 200.2024.813.AI, page 13 état d'ostéochondroses sévères et d'une intolérance médicamenteuse (Novalgine). S'appuyant à la fois sur la clinique et sur le SPECT-CT précité, le neurochirurgien a retenu

une inflammation sévère au niveau du passage lombo-sacral ainsi que de l'articulation sacro-iliaque gauche expliquant, selon lui, les douleurs de son patient. Vu l'échec des mesures thérapeutiques, il a conclu à une problématique désormais chronicisée et à une probable incapacité de travail durable à 100% dans une activité alternant les postures. A son sens, la situation était en outre aggravée par la présence d'une sarcoïdose avec atteinte pulmonaire (dos. int. 15/7 ss).

E. 5.3.3

En date du 6 novembre 2023, le médecin généraliste de l'assuré, s'appuyant sur son suivi d'une quinzaine d'années ainsi que sur les deux rapports neurochirurgicaux déjà évoqués (voir c. 5.3.1 s.), a fait valoir une péjoration médicale liée entre autres à l'apparition de douleurs rachidiennes hautes ainsi qu'à des thoracodynies gauches. Mentionnant en outre un bilan cardiologique dans les normes, il a estimé que ce tableau clinique pouvait être associé à une pathologie inflammatoire générale de type sarcoïdose. Pour le surplus, ce médecin a fait état d'une situation stable sur le plan lombaire en présence de lombalgies chroniques, de lombosciatiques aiguës, d'instabilités du bassin et à la marche rendant celle-ci difficile, lente et assortie d'un risque de chute, en dépit de l'utilisation de cannes anglaises. Il a détaillé les limitations, qualifiées d'importantes, que son patient encourait dans son activité du fait que celui-ci ne pouvait pas marcher sur un terrain accidenté, rester plus de 15 minutes dans une position verticale ou assise identique, effectuer des fléchissements ou des rotations au moyen du tronc, travailler les bras au-dessus de la tête, à genoux ou accroupi, sur des échelles ou échafaudages, soulever ou porter des charges de plus de 5 kg; la nécessité d'un repos compensateur régulier en raison des douleurs était également soulignée. Ce médecin en a conclu que l'incapacité de travail ne pouvait être inférieure à 75% (dos. int. 15/2).

E. 5.3.4

Dans une prise de position du 19 décembre 2023, le SMR, par l'entremise d'un chirurgien orthopédique, a estimé que les éléments médicaux évoqués ci-avant (c. 5.3.1 ss) ne laissaient entrevoir aucune péjoration objectivable de l'état de santé. D'après ce service médical, une

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 7 mai 2026, 200.2024.813.AI, page 14 activité adaptée demeurerait exigible à 50% sans diminution de rendement – à savoir une activité corporellement légère alternant les postures assise et debout (table de travail modulable), de même qu'excluant celles forcées du haut du corps (maintien prolongé en position assise ou debout penchée vers l'avant), les travaux avec des mouvements rotatifs répétitifs du haut du corps, une rotation de ce dernier en positions assise et debout sous contrainte de charges, le soulèvement de charges loin du corps et celui répétitif au-dessus de la hauteur de la poitrine, les travaux au-dessus de la tête, l'escalade d'échelles, les agenouillements répétés, le fait de se pencher ou les travaux en posture penchée vers l'avant, les mouvements répétitifs et stéréotypés au niveau de la colonne vertébrale lombaire, à l'instar des effets de charge imprévisibles et asymétriques. Le SMR considérerait au surplus qu'à titre exceptionnel, des charges de 5 kg pouvaient être soulevées et portées jusqu'à hauteur de l'abdomen (dos. int. 23/3 s.).

E. 5.3.5

Le 17 janvier 2024, le neurochirurgien traitant de l'assuré a complété sa précédente évaluation diagnostique en évoquant l'apparition d'une hyperalgésie sous-cutanée gauche

(DD de neurinome), traitée le même jour par une infiltration à des fins diagnostiques. Dans son rapport médical était en outre signalée, hormis des infiltrations à l'articulation sacro-iliaque gauche en novembre 2020 et mai 2021, une nouvelle infiltration (à des fins aussi diagnostiques) à cette même articulation le 14 décembre 2024 (recte: 2023). Au terme de son évaluation, ce spécialiste a précisé que les douleurs lombaires gauches avaient bien répondu à l'infiltration sous-cutanée pratiquée le même jour (disparition des douleurs à 90%), ce qui parlait en faveur d'une hyperalgésie provoquée par des modifications semblables à celles d'un neurinome dans la région de l'hypoderme; un traitement local futur (à base de capsaïcine) était évoqué. Le neurochirurgien traitant mentionnait en outre une possible ostéochondrose/pseudarthrose en L5/S1, tout en précisant que cette problématique était secondaire par rapport aux plaintes sous-cutanées. Pour le surplus, les thoracalgies étaient décrites comme inchangées (dos. int. 26/2 ss).

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 7 mai 2026, 200.2024.813.AI, page 15

E. 5.3.6

Dans un rapport du 23 avril 2024, le SMR, par le chirurgien orthopédique susmentionné, a confirmé sa précédente appréciation du 19 décembre 2023 et le profil d'exigibilité défini à son appui (voir c. 5.3.4). Il a estimé qu'il avait été démontré par la radiologie que la spondylodèse en L4/S1 était consolidée après sa révision le 26 août 2022. Pour ce médecin, il apparaissait ensuite douteux que les douleurs dont se plaignait le recourant résultent d'un syndrome de l'articulation sacro-iliaque gauche, dès lors qu'une infiltration de cette articulation n'avait pas permis d'atténuer les symptômes. D'après lui, l'hypothèse d'un neurinome était à privilégier étant donné qu'une infiltration sous-cutanée avait entraîné une diminution de 90% des douleurs lombaires gauches. Ce médecin a en outre exclu tout lien entre ces plaintes et celles thoraciques également présentes, supputant une origine pulmonaire s'agissant des secondes. Au final, il a estimé qu'aucun élément clinique ni radiologique ne permettait de mettre en évidence une détérioration médicale déterminante établie de manière plausible, niant de ce fait également la nécessité d'un examen médical personnel du recourant auprès du SMR (dos. int. 33/3 s.)

E. 6

Se pose la question du caractère probant de l'appréciation médicale du SMR sur laquelle repose la décision contestée.

E. 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).

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 7 mai 2026, 200.2024.813.AI, page 16

E. 6.1.2

La valeur probante des rapports du SMR (art. 49 al. 2 RAI) 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 toutefois 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 devait être 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

E. 6.2

Quant à sa forme, on constate d'emblée que l'appréciation du SMR répond aux exigences jurisprudentielles prédécrites permettant de lui reconnaître entière valeur probante. Le premier rapport du 19 décembre 2023 de ce service médical rappelle le contexte ayant motivé le dépôt d'une demande de révision le 7 décembre 2023. Il y est ainsi mentionné qu'une péjoration médicale est alléguée postérieurement à l'octroi, en date du 17 mars 2022 (et du 28 avril 2022), d'une rente entière d'invalidité du 1er janvier 2019 au 31 juillet 2021, puis d'une demi-rente d'invalidité dès le

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 7 mai 2026, 200.2024.813.AI, page 17 1er août 2021 fondée sur une capacité de travail résiduelle de 50%. Ce rapport expose ensuite la situation médicale de l'assuré, telle qu'elle découle des rapports des 23 août et 18 octobre 2023 du neurochirurgien traitant et du 6 novembre 2023 du médecin généraliste invoqués à l'appui de la demande de révision. Le médecin du SMR discute chacune de ces sources médicales, avant de nier toute évolution déterminante rendue plausible par rapport au profil d'exigibilité défini lors des prononcés des 17 mars et 28 avril 2022, à teneur duquel une activité adaptée est offerte à un taux de 50% aux conditions énumérées ci-avant (voir c. 5.2). A l'issue de son appréciation, le médecin du SMR a en outre veillé à définir plus étroitement les limitations fonctionnelles encourues (voir c. 5.3.4). Dans son second rapport du 23 avril 2024, il s'est prononcé sur l'appréciation neurochirurgicale du 17 janvier 2024, après en avoir détaillé les éléments principaux et en avoir fait de même à l'égard des observations formulées à l'encontre du préavis du 20 décembre 2023. Eu égard à la situation clinique univoque au dossier, les qualifications en chirurgie orthopédique du médecin du SMR s'avéraient suffisantes pour évaluer les conditions en vue de l'entrée en matière sur une demande de révision du droit aux prestations. Pour les mêmes motifs, il ne prête pas non plus le flanc à la critique que ce médecin n'ait pas procédé à un examen personnel du recourant (art. 49 al. 1 RAI; voir TF

8C_469/2020 du 26 mai 2021 c. 3.2 et les références). De telles investigations cliniques avaient en effet été déjà régulièrement effectuées au cours de la prise en charge neurochirurgicale du recourant, respectivement pendant son suivi en médecine générale, et leurs résultats figurent au dossier. Il n'y a dès lors rien à redire sur le plan formel à l'appréciation du SMR.

E. 6.3

Sous l'angle matériel, les conclusions du SMR ne s'avèrent pas davantage problématiques.

E. 6.3.1

Le chirurgien orthopédique de ce service médical a justifié avec cohérence son appréciation des éléments médicaux étayant la demande de révision, qui l'a amené à réfuter toute évolution déterminante établie de manière plausible dans l'état de santé. A cette fin, il a d'abord rappelé que les plaintes rapportées par les médecins suivant l'assuré consistaient principalement en des thoracalgies bilatérales accentuées à gauche

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 7 mai 2026, 200.2024.813.AI, page 18 qu'aucune dégénérescence ni cause cardiologique ne venaient expliquer (voir pour le second aspect médical dos. int. 8.7/9 ss). Si le neurochirurgien traitant a certes fait nouvellement état dans ce contexte d'ostéochondroses de T6 à T11 assorties de petits signes d'herniation (nodules de Schmorl), il n'y a associé aucune conséquence puisqu'il a exclu que les douleurs thoraciques proviennent de cette atteinte. En effet, ce spécialiste a bien davantage supputé à leur égard une origine pulmonaire en la forme d'une sarcoïde immunologique. Cette hypothèse diagnostique avait du reste déjà été formulée (avec une vraisemblance élevée) lors d'une évaluation pneumologique réalisée le 12 décembre 2018 (dos. int. 8.7/4 ss), à la suite de laquelle elle a été régulièrement émise par les neurochirurgiens traitants successifs du recourant (dos. int. 8.19/2; 8.20/1; 8.26/1; 14.13/4; 14.34/1; 14.59/74 ss; 14.80/3 ss; 14.108/3; 15/4 ss; 26/2). L'experte rhumatologue a pour sa part rapporté en avril 2021 une sarcoïdose liée à une surinfection pulmonaire apparue lors de la première intervention lombaire, en précisant que le premier diagnostic n'avait pas été reconduit après la résorption des lésions pulmonaires (dos. int. 14.59/38). En tout état de cause, le dernier neurochirurgien traitant a encore appelé en août et octobre 2023 de ses vœux de nouvelles explorations pulmonaires en lien avec les thoracalgies de son patient, en confirmant ainsi ses conjectures originelles (dos. int. 15/5; 15/9). Il s'ensuit que l'hypothèse diagnostique d'une sarcoïdose n'est pas nouvelle, puisque celle-ci est émise sans discontinuer par les neurochirurgiens traitants depuis le 12 décembre 2018, la dernière fois en date du 17 janvier 2024. A défaut d'une pathologie dûment établie sur le plan pulmonaire, on ne saurait pour autant inférer une péjoration médicale rendue plausible eu égard aux thoracalgies résultant de cette problématique. Dans ce prolongement, il apparaît également compréhensible que le SMR ait nié toute interaction entre ces plaintes et les douleurs lombaires également présentes (voir c. 6.3.2 ci-après). Ainsi que souligné par ce service médical (dos. int. 33/3), le neurochirurgien traitant s'est en effet limité dans ses derniers rapports à restituer les plaintes subjectives, en l'absence de tout élément objectif propre à illustrer avec plausibilité une aggravation médicale à raison des thoracalgies invoquées par son patient.

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 7 mai 2026, 200.2024.813.AI, page 19

E. 6.3.2

Pour revenir à l'aspect lombaire, le SMR a en outre tenu compte des douleurs (lombo-)sacrées présentes, tout en précisant que celles-ci avaient déjà été rapportées en 2019 (dos. int. 23/4). En réalité, on relève au dossier qu'à la consultation post-opératoire du 12 décembre 2018 consécutive à l'intervention du 25 octobre 2018, l'assuré présentait déjà une irritation sacro-iliaque importante à gauche, sans déficit neurologique (dos. int. 8.26/1; voir aussi le rapport du SMR du 15 novembre 2019 en ayant fait état: dos. int. 14.94/1). Associées notamment à de la physiothérapie, plusieurs infiltrations pratiquées en 2019 au niveau des articulations sacro-iliaques avaient alors permis d'améliorer les douleurs (dos. int. 8.19/2; 8.20/1; 14.88/2 s.; 14.94/1). Par la suite, de nouvelles infiltrations avaient été effectuées le 2 novembre 2020, avant que l'actuel neurochirurgien ne diagnostique le 8 décembre 2020 un syndrome de l'articulation sacro-iliaque gauche (dos. int. 14.80/1; 14.80/7). Sur la base d'un SPECT-CT réalisé le même jour, ce spécialiste avait ensuite diagnostiqué une sacro-iliite gauche le 14 avril 2021 (DD de Morbus Bechterew; dos. int. 14.59/76), à l'origine d'une nouvelle infiltration en mai 2021, avant de constater le 17 septembre 2021 une inflammation à l'articulation sacro-iliaque des deux côtés, accentuée à gauche (dos. int. 14.34/1). En date du 20 avril 2022, il a néanmoins qualifié ces douleurs de secondaires par rapport aux autres plaintes (dos. int. 14.13/4 s.). Eu égard à ces antécédents, il apparaît dès lors que l'inflammation sévère de l'articulation sacro-iliaque gauche, révélée par le SPECT-CT du 6 septembre 2023 dans un contexte de surcharge osseuse induite par la stabilisation en L4-S1 (voir c. 5.3.2), ne rend compte d'aucune atteinte en soi nouvelle. Il s'agit bien plus de la résurgence d'une problématique inflammatoire évoquée à partir de fin 2018 et diagnostiquée en tant que sacro-iliite en avril 2021, de même qu'associée dès 2020 à un syndrome de l'articulation sacro-iliaque gauche, soit à une atteinte d'ordre mécanique. N'en contredise l'assuré (voir c. 3.2), cette affection inflammatoire a bien été prise en compte par l'intimé et ce, dès les investigations rhumatologiques réalisées à l'instigation de ce dernier en avril 2021. Si l'experte rhumatologue jadis mandatée n'a pas confirmé le diagnostic de sacro-iliite gauche à l'issue de son examen clinique (dos. int. 14.59/39), elle a néanmoins fait état d'une atteinte dégénérative à l'articulation concernée propre à influencer la capacité de travail (dos. int. 14.59/45). Pour le

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 7 mai 2026, 200.2024.813.AI, page 20 surplus, le SMR a dûment étayé la consolidation de la spondylodèse en L4-S1 pratiquée le 26 août 2022 eu égard aux substrats objectivés lors des radiographies du 21 décembre 2022 (voir c. 5.3.1; dos. int. 23/3). C'est à raison également qu'il n'a pas accordé de portée significative à l'accentuation des ostéochondroses en L3/L4 (voir c. 5.3.1 s.), en l'absence de toute indication opératoire à leur sujet (dos. int. 33/3). L'hypothèse d'une ostéochondrose/pseudarthrose en L5/S1 évoquée en janvier 2024, dont les manifestations sont qui plus est considérées comme secondaires dans le tableau clinique (voir c. 5.3.5), ne saurait enfin suffire à étayer une péjoration sur le plan lombaire ni à remettre dès lors en cause l'avis dûment étayé du spécialiste du SMR.

E. 6.3.3

Qui plus est et ainsi qu'il en ressort du dossier médical (voir c. 5.3.5), on ne voit rien non plus à redire au fait que le chirurgien orthopédique du service médical précité ait suggéré que les douleurs lombo-sacrées invoquées par le recourant s'expliquaient principalement par l'apparition d'une hyperalgésie sous-cutanée gauche, possiblement constitutive d'un neurinome. A défaut d'influer sur le droit à la rente, selon le SMR, cette nouvelle composante diagnostique ne saurait en effet s'avérer pertinente pour étayer de manière

plausible une aggravation de l'état de santé (ATF 141 V 9 c. 5.2; TF 9C_357/2019 du 17 décembre 2019 c. 3, in SVR 2020 IV n° 25). En effet, cette affection n'induit en soi aucune restriction fonctionnelle supplémentaire par rapport aux exigibilités définies de manière très large par le SMR (voir c. 5.3.4), lesquelles permettent d'inclure l'ensemble des limitations énumérées par le neurochirurgien traitant. Ainsi en va-t-il de l'exclusion des activités à charges variables et de celles impliquant de se pencher régulièrement, postulée par ce spécialiste en raison d'une mobilité restreinte de la colonne vertébrale lombaire inférieure (dos. int. 26/3; 33/4). Le profil d'exigibilité défini par le SMR en tient adéquatement compte en postulant l'exercice d'une activité légère alternant les postures assise et debout, de même qu'excluant celles impliquant de se pencher vers l'avant, les mouvements répétitifs et stéréotypés au niveau de la colonne vertébrale lombaire, à l'instar des effets de charge imprévisibles et asymétriques. Compte tenu par ailleurs des autres limitations intégrées dans ce profil d'exigibilité en lien avec les thoracalgies, il ne saurait être reproché au SMR de ne pas avoir

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 7 mai 2026, 200.2024.813.AI, page 21 suffisamment défini les contours d'une activité adaptée aux handicaps (contra: c. 3.2). Par ailleurs, comme souligné par ce service médical (dos. int. 33/4), les restrictions fonctionnelles reconnues sont en l'espèce cumulées à une limitation du taux de présence à un taux de 50%, ce qui rend une telle activité adaptée d'autant plus exigible ainsi que potentiellement intégrative de fluctuations dans l'état de santé. Enfin, au contraire de ce qu'allègue le recourant (voir c. 3.2), aucune atteinte à la santé psychiatrique ne saurait justifier de remettre en question l'avis du SMR dans son cas. Si un suivi est rapporté au dossier entre janvier 2015 et janvier 2017 auprès d'un médecin psychiatre, respectivement une affection psychiatrique supputée en avril 2021 lors de l'évaluation rhumatologique, aucun diagnostic n'a cependant été posé de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée. Or, à défaut d'un tel diagnostic, aucune limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne saurait être retenue chez l'assuré, ni partant une évolution établie avec plausibilité dans le droit aux prestations qui résulterait de cette limitation (ATF 145 V 215 c. 5.1).

E. 6.4

Il s'ensuit au final que c'est à bon droit que l'intimé s'est rallié à l'appréciation du SMR qui s'avère complète et probante quant à l'ensemble des composantes somatiques du tableau clinique, en l'absence au surplus de tout diagnostic d'une atteinte à la santé psychique. Aucun indice objectif au dossier ne permet par ailleurs de douter de la pérennité de cette appréciation à la date de la décision contestée. Une instruction complémentaire n'a dès lors pas lieu d'être ordonnée par le TA. Dès lors, il en découle que le recourant n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé propre à influencer ses droits depuis les dernières décisions des 17 mars et 28 avril 2022, entrées en force. Partant, c'est à bon droit que l'intimé n'est pas entré en matière sur sa demande de révision du droit à la rente fixé lors de ces prononcés. 7. 7.1 Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et doit être rejeté.

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 7 mai 2026, 200.2024.813.AI, page 22 7.2 Conformément à l'art. 61 let. fbis LPGA, pour les litiges en matière de prestations (comme c'est le cas 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. 1bis 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. Le

recourant qui succombe doit ainsi supporter les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.- (art. 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). 7.3 Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGa a contrario; art. 104 al. 1 et art. 108 al. 3 LPJA).

E. 10

avril 2024 c. 4.3, non publiés in ATF 150 V 188, mais in SVR 2024 UV n° 27).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.