

Un recours en matière de droit public interjeté contre ce jugement a été rejeté par le Tribunal fédéral en date du 17 avril 2015 (9C\_841/2014)

**200.2014.492.AI**

ANP/BEJ

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

**Jugement du juge unique du 16 octobre 2014**

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président  
P. Annen-Etique, greffière



A. \_\_\_\_\_  
représenté par Me B. \_\_\_\_\_,  
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 8 avril 2014

## **En fait:**

### **A.**

A.\_\_\_\_\_, né en 1968, marié et père de deux enfants mineurs, dispose d'une formation d'infirmier acquise au C.\_\_\_\_\_ d'où il a migré vers la Suisse en 2001. Suite à plusieurs périodes de chômage entrecoupées d'emplois temporaires, il a été engagé dans le courant 2004 comme aide de cuisine dans un home. Le 17 avril 2009, il a déposé une première demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité (AI) motivée par une affection nerveuse réactionnelle à une situation de vie difficile (état dépressif). Après s'être enquis de l'appréciation du psychiatre de l'intéressé, l'Office AI Berne a formellement rejeté cette demande en date du 20 août 2009 (décision entrée en force). Le 4 décembre 2012, l'assuré, dans l'intervalle licencié par son employeur le 28 août 2012 pour fin novembre 2012 (terme reporté à fin mai 2013 en raison d'une incapacité de travail entière attestée dès le 28 août 2012), a déposé une nouvelle demande AI mentionnant des troubles dépressifs et des angoisses importantes datant de plusieurs mois. Par décision du 28 mai 2013 (entrée en force), l'Office AI n'est pas entré en matière sur cette demande par la suite étayée par un rapport du 31 janvier 2013 du psychiatre traitant, faute pour l'intéressé d'avoir établi de manière plausible une modification notable de son état de santé.

### **B.**

Le 21 août 2013, l'assuré s'est annoncé une nouvelle fois à l'AI en se prévalant d'une affection nerveuse réactionnelle à plusieurs situations de vie traumatisantes depuis plusieurs années. Son psychiatre a fait parvenir à l'Office AI un certificat médical daté du 10 septembre 2013, face auquel le service médical régional de l'AI (SMR) a pris position le 27 novembre 2013. Selon préorientation du 21 février 2014, l'Office AI a informé l'intéressé qu'il envisageait de ne pas entrer en matière sur cette troisième demande, dès lors que l'intéressé n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 20 août 2009. Par courrier du 14 mars 2014, l'assuré a formulé ses objections à l'encontre de ce prononcé provisoire et a produit à l'appui divers documents, en particulier un certificat médical du 13 mars 2014 de son psychiatre et une décision du service social de sa commune lui accordant, ainsi qu'à sa famille, une aide matérielle dès le 1<sup>er</sup> juillet 2013. En date du 8 avril 2014, l'Office AI a rendu une décision formelle dans le sens annoncé par sa préorientation.

## C.

Par acte du 23 mai 2014, l'assuré, représenté, a porté le litige auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) en retenant les conclusions suivantes:

- « 1. Annuler la décision rendue par l'Office AI du canton de Berne le 8 avril 2014;
2. Dire et juger que le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente et qu'il appartient dès lors à l'Office AI d'entrer en matière sur cette nouvelle demande;
3. Renvoyer le dossier à l'Office AI pour instruction du dossier et décision sur le fond;
4. Accorder au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice et, par conséquent, le dispenser de fournir une avance de frais;
5. Sous suite des frais et dépens.»

Dans sa réponse du 3 juillet 2014, l'Office AI a conclu au rejet du recours, après que le recourant eut dans l'intervalle encore complété sa demande d'assistance judiciaire et produit une procuration en bonne et due forme. La mandataire de l'assuré a fait parvenir au Tribunal sa note d'honoraires le 16 juillet 2014.

### En droit:

#### 1.

**1.1** La décision de non-entrée en matière du 8 avril 2014 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et le renvoi du dossier à l'intimé afin qu'il complète son instruction médicale et statue ensuite matériellement sur la demande de l'assuré. Est particulièrement critiquée l'appréciation de l'administration niant le caractère plausible de l'aggravation de l'état de santé dont se prévaut le recourant, certificats médicaux à l'appui.

**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, représentée par une mandataire dûment constituée, 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 19 juin 1959 sur l'assurance-

invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15, 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

**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 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

**1.4** Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 (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).

**2.2** Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, l'autorité ne peut examiner une nouvelle demande, c'est-à-dire entrer en matière à son sujet, que si cette demande rend plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]; jusqu'au 31 décembre 2011: anc. art. 87 al. 3 et 4 RAI). On applique dans ce cas la même règle que pour les demandes de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 c. 3.5.3). Cela vaut également par analogie lorsqu'un assuré réitère sa demande concernant une mesure de réadaptation après que le refus a passé en force de chose jugée (ATF 113 V 22 c. 3b; RCC 1991 p. 269 c. 1a). Cette réglementation vise à éviter que l'administration doive constamment se saisir de demandes de rente identiques et non motivées d'une façon plus précise (ATF 133 V 108 c. 5.3.1). L'exigence de plausibilité d'une modification des circonstances ne doit pas nécessairement toucher chaque élément à la base de la décision de rejet entrée en force. Il suffit au contraire de fournir certains indices concrets de l'existence de l'état de fait que l'on allègue. L'administration est alors

obligée d'entrer en matière sur la nouvelle demande et l'examiner de manière complète, tant sous l'angle des faits que du droit (ATF 117 V 198 c. 4b).

**2.3** A réception d'une nouvelle demande, 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).

Lors d'une nouvelle demande, 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 présente une nouvelle demande de prestations 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 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).

**2.4** 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).

### 3.

**3.1** A titre liminaire, l'on relèvera d'office que l'intimé, après avoir constaté que l'assuré ne rendait pas plausible une modification de son invalidité à l'appui de sa nouvelle demande AI, ne lui a pas imparti de délai raisonnable pour produire ses moyens de preuve sous menace d'une non-entrée en matière pour le cas où il ne se plierait pas à cette injonction. Contrairement à l'état de fait à la base de la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF) énonçant ces principes (voir ATF 130 V 64 c. 5.2.5 [et 6] cité au c. 2.3 supra), la nouvelle demande ici en cause ne réservait cependant pas de moyens de preuve additionnels que l'autorité aurait pu (et dû) sommer le recourant de produire. Après que l'Office AI eut accusé réception de sa nouvelle demande et l'eut invité à cette occasion à produire tous documents utiles à l'appui, l'assuré s'est d'ailleurs de sa propre initiative organisé afin que son psychiatre fasse parvenir au dit office un certificat médical établi le 10 septembre 2013 (dossier [dos.] AI 44 et 51/1-2). A ce stade de la procédure, le principe inquisitoire ne trouvant pas application, il appartenait effectivement au recourant, et à lui seul, de transmettre à l'administration tous indices concrets propres à rendre plausible une détérioration de son état de santé (c. 2.2 et 2.3 supra). Dans sa pratique, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) prévoit d'ailleurs qu'en cas de nouvelle demande AI, l'assuré doit rendre plausible l'existence d'un motif de révision et, qu'"au besoin" seulement, l'office AI peut exiger de lui des preuves (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, CIIAI, valable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014, ch. 5013). Quoi qu'il en soit de ces exigences probatoires et même si l'absence d'une sommation en bonne et due forme devait dans les circonstances d'espèce être reprochée à l'intimé, il apparaît que le recourant a eu tout loisir de produire ses moyens de preuve lors de ses observations à l'encontre du préavis (qui, lui, renseignait sur les conséquences d'une absence d'éléments rendant plausible une modification de l'état de fait et fixait un délai de réaction). Il a d'ailleurs produit à l'appui de ses griefs face à ce préavis un nouveau certificat médical du 13 mars 2014 de son psychiatre (dos. AI 55/2) dont il a été expressément tenu compte dans la décision AI qui a suivi (dos. AI 57/1). Un éventuel vice formel induit par le défaut initial de sommation de l'intimé doit dès lors être considéré comme réparé (voir ATF 130 V 64 précité c. 6; pour tout ce qui précède, cpr. également JTA AI 2012/702 du 22 mars 2013 c. 3.1).

**3.2** Quant aux moyens de preuve produits à l'appui du recours, en particulier un certificat médical (non daté) rédigé en mai 2014 par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et gériatrie, l'assuré a cherché à fonder son argumentation quant à la péjoration de son état de santé sur un document établi postérieurement à la décision contestée (quand bien même cette pièce fait état d'un suivi médical dès le 1<sup>er</sup> avril 2014, elle n'évoque expressément que les «problèmes actuels» du patient; dossier recourant [dos. rec.] 3). Or, un tel document ne peut être pris en compte dans le cadre d'un recours contre une décision de non-entrée en matière,

puisque l'état de fait déterminant pour le Tribunal est justement celui qui se présentait à l'Office AI, sur la base des pièces produites par le requérant, à la date de cette même décision (cf. c. 2.3 supra; ATF 130 V 64 c. 5.2.5). Si la pièce produite après celle-ci, en procédure de recours, devait se révéler la seule déterminante pour rendre cas échéant la détérioration de la situation plausible, il conviendrait de renvoyer le dossier de la cause à l'intimé afin qu'il la traite, en statuant sur ce nouveau moyen de preuve, comme une nouvelle demande de la part de l'assuré (introduite à la date du recours; voir c. 4.4.3 infra).

#### **4.**

**4.1** L'examen du cas d'espèce porte donc sur le point de savoir si le recourant a établi de façon plausible (jusqu'à la décision contestée) une modification de son invalidité susceptible d'influencer ses droits entre le 20 août 2009, date du dernier examen matériel du droit par l'Office AI, et le 8 avril 2014, date du prononcé ici contesté.

**4.2** Pour étayer sa décision originelle de refus de prestations du 20 août 2009, l'intimé avait à sa disposition un certificat médical du 25 mai 2009 du psychiatre traitant, recueilli par ses soins. Il en ressortait que l'assuré ne subissait aucune incapacité de travail, ni invalidation particulière dans son activité à temps complet exercée dans un home, mais qu'il présentait tout au plus un état dépressif-anxieux stabilisé par un traitement médicamenteux. D'après ce même certificat, l'intéressé souhaitait néanmoins bénéficier de l'aide de l'AI afin de lui permettre de se réorienter professionnellement et d'améliorer ainsi sa qualité de vie d'un point de vue économique (voir pour ce qui précède: dos. AI 12/1). Sur ces bases, l'Office AI a nié l'existence d'une atteinte invalidante à la santé et, partant, le droit à des prestations de l'AI (dos. AI 15/1-2).

**4.3** A la date de sa décision ici contestée et suite au dépôt de la nouvelle demande AI le 21 août 2013, l'intimé disposait de deux certificats médicaux établis les 10 septembre 2013 et 13 mars 2014 par le psychiatre traitant. A l'appui du premier de ces documents, ce spécialiste indique que son patient est suivi depuis le 10 mars 2009 en raison d'un état dépressif-anxieux chronifié sur fond de personnalité névrotique à composantes phobiques et obsessionnelles de structure fixe et définitive. Une aggravation notoire de son état de santé psychique sous forme d'une accentuation de la symptomatologie serait objectivée depuis plus d'une année, moyennant également une intensification progressive des difficultés existentielles, des sentiments de dévalorisation, d'insécurité et d'incertitude face à l'avenir, ainsi que de l'anxiété liée à une invalidation manifeste. Toujours selon cette source médicale, le patient présente des épisodes d'apathie, des tendances au repli sur soi, d'isolement et de refuge (fuite)

dans le sommeil, ainsi que des troubles de l'appétit, et le traitement médicamenteux (antidépresseur et anxiolytique) a été augmenté afin de tenter une stabilisation psychique et d'éviter une hospitalisation. En l'état, le pronostic des troubles présentés serait cependant prétérité, moyennant une incapacité de travail totale et définitive attestée depuis août 2012 (pour tout ce qui précède: dos. AI 51/1-2). Dans son second certificat daté du 13 mars 2014, le même médecin précise objectiver «à ce jour» une détérioration de l'état de santé psychique plus manifeste encore que celle mentionnée dans son précédent rapport du 10 septembre 2013. Il motive cette conclusion chez son patient par des sentiments de désespoir liés à des angoisses existentielles profondes, des sentiments de peur et d'insécurité, ainsi que par une exacerbation plus manifeste encore des épisodes d'apathie et des tendances au repli sur soi. Toujours d'après lui, il n'est pas exclu que l'état de santé psychique de l'assuré nécessite une hospitalisation en milieu psychiatrique institutionnel. L'invalidation psychique serait totale et le pronostic très lourdement réservé (pour tout ce qui précède: dos. AI 55/2).

Préalablement aux certificats médicaux précités des 10 septembre 2013 et 13 mars 2014, le psychiatre de l'assuré s'était déjà adressé le 31 janvier 2013 à l'Office AI suite à la deuxième demande déposée le 4 décembre 2012 et que le même office avait sanctionnée d'une non-entrée en matière. Sur la base d'un diagnostic et de symptômes pour l'essentiel identiques à ceux évoqués dans son rapport ultérieur du 10 septembre 2013, il attestait déjà d'une aggravation considérable de l'état de santé psychique de l'assuré consécutivement à son licenciement, respectivement d'une incapacité de travail à 100% d'une durée indéterminée à compter d'août 2012. D'après ce médecin, la situation sociale de l'assuré prétérait encore davantage son état de santé psychique fortement hypothéqué, par le fait qu'il avait pris conscience qu'il n'avait pratiquement aucune chance de retrouver un emploi en raison de son âge et de ses difficultés de communication en langues française et allemande (dos. AI 39/1-2).

#### **4.4**

**4.4.1** Le SMR, par l'entremise d'un spécialiste en psychiatrie, a pris position sur les certificats médicaux des 31 janvier 2013 et 10 septembre 2013 du psychiatre traitant. Dans son rapport médical y relatif du 27 novembre 2013, le médecin du SMR a estimé que ces appréciations divergeaient sur des points insignifiants, à mesure que plusieurs symptômes communs étaient évoqués dans les deux rapports, à savoir des éléments anxieux-dépressifs chronifiés, une personnalité névrotique à composantes phobiques et obsessionnelles, une situation clinique significativement aggravée, de fortes angoisses, un état déprimé, ainsi qu'une solitude et un retrait social. Aucune limitation fonctionnelle ne serait néanmoins retenue par le psychiatre traitant à partir de ces observations, ni aucun diagnostic posé au sens de l'ICD-10. Toujours d'après cette source, une partie des symptômes était attribuée en janvier 2013 au licenciement et aux mauvaises connaissances linguistiques, alors que l'aggravation des problèmes

existentiels et des sentiments de dévalorisation et d'insécurité constatée en septembre 2013 pouvait également être interprétée en lien avec la résiliation des rapports de travail. Le même spécialiste soulignait encore qu'aucun changement ni adaptation du traitement médicamenteux n'étaient intervenus entre ces deux rapports, et qu'une incapacité de travail à 100% dès août 2012 y était attestée de manière constante. Eu égard à ces éléments, il estimait dès lors qu'aucune aggravation médicale n'avait été rendue plausible à l'appui du certificat médical du 10 septembre 2013 du psychiatre de l'assuré (pour tout ce qui précède: dos. AI 53/2).

**4.4.2** Les conclusions du médecin du SMR, respectivement l'appréciation de l'Office AI qui les reprend à son compte et intègre également le dernier certificat produit le 13 mars 2014 par le psychiatre traitant, emportent l'entière adhésion du Tribunal lorsqu'elles nient la plausibilité d'une aggravation notable de l'état de santé du recourant survenue depuis la dernière décision matérielle du 20 août 2009 (pour la valeur probante d'une telle appréciation médicale, voir en particulier: SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2). Par rapport à l'état de fait qui prévalait à la date de cette décision d'origine, aucune problématique médicale nouvelle ne laisse en effet entrevoir l'éventualité d'une telle péjoration. Certes, on est en présence d'une possible pathologie psychique par définition sujette à fluctuations imprévisibles et dès lors propre, même en cas de modification de peu d'ampleur de la capacité de travail, d'influer sur le droit aux prestations de l'AI. Le psychiatre traitant a de plus expressément fait état dans sa dernière appréciation du 13 mars 2014 d'une détérioration «plus manifeste encore que celle mentionnée dans le certificat du 10 septembre 2013» (c. 4.3 supra). En l'occurrence cependant, ces conclusions médicales ne sont assorties d'aucune observation clinique réellement nouvelle, ni même d'un diagnostic propre à faire rentrer les symptômes décrits dans une classification médicale reconnue des affections psychiatriques, au sens par exemple de l'ICD-10. Si ces mêmes symptômes sont, il est vrai, énumérés par le psychiatre traitant de manière très détaillée dans ses derniers certificats médicaux au contraire de son appréciation initiale du 25 mai 2009, ils s'inscrivent néanmoins toujours dans le cadre de l'état dépressif-anxieux mentionné à l'appui de celle-ci et dont ils ne tendent en fait qu'à décrire plus précisément les manifestations cliniques. Les divergences entre le pensum initialement intact reconnu au recourant dans son activité d'aide cuisinier et l'incapacité de travail désormais entière et indéterminée attestée dès août 2012 par son psychiatre doit également être relativisée. Cette dernière est en effet directement concomitante au licenciement et même décrite comme réactionnelle à celui-ci et ne se laisse ainsi pas clairement dissocier de facteurs sociaux défavorables étrangers à l'invalidité en tant que telle, d'autant qu'un diagnostic médical distinct de ces facteurs et attestant d'une atteinte à la santé psychique n'a pas été posé en l'espèce (voir à ce sujet: ATF 127 V 294 c. 5a).

Tout au plus, le psychiatre de l'assuré évoque-t-il de façon nouvelle dans ses derniers certificats médicaux le risque d'une hospitalisation en milieu psychiatrique institutionnel, sans rendre ce risque néanmoins suffisamment concret par des indices tangibles d'une atteinte médicale qui se serait à ce point détériorée au cours de sa prise en charge thérapeutique dès mars 2009. Dans ce prolongement, on ne saurait non plus inférer d'une adaptation de la médication antidépressive et anxiolytique récemment instaurée une aggravation de l'état de santé du recourant. D'autant que cette médication n'a pas été changée mais seulement augmentée comme le souligne également le SMR (c. 4.4.1 supra), et que l'assuré est quoi qu'il en soit tenu de prendre toutes les mesures thérapeutiques raisonnables à même d'améliorer sa capacité de travail (en ce sens également: JTA AI 2008/6360 du 17 mars 2008 c. 3.4.2).

**4.4.3** Il suit ainsi de ce qui précède que les faits pertinents au moment où la décision ici contestée a été rendue sont pour l'essentiel identiques à ceux qui étaient en vigueur lors du prononcé de la décision d'origine du 20 août 2009. Les éléments médicaux de prime abord nouveaux invoqués à l'appui de la nouvelle demande ne recèlent en réalité aucun indice concret quant à l'existence d'une aggravation de l'état de santé du recourant. Des circonstances médicales similaires avaient au reste déjà été alléguées au moment du dépôt de la deuxième demande AI et considérées alors comme étant sans influence sur l'invalidité (cf. c. 4.3 supra). Partant, l'Office AI était à nouveau en droit de refuser d'entrer en matière sur la troisième demande AI du recourant en se fondant sur l'avis du SMR, respectivement sur l'absence de tout autre élément tangible d'une modification déterminante établie à partir du rapport médical postérieur du 13 mars 2014 du psychiatre traitant.

Comme déjà relevé (c. 3.2 supra), il convient cependant de renvoyer le dossier de la cause à l'Office AI afin qu'il statue sur le recours du 23 mai 2014 et le certificat médical du Dr D. \_\_\_\_\_ de mai 2014 (seul propre à rendre, cas échéant, plausible une détérioration de la situation médicale depuis le dernier examen matériel du droit le 20 août 2009) en tant que nouvelle demande de prestations AI. L'intimé se prononcera sur cette demande par le biais d'une nouvelle décision formelle.

## **5.**

**5.1** Au vu de ce qui précède, le recours dirigé contre la décision du 8 avril 2014 doit être rejeté.

**5.2** En dérogation à l'art. 61 al. 1 LPGA, selon l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, la procédure de recours devant le tribunal cantonal des assurances en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI est soumise à des frais de justice. Les frais

doivent être fixés en tenant compte du temps et du travail requis et indépendamment de la valeur litigieuse, dans un cadre allant de Fr. 200.- à Fr. 1'000.-.

Le recourant qui succombe doit être condamné au paiement des frais judiciaires pour la présente instance, fixés à un forfait de Fr. 700.-, et n'a pas droit à des dépens (art. 1 al. 1 LAI en lien avec l'art. 61 let. g LPGa a contrario; 104 al. 1 et 2 et 108 al. 1 et 3 LPJA).

**5.3** A l'appui de son recours du 23 mai 2014, le recourant a également requis l'octroi de l'assistance judiciaire (requête encore complétée les 2/3 juin 2014).

Aux termes des art. 111 LPJA et 61 let. f LPGa, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire est accordée à la partie recourante qui le requiert. Selon la jurisprudence du TF, les conditions posées à l'octroi de l'assistance judiciaire sont en principe données lorsque la personne qui la requiert ne dispose pas de ressources suffisantes, que sa cause ne paraît pas dépourvue de chances de succès et que la sauvegarde de ses droits requiert l'assistance d'un avocat (ATF 125 V 201 c. 4a et les références citées, 122 I 267 c. 2a; SVR 1998 IV n° 13 c. 6b). En l'espèce, la condition financière est manifestement remplie, le recourant bénéficiant d'un soutien du service social de sa commune (voir attestation d'assistance et certificat à fin d'assistance judiciaire, dos. rec. 6 et dos. TA; ATF 128 I 225 c. 2.5.1, 127 I 202 c. 3b). En outre, les chances de succès du recours ne pouvaient être d'emblée niées, ce d'autant plus qu'en assurances sociales, il y a lieu d'apprécier largement cette condition (U. KIESER, *ATSG-Kommentar*, 2003, ad art. 61 n. 90). Vu la complexité de la matière juridique et médicale, on ne peut nier par ailleurs le caractère justifié de l'assistance d'une mandataire professionnelle devant le Tribunal. En l'espèce, la requête peut dès lors être admise. L'assuré doit être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. Ainsi, les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire et Me B.\_\_\_\_\_ désignée en tant que mandataire d'office.

En raison de l'octroi de l'assistance judiciaire, il faut encore déterminer le montant des honoraires de Me B.\_\_\_\_\_ intervenant à titre d'avocate d'office. Conformément à la jurisprudence du TA, le tarif horaire des mandataires d'office employés par des services d'aide juridique d'utilité publique au sens de l'ATF 135 I 1 est fixé à Fr. 130.-, eu égard à la jurisprudence du TF (SVR 2010 IV n° 3 c. 5.4). Ce tarif horaire forfaitaire d'application générale est multiplié par le temps requis dans le cas concret (Circulaire du 16 décembre 2009 concernant la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales, [www.justice.be.ch/ta/](http://www.justice.be.ch/ta/)/Téléchargements et publications). En l'occurrence et compte tenu de la note d'honoraires présentée par Me B.\_\_\_\_\_, la participation aux dépens du recourant mise à la charge de l'intimé est fixée à Fr. 992.85 (honoraires: Fr. 897.-; débours: Fr. 22.30; TVA: Fr. 73.55). Le recourant doit en outre être rendu attentif à son obligation de remboursement envers le canton et son avocate, 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 [CPC, RS 272] en lien avec l'art. 113 LPJA).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. Le dossier de la cause est renvoyé à l'intimé afin qu'il traite du recours du 23 mai 2014 et du rapport médical du Dr D.\_\_\_\_\_ de mai 2014 en tant que nouvelle demande de prestations AI du recourant.
3. L'assistance judiciaire est accordée au recourant et Me B.\_\_\_\_\_ est désignée comme mandataire d'office.
4. Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à la charge du recourant. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire.
5. Il n'est pas alloué de dépens.
6. Les honoraires de Me B.\_\_\_\_\_ sont taxés à Fr. 897.-, auxquels s'ajoutent des débours par Fr. 22.30 et la TVA; la caisse du Tribunal lui versera la somme de Fr. 992.85 (Fr. 897.- d'honoraires, Fr. 22.30 de débours et Fr. 73.55 de TVA), au titre de son activité de mandataire d'office.
7. Le recourant est rendu attentif à son obligation de restitution (envers le canton et Me B.\_\_\_\_\_), conformément à l'art. 82 CPC.
8. Le présent jugement est notifié (R):
  - à la mandataire du recourant,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le juge:

La greffière:

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification écrite 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).