

Un recours en matière de droit public interjeté contre ce jugement a été jugé irrecevable par le Tribunal fédéral en date du 15 décembre 2015 (9C\_895/2015)

**200.2014.973.AI**

ANP/BEJ

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

**Jugement du juge unique du 2 novembre 2015**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, juge  
P. Annen-Etique, greffière



**A.** \_\_\_\_\_  
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 26 septembre 2014

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1967, remarié et père d'une fille encore mineure, a été engagé dès le 7 août 2000, après une période de chômage, comme aide-galvaniseur jusqu'à la perte de cet emploi à fin avril 2001 pour motifs économiques. En fin de droit à l'assurance-chômage (AC) depuis le 13 juin 2001, il perçoit l'aide sociale.

En date du 24 janvier 2001, il s'est annoncé à l'assurance-invalidité (AI) pour une affection à la colonne vertébrale «dessous» apparue en 1989 et une atteinte aux omoplates dès l'automne 2000. Une décision de l'Office AI Berne du 31 octobre 2001 rejetant cette demande a été confirmée sur recours par le Tribunal administratif du canton de Berne (TA; VGE 2001/61043 du 23 avril 2002). Par décision non contestée du 5 mai 2009, l'Office AI a rejeté une nouvelle demande déposée le 24 octobre 2005 sur la base d'une schizophrénie remontant à 1985, consécutivement au refus de l'assuré de coopérer à de nouveaux examens psychiatriques et rhumatologiques auprès de spécialistes déjà mandatées par l'AI auparavant (voir leur expertise interdisciplinaire du 6 juillet 2006). Faute ensuite pour l'intéressé d'avoir établi de manière plausible une modification notable de son état de santé, le même office a refusé d'entrer en matière sur deux nouvelles demandes AI datées des 24 août 2010 et 5 juin 2012 (voir décisions y relatives des 28 mars 2011 et 27 septembre 2012 entrées en force).

**B.**

Le 23 janvier 2014, l'assuré s'est adressé une nouvelle fois à l'AI en demandant la réouverture de son dossier motivée par le «besoin d'une rente, suite à [son] incapacité de travail à 100%». A l'appui de sa demande, il a produit un certificat médical établi le 21 janvier 2014 par son généraliste d'alors, ainsi que deux certificats plus anciens émanant de son précédent médecin traitant. Par lettre du 28 janvier 2014, l'Office AI a invité l'assuré à

lui fournir tout document médical propre à attester que son état de santé s'était modifié de manière à influencer ses droits et l'a rendu attentif aux conséquences d'un défaut de production. Le nouveau généraliste de l'assuré a fait parvenir à l'AI des certificats datés du 20 février 2014, ainsi qu'un rapport du 13 février 2014 relatif à des investigations radiologiques pratiquées la veille. En date du 13 mars 2014, il a encore adressé deux certificats médicaux à l'Office AI.

Après que le service médical régional de l'AI (SMR) eut pris position le 11 juin 2014 face à ces derniers éléments médicaux, l'Office AI a informé l'assuré qu'il envisageait de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande, dès lors qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 5 mai 2009 (préorientation y relative du 22 juillet 2014). Le 26 septembre 2014, le même office a rendu une décision formelle dans le sens annoncé par sa préorientation.

### **C.**

Par acte du 12 octobre 2014 posté le 13 octobre 2014, l'assuré a porté le litige devant le TA et, en date du 28 octobre 2014, a déposé une requête d'assistance judiciaire (questionnaire complété daté du 27 octobre 2014). Il proteste contre le fait que son dossier ait été rejeté par l'AI et déclare recourir "pour avoir [ses] droits".

L'Office AI a renoncé le 21 novembre 2014 à présenter une réponse, se limitant à conclure au rejet du recours et à renvoyer à sa décision contestée.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision de non-entrée en matière du 26 septembre 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, partant, le renvoi du dossier à l'intimé afin qu'il statue matériellement sur la demande de l'assuré et accorde à ce dernier les prestations requises. Dans la mesure où le recourant conclut à l'octroi de prestations, cette conclusion va au-delà de l'objet de la contestation (le refus d'entrée en matière) et doit être déclarée irrecevable. Est particulièrement critiquée l'appréciation de l'administration niant le caractère plausible de l'aggravation de l'état de santé dont se prévaut l'assuré, 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, 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. 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).

**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.

D'emblée, l'on relèvera qu'à réception le 23 janvier 2014 de la nouvelle demande de l'assuré, l'Office AI a réagi rapidement, en date du 28 janvier 2014, en rendant celui-ci attentif au fait qu'il lui incombait de rendre plausible un changement significatif de son état de santé depuis la décision AI du 5 mai 2009 et en l'avertissant des conséquences juridiques encourues en cas de manquement à son devoir de collaboration. Le recourant a du reste réagi à cette injonction en faisant parvenir à l'intimé de nouveaux documents médicaux par l'entremise de son généraliste traitant, lequel s'est encore vu accorder une prolongation de délai (jusqu'au 17 mars 2014) afin de compléter ses données médicales. L'intimé s'est donc conformé en tous points à la procédure préconisée par la pratique judiciaire (c. 2.3 supra).

L'examen du cas d'espèce porte donc sur le point de savoir si le recourant a établi de façon plausible une modification de son invalidité susceptible d'influencer ses droits entre la date de la dernière décision entrée en force que l'Office AI a rendue sur la base d'un examen matériel du droit et le 26 septembre 2014, date du prononcé ici contesté. Les décisions purement formelles des 28 mars 2011 et 27 septembre 2012 de non-entrée en matière sur les nouvelles demandes des 24 août 2010 et 5 juin 2012 sont dès lors sans influence sur la présente procédure. Pour autant qu'aient eu lieu à son appui une constatation des faits et une appréciation des preuves conformes au droit (c. 2.4 supra), la dernière décision AI de refus de prestations prononcée le 5 mai 2009 servira de point de référence initial pour apprécier la survenance d'une modification pertinente de l'invalidité jusqu'à la décision présentement contestée. A défaut, il y aura lieu de se référer à la précédente et première décision de refus rendue le 31 octobre 2001 par l'intimé (c. 2.4 supra).

### 4.

**4.1** Pour nier le droit à une rente dans sa décision du 5 mai 2009, l'Office AI s'est fondé sur l'expertise bidisciplinaire (psychiatrique et

rhumatologique) du 6 juillet 2006 et sur un rapport médical du SMR établi le 28 octobre 2008.

De l'évaluation interdisciplinaire précitée, en réalité constituée par les seules conclusions de l'experte psychiatre vu l'absence de données pathologiques et cliniques propres à fonder une appréciation fiable au plan somatique compte tenu du déroulement de l'examen (de l'avis même de l'experte rhumatologue mandatée par l'AI), il ressortait un diagnostic avec influence sur la capacité de travail d'un état paranoïde-hallucinatoire, le plus probablement en lien avec une schizophrénie paranoïde chronique (ICD-10 F20.0). Vu la chronologie des plaintes alléguées par l'assuré, le fait qu'aucun trouble du comportement ne lui avait été reproché lors de son licenciement et qu'un précédent médecin traitant n'avait rien signalé de tel non plus vers la même époque, la psychiatre précitée excluait à un degré de vraisemblance élevé la présence, en 2001 déjà, d'une affection de la gravité de celle constatée à son examen clinique. Elle considérait néanmoins comme très probable que l'assuré ait déjà souffert d'un trouble psychiatrique à ce moment-là, présentant alors un épisode de cette affection à caractère évolutif ou se trouvant en rémission. D'après cette même source médicale, aucune activité professionnelle n'était exigible dans l'état actuel du patient, qui ne suivait pas de traitement psychiatrique et n'était pas non plus en mesure de chercher, ni d'accepter une aide ciblée. Une prise en charge globale au plan médicamenteux, socio-psychiatrique et éventuellement psychothérapeutique était néanmoins qualifiée de propre à permettre une rémission partielle ou entière. En ce sens, l'experte psychiatre considérait que l'atteinte à la santé ne pouvait être qualifiée de durable au sens assécurologique et qu'une thérapie intégrative conséquente pendant une année au moins devait être introduite, avant que l'on puisse apprécier définitivement la situation médicale, cas échéant une fois rattrapé l'examen rhumatologique si l'assuré invoquait toujours, à ce moment-là, des douleurs physiques (dossier [dos.] AI 43/1-4 et expertises psychiatrique et rhumatologique partielles des 6 et 11 juillet 2006 au dos. AI 43/5-11). Sur la base de cette évaluation interdisciplinaire, l'Office AI a invité l'assuré à se soumettre au traitement psychiatrique préconisé et l'a rendu attentif aux conséquences juridiques encourues en

cas de manquement à son obligation de diminuer le dommage (voir courriers y relatifs des 6 octobre 2006 et 13 juin 2007; dos. AI 44/1-2; 50/1).

Après que le recourant eut contrevenu à ses devoirs en ne se rendant qu'à une seule reprise à une consultation psychiatrique et en quittant ensuite (temporairement) la Suisse, l'intimé a invité le SMR à se prononcer quant à sa situation médicale. Dans son rapport y relatif du 28 octobre 2008, ce même SMR, par le biais d'une doctoresse psychiatre, a jugé utile d'actualiser les données médicales par de nouvelles investigations auprès des expertes antérieurement mandatées par l'AI. La même spécialiste du SMR a encore précisé, en réaction aux constatations de sa consœur psychiatre qui affirmait à l'époque que l'assuré était à ce point désorganisé qu'il ne pouvait lui-même planifier une thérapie, que celui-ci avait en tout cas été en mesure de mettre sur pied un voyage dans son pays d'origine où il résidait depuis lors la plupart de temps. De surcroît, elle indiquait que les services sociaux suisses avaient informé l'AI que le recourant les avait contactés depuis son pays d'origine et leur avait ouvertement déclaré attendre qu'une rente AI lui soit allouée avant de s'établir définitivement à l'étranger (dos. AI 54/1-4). Comme déjà relevé (c. A), l'assuré a refusé de donner suite aux nouveaux examens spécialisés recommandés par le SMR et l'intimé a sanctionné ce comportement en statuant le 5 mai 2009 un refus de rente pour défaut de collaboration. Dans ces conditions, les faits médicaux n'ont nullement pu être établis, ni encore moins les preuves administrées à ce moment-là par l'Office AI. Il en résulte que cette décision de refus du 5 mai 2009 ne saurait constituer une base de départ fiable pour juger d'une péjoration ultérieure au plan médical et qu'il y a donc lieu de se référer aux données qui étaient en vigueur lors de la décision matérielle initiale du 31 octobre 2001.

**4.2** Au moment du prononcé originel de l'intimé, seul le généraliste traitant d'alors s'était prononcé sur l'état de santé de l'assuré. Dans un rapport AI des 13/15 mai 2001, il faisait état d'un syndrome thoraco-vertébral associé à une dysbalance musculaire et à un léger syndrome épaule-bras du côté gauche lui-même apparu le 20 septembre 2000. Les limitations observées par ce médecin consistaient en des douleurs persistantes ainsi qu'en une intensification des tensions et des

raidissements au niveau de la musculature para-vertébrale. Eu égard à ce tableau clinique, le même généraliste excluait la poursuite à long terme de l'activité usuelle de galvaniseur, à mesure que des travaux corporels trop lourds n'étaient actuellement déjà plus possibles qu'à un taux de 50% (bien que ce médecin attestait dans le même temps une incapacité de travail à 50% limitée à la période du 9 au 22 janvier 2001). Toujours d'après cette source et moyennant reconversion professionnelle, une activité corporelle légère comme magasinier par exemple, n'impliquant aucun soulèvement ni port de charges et alternant les postures debout et assise, était en revanche possible à temps complet, apparemment sans réduction supplémentaire du rendement (incertitude liée au fait que les questions posées par l'intimé ne figurent pas toujours en face des réponses du médecin, lesquelles requièrent de fait parfois une lecture interprétative; pour tout ce qui précède: dos. AI 13/1 à 4).

L'Office AI disposait en outre à son dossier médical, par le biais de l'assurance en indemnités journalières maladie d'alors de l'assuré, d'un rapport médical du 21 mars 2001 du même médecin diagnostiquant des douleurs musculo-squelettiques, une tendinite et, de façon différenciée semble-t-il («V.c»), un syndrome de type fibromyalgie. A l'appui de ce rapport et d'autres certificats médicaux établis les 9 janvier 2001, 28 février et 22 mars 2001, le généraliste précité attestait une incapacité de travail à 50% du 9 au 22 janvier 2001, à 100% du 27 février au 18 mars 2001, puis à 0% dès le 19 mars 2001 (date de la reprise du travail; dos. AI 11/4 à 7).

**4.3** A l'époque de la décision actuellement contestée et suite au dépôt de la nouvelle demande AI le 23 janvier 2014, l'intimé est en mesure de s'appuyer sur des certificats d'incapacité de travail établis entre le 22 avril 2013 et le 13 mars 2014 par deux généralistes successifs de l'assuré, des rapports médicaux des 20 février et 13 mars 2014 émanant du nouveau médecin traitant, ainsi qu'un rapport du 13 février 2014 d'une division hospitalière radiologique (dos. AI 89/2-4; 90/2-5; 93/1-2).

Dans son premier rapport médical du 20 février 2014, le nouveau généraliste traitant s'est limité à solliciter une prolongation de délai auprès de l'intimé pour produire les documents médicaux requis. A l'appui, il a invoqué nécessiter davantage de temps pour apprécier l'état de santé de

l'assuré dont il assume le suivi suite à un congé maladie prolongé de l'ancien médecin traitant, et a encore précisé avoir adressé son patient à un spécialiste du dos. Un rapport médical du 13 février 2014 relatif à une imagerie par résonance magnétique (IRM de la colonne vertébrale lombaire) pratiquée le 12 février 2014, joint à son appréciation, fait état d'une légère chondrite et d'une large protrusion du disque intervertébral L5/S1 avec un contact discret à la racine nerveuse S1, plus accentué à gauche qu'à droite, de modifications spondylarthrosiques modérées L3-S1 et d'une représentation au surplus normale des articulations ilio-sacrales pour les deux côtés. En date du 13 mars 2014, l'actuel généraliste traitant a encore évoqué une péjoration récente des douleurs dorsales de son patient, lequel ne se porterait pas bien non plus au plan psychique et souhaite réactiver son dossier AI.

Des certificats d'incapacité de travail produits à l'appui de la nouvelle demande de prestations, il ressort une incapacité de travail à 100% du 22 au 28 avril 2013, à 50% du 29 avril au 12 mai 2013, à 50% du 21 janvier au 14 mars 2014, puis à 100% du 14 mars au 1<sup>er</sup> avril 2014.

**4.4** Le SMR, par l'entremise de la doctoresse psychiatre déjà consultée auparavant, a pris position le 11 juin 2014 sur les éléments produits par le nouveau médecin traitant (abstraction faite, à bon droit, des certificats médicaux du précédent généraliste, trop anciens et de toute façon dépourvus de toute appréciation médicale). D'après cette spécialiste, ces documents ne font état d'aucune plainte somatique qui n'a déjà été invoquée dans le passé, étant encore précisé que la chondrite et la spondylarthrite représentent des modifications dégénératives, donc conditionnées par l'âge. Etant donné l'absence par ailleurs de toute constatation au plan psychiatrique, cette même doctoresse estime qu'une péjoration dans le sens d'une atteinte à la santé indépendante ayant valeur de maladie n'a pas été rendue vraisemblable, ainsi qu'elle en a antérieurement du reste déjà jugé face à un tableau clinique identique (voir à cet égard son rapport du 12 juillet 2012 au dos. AI 82/3; pour le surplus: dos. AI 95/2).

Les conclusions de cette spécialiste du SMR, respectivement l'appréciation de l'Office AI qui les reprend à son compte, emportent l'entière adhésion du

Tribunal lorsqu'elles nient la plausibilité d'une péjoration notable de l'état de santé du recourant par rapport aux données antérieurement soumises à l'Office AI (pour la valeur probante d'une telle appréciation médicale du SMR, voir en particulier: SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2). Les rapports médicaux produits à l'appui de la nouvelle demande AI ne recèlent en effet aucun élément propre à attester d'une évolution médicale tangible. Par rapport à l'état de fait initial où seules prévalaient des plaintes musculo-squelettiques sans substrat organique (ainsi que l'admettait également vers la même époque, le 8 octobre 2002, un cabinet médical de radiologie consulté dans le pays d'origine du recourant et qui recommandait des investigations au plan psychiatrique vu le trouble de comportement observé suite au décès du père de l'assuré; dos. AI 75/2), il est vrai que les nouvelles pièces produites attestent de réelles modifications dégénératives, en particulier d'une importante protrusion du disque intervertébral L5/S1. Ainsi que l'indique le rapport d'IRM, cette hernie discale ne présente cependant qu'un discret contact à la racine S1, en l'absence dès lors d'une réelle compression neurale de nature à entraver durablement les aptitudes physiques de l'assuré. Au plan psychique, une évolution médicale avérée n'est pas non plus attestée au dossier de la cause. Certes, postérieurement à la décision initiale de l'intimé, l'experte psychiatre mandatée par l'AI a diagnostiqué chez l'assuré un état paranoïde hallucinatoire influençant négativement la capacité de travail (en l'état à l'époque du patient qui n'était ni suivi, ni traité médicalement). Du propre aveu de cette spécialiste, l'existence d'une schizophrénie que présuppose en principe un tel état paranoïde ne pouvait cependant être confirmée sans une thérapie intégrative prolongée (d'une année au moins) et une nouvelle appréciation spécialisée à l'issue de celle-ci. De plus, toujours d'après cette source, l'absence de données anamnestiques fiables, en particulier concernant les antécédents personnels, ne permettait pas d'affirmer avec certitude que l'assuré présentait en 2001 déjà un trouble psychiatrique (dos. AI 43/3 ch. 7).

Les réserves assorties à cette expertise mandatée par l'AI, qui privent dans le même temps celle-ci de toute probité (à l'instar du reste des conclusions rendues à l'époque au plan rhumatologique; c. 4.1 supra), n'ont certes pas été levées par l'intimé. Ce fait n'est cependant imputable qu'au recourant

lui-même qui a refusé les nouvelles investigations médicales alors envisagées à cet effet. A l'appui de sa nouvelle demande AI, l'intéressé n'invoque du reste aucun handicap au plan psychique et la mention d'une problématique de cet ordre par son actuel médecin traitant n'est intervenue que très tardivement dans la procédure AI et en l'absence de surcroît de tout indice concret propre à l'étayer. Au surplus, l'on relèvera que l'existence d'une schizophrénie évolutive dès 1985 attestée par un neuropsychiatre consulté le 26 février 2004 dans le pays d'origine du recourant et ayant alors attesté d'une «invalidité permanente de 100%» apparaît à tout le moins douteuse au vu des ressources démontrées par l'assuré, dans cet intervalle de près de 10 ans, dans son parcours tant professionnel que privé (plusieurs emplois temporaires ou périodes de chômage accomplis entre 1998 et 2004 et ayant nécessairement impliqué certains devoirs personnels; activité lucrative fixe exercée du 7 août 2000 à fin avril 2001; premier mariage en mai 1998 suivi, après sa dissolution courant novembre 1999, d'une seconde union conjugale contractée au début 2000 et de la naissance d'un enfant en juillet 2011; dos. AI 25/1 ch. 1.5; 30/2; 75/4). Au reste, un autre médecin spécialisé dans les maladies nerveuses et de la tête également consulté au pays par l'assuré évoquait, le 12 octobre 2002, une névrose («anxieuse» ? [mot illisible dans son rapport médical]) avec idées hypocondriaques apparues après le décès du père de l'intéressé en septembre 2002. Aucune affection de type schizophrénie, ni autre limitation au plan psychique propre à entraver la capacité de travail ne ressortaient en tout état de cause de son appréciation médicale (dos. AI 75/5-6).

**4.5** Il résulte des considérations précitées 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 31 octobre 2001. Les données invoquées à l'occasion de la cinquième demande AI ne font état d'aucun élément médical à proprement parler nouveau, respectivement pertinent du point de vue de ce même assureur social. Des circonstances médicales similaires avaient au reste déjà été alléguées au moment du dépôt des troisième et quatrième demandes du recourant et considérées alors comme étant sans influence sur l'invalidité (voir en ce sens également l'appréciation du SMR du

12 juillet 2012 citée au c. 3.4 supra). Partant, l'Office AI était à nouveau en droit de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande AI en se fondant sur l'avis du SMR, respectivement sur l'absence de tout indice concret propre à rendre plausible une modification déterminante de l'état de santé du recourant.

## **5.**

**5.1** Au vu de ce qui précède, le recours dirigé contre la décision du 26 septembre 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** En date du 28 octobre 2014, le recourant a déposé une requête d'assistance judiciaire.

Aux termes des art. 111 LPJA (et 61 let. f LPGA), sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès. 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. 3 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*, 2009, art. 61 n. 107). 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. Le recourant doit en outre être rendu attentif à son obligation de remboursement envers le canton, s'il devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du Code de procédure civile [CPC, RS 272] en lien avec l'art. 113 LPJA).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
2. L'assistance judiciaire est accordée au recourant.
3. 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.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Le recourant est rendu attentif à son obligation de restitution (envers le canton), conformément à l'art. 82 CPC.

6. Le présent jugement est notifié (R):

- au recourant,
- à l'intimé,
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

La 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).