

200.2016.1182.AI

ANP/BEJ

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

Jugement du juge unique du 7 août 2017

Droit des assurances sociales

B. Rolli, juge
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 31 octobre 2016



En fait:

A.

A. _____, né en 1960, en couple et père d'enfants adultes issus d'une précédente union, ne dispose d'aucune formation professionnelle certifiée. En Suisse depuis 1987/1988, il a tout d'abord travaillé dans le domaine de la construction, puis a été engagé dès le 3 mars 1990 en tant que monteur d'échafaudages. Cet emploi lui a été résilié au 31 janvier 2016 et il s'est par la suite inscrit à l'assurance-chômage (pour ce qui précède: dossier [dos.] assurance-invalidité [AI] 8/2, 30.1/6, 51/2 et 77/1). Entre-temps, il a déposé courant novembre 2013 une première demande de prestations auprès de l'AI motivée par une problématique scapulaire opérée (tendons déchirés) et un soupçon d'hernie discale (en cours d'examen). L'Office AI Berne s'est tout d'abord enquis de l'appréciation du généraliste traitant et de celle du chirurgien orthopédique ayant opéré l'assuré à l'épaule droite le 21 mai 2013. Sur recommandation de son service médical régional (SMR), il a ensuite ordonné une expertise pluridisciplinaire auprès d'un centre d'observation médical de l'AI (COMAI, en l'occurrence [...]; rapport d'expertise y relatif du 12 mai 2015). Après due préorientation contestée par l'assuré, représenté, l'Office AI a formellement rejeté cette demande le 4 février 2016 (degré d'invalidité de 18%; décision entrée en force).

B.

Dans une lettre du 24 mars 2016, le généraliste traitant a annoncé à l'AI une péjoration de l'état de son patient des suites d'une décompensation cardiaque globale survenue le 29 février 2016 et ayant nécessité une hospitalisation jusqu'au 20 mars 2016 (rapport hospitalier de cette dernière date joint à la lettre). A la demande de l'Office AI, le mandataire de l'assuré a confirmé cette nouvelle demande de prestations en transmettant au dit office, par courrier du 21 avril 2016, la lettre précitée du généraliste contresignée par son client et lui-même. L'assuré a par la suite à nouveau été hospitalisé, du 2 au 9 juin 2016, en raison d'une problématique inflammatoire au colon et à l'iléon, puis a bénéficié d'un entraînement au

travail du 2 août au 30 octobre 2016. Au vu de l'avis de son SMR, l'Office AI a provisoirement refusé le 14 septembre 2016 d'entrer en matière sur la nouvelle demande, faute pour l'assuré d'avoir rendu vraisemblable une modification essentielle de sa situation médicale. En date du 20 octobre 2016, il a en outre exhorté l'intéressé, sous menace des sanctions encourues en cas de refus, à réduire son dommage en augmentant à 100% le taux d'occupation durant son réentraînement au travail. Malgré les objections de l'assuré, par son mandataire, l'Office AI a statué le 31 octobre 2016 dans le sens annoncé dans son préavis. Le rapport final relatif à la mesure professionnelle a été établi le 26 octobre 2016 et, sur cette base, le mandataire du recourant a invité l'intimé par courrier électronique du 24 novembre 2016 à revenir sur sa décision et, à tout le moins, à instruire le dossier. Cette demande a été traitée comme nouvelle demande AI et l'assuré invité à rendre plausible un changement notable de sa situation depuis la décision du 31 octobre 2016.

C.

Par acte du 1^{er} décembre 2016 (encore complété le 6 décembre 2016 par la production d'une procuration du mandataire), l'assuré, représenté par son mandataire, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite des frais et dépens, il conclut à l'annulation de la décision de l'intimé du 31 octobre 2016 et au renvoi du dossier à celui-ci pour instruction complémentaire et (implicitement du moins) décision sur le fond. Dans sa réponse du 11 janvier 2017, l'Office AI a conclu au rejet du recours, à ce que les frais de justice soient mis à la charge du recourant et à ce que ce dernier ne se voit pas allouer de dépens. Le mandataire de l'assuré a fait parvenir au Tribunal sa note d'honoraires datée du 21 février 2017.

En droit:

1.

1.1 La décision de non-entrée en matière du 31 octobre 2016 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. Est particulièrement critiquée l'appréciation de l'administration niant le caractère plausible de la détérioration de l'état de santé dont se prévaut l'assuré, rapports 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 et représentée par un mandataire dûment légitimé, 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).

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 plausible 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 D'emblée, l'on relèvera que l'intimé, estimant au vu du courrier du généraliste traitant du 24 mars 2016 et du rapport d'hospitalisation y annexé du 20 mars 2016 que l'assuré ne rendait pas (encore) plausible une modification de son invalidité, n'a pas imparti à ce dernier de délai raisonnable pour produire d'autres moyens de preuve sous menace d'une non-entrée en matière en cas de refus de se plier à cette injonction. Contrairement à l'état de fait à la base de la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF) rappelant 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 il est vrai pas de moyens de preuve additionnels que l'autorité aurait pu (et dû) sommer le recourant de produire. Ce dernier a par ailleurs ultérieurement veillé à ce que l'Office AI soit informé de la période d'incapacité de travail du 2 au 16 juin 2016 liée à sa problématique inflammatoire au colon et à l'iléon (dos. AI 52/1), que cette même autorité a elle-même d'ailleurs continué à instruire plus avant auprès du généraliste traitant (dos. AI 60 et 61/1-3). Quoi qu'il en soit, le principe inquisitoire ne trouvait pas application à ce stade de la procédure et il appartenait à l'intéressé, et à lui uniquement, de transmettre à l'administration tous les 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 du reste 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^{er} janvier 2015, ch. 5013).

En tout état de cause, même si l'absence d'une sommation en bonne et due forme devait dans les circonstances d'espèce être reprochée à l'intimé, le recourant aurait encore eu tout loisir de produire d'autres moyens de preuve cas échéant disponibles 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). Ce constat s'impose d'autant plus en l'occurrence que l'assuré était représenté pendant toute la durée de la procédure

administrative par un mandataire professionnel, auquel les exigences formelles de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ne pouvaient échapper, ni dès lors non plus les sanctions encourues si l'on ne se conformait pas à celles-ci.

3.2 S'agissant par ailleurs de la date à compter de laquelle un droit à une rente pourrait être reconnu, l'on précisera que le généraliste traitant a annoncé à l'Office AI une péjoration de l'état de santé de l'assuré par courrier du 24 mars 2016 en tout cas posté durant le même mois (vu le timbre de sa réception le 31 mars 2016 apposé par l'intimé; dos. AI 43/1). Le recourant a certes dû parfaire cette demande de prestations en raison de l'absence sur celle-ci d'une signature de sa part et/ou de son mandataire, laquelle a finalement été apposée par les deux le 21 avril 2016 (courrier réceptionné le lendemain par l'Office AI; dos. AI 47/1). En vertu de l'art. 29 al. 3 LPGA et contrairement à ce qu'a retenu l'intimé qui a fixé au 22 avril 2016 la date du dépôt de la deuxième demande AI de l'assuré (dos. AI 65/1), les annonces rétroagissent au moment de l'introduction du premier écrit, en l'occurrence donc en mars 2016 (MEYER/REICHMUTH, *Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG]*, 2014, ad art. 46 § II p. 518 avec références citées; UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 2015, art. 29 n. 39). Cela étant, le délai de carence de six mois de l'art. 29 al. 1 LAI arrivait à échéance au plus tôt en septembre 2016. A cette dernière date, le délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b LAI était quant à lui également échu (incapacité de travail continue partielle [de 50% au moins - excepté de 30% du 29 août au 14 septembre 2016] ou entière sous l'angle clinique général reconnue depuis le 11 octobre 2012 dans la profession usuelle; dos. AI 9/3 ch. 1.6 et dos. AI 69). Le recourant peut dès lors prétendre une rente d'invalidité au plus tôt dès septembre 2016 s'il présente à cette date également une incapacité de gain de 40% au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI).

4.

L'examen du cas d'espèce porte donc sur le point de savoir si l'assuré a établi de façon plausible une modification de son invalidité susceptible d'influencer ses droits entre la décision AI originelle du 4 février 2016 entrée en force et le prononcé ici contesté du 31 octobre 2016.

4.1 Pour nier le droit à une rente d'invalidité dans sa décision initiale, l'Office AI s'est tout d'abord fondé sur le résultat des examens au plan interne et général, psychiatrique, orthopédique, angiologique et cardiaque, réalisés à fin mars 2015 dans un COMAI. Il en ressortait un diagnostic avec influence sur la capacité de travail d'un syndrome douloureux chronique lombo-vertébral irradiant dans les deux jambes sans attribution radiculaire claire (ICD-10: M54.5) associé à une polyneuropathie, un status après spondylodèse ventrale L4/5 le 10 septembre 2014 et décompression L4/5 en février 2014 et un status après sténose spinale L4/5 et L5/S1 (ICD-10: M48.06), le diagnostic de douleurs méniscales droites principalement liées à l'effort (ICD-10: M25.56) avec des modifications dégénératives modérées (ICD-10: M17.3) et un status après double ménissectomie partielle vers 2005 (Z98.8) et, enfin, un diagnostic de léger impingement subacromial à l'épaule gauche (ICD-10: M75.4) sans indice d'une lésion fonctionnelle déterminante de la coiffe des rotateurs. Etaient en outre diagnostiqués (sans influence sous l'angle économique): 1) un trouble de l'assimilation de la douleur (ICD-10: F54), 2) un trouble de la circulation sanguine artérielle périphérique de stade I des deux côtés (ICD-10: I70.20), 3) un syndrome métabolique (ICD-10: E88.9) avec adiposité (BMI de 34 kg/m²; ICD-10: E66.0), diabète mellitus de type 2 (ICD-10: E11.7), hypertension artérielle (ICD-10: I10), dyslipidémie (ICD-10: E78.2) et hyper-uricémie (ICD-10: E79.0), 4) un COPD (chronic obstructive pulmonary disease; ICD-10: J44.9) avec abus de nicotine persistant (ICD-10: F17.1), 5) un status après arthroscopie reconstructive du tendon supra-spinal et subscapulaire et décompression subacromiale le 21 mai 2013 (ICD-10: Z98.8), 6) un status après ostéosynthèse d'une fracture probable de la bi-malléole gauche vers 1990 (ICD-10: Z98.8), 7) une bursa olecrani gauche remplie de liquide (ICD-10: M70.2) et 8) un début de morbus Dupuytren au 4^{ème} rayon des deux mains (ICD-10: M72.0). Le COMAI estimait que l'assuré n'était plus en mesure de travailler comme installateur d'échafaudages, ni d'effecteur d'autres travaux corporels moyennement lourds à lourds. Une capacité de travail et de rendement entière lui était en revanche reconnue dans des emplois physiquement légers alternant les positions et excluant la posture en force du tronc ou des extrémités inférieures, à l'instar des mouvements répétitifs au-dessus de la tête avec le bras gauche. Les médecins du COMAI recommandaient une perte pondérale ainsi qu'une activité

corporelle régulière, mais déconseillaient des mesures au plan professionnel.

A l'appui de son prononcé d'origine, l'intimé a de plus fait siennes les conclusions d'un médecin généraliste du SMR rendues le 22 décembre 2015 face aux objections formulées contre la préorientation du 25 septembre 2015. Dans ce rapport, le SMR niait que les experts du COMAI ne se soient pas prononcés sur le tableau clinique mixte d'une polyneuropathie et d'une polyarthrose, puisqu'ils avaient, selon ce service, examiné et apprécié de manière convaincante le syndrome douloureux lombo-vertébral chronique et ses répercussions dans les deux jambes. Quant au grief émis que le spécialiste en orthopédie du COMAI ne se serait pas prononcé avec exhaustivité sur les douleurs invalidantes, le SMR opposait que cet expert avait avant tout apprécié les éléments pathologiques objectivables. Il était ensuite précisé dans le rapport du SMR que l'intimé avait à bon droit renoncé à des investigations cardiaques complémentaires en vue d'établir l'éventuelle présence d'une sténose, étant donné qu'il n'en découlerait de toute façon aucune limitation fonctionnelle supplémentaire. Le SMR était en outre d'avis que le COMAI n'avait pas à apprécier les répercussions du trouble de l'adaptation sur la capacité de travail, cette atteinte ne relevant de toute façon pas de l'AI. Vu le sentiment - selon le SMR, étranger à l'invalidité - de l'assuré d'être malade et empêché, le même service confirmait de plus l'absence d'indication à des mesures professionnelles posée par le COMAI, ainsi que le profil d'exigibilité défini par ce dernier.

4.2 A l'époque de la décision ici contestée, l'intimé disposait tout d'abord à son dossier du courrier du 24 mars 2016 du généraliste traitant attestant une incapacité de travail entière durable pour les travaux corporels en raison d'une grave maladie cardiaque coronarienne apparue quelque temps auparavant. A ce courrier était joint le rapport médical de sortie hospitalière émanant de la clinique de réadaptation cardio-vasculaire ayant pris en charge le recourant du 29 février au 20 mars 2016 suite à une décompensation cardiaque globale et à une cardiopathie ischémique tri-tronculaire. Dans un rapport ultérieur du 4 juillet 2016 à l'attention de l'Office régional de placement (ORP), le généraliste traitant a encore

indiqué que l'assuré disposait à nouveau depuis le 17 juin 2016 d'une capacité de travail entière dans un emploi adapté excluant l'emploi usuel, sous réserve d'une baisse de rendement estimée à 20%. A la demande de l'intimé, il a ensuite fait parvenir à l'AI le rapport de sortie du 15 juin 2016 établi suite à l'hospitalisation de son patient du 2 au 9 juin 2016 en raison de problèmes inflammatoires intestinaux. De ce rapport, il ressort les diagnostics principaux d'une colite du colon ascendant et d'une iléite terminale selon toute vraisemblance induites par la prise d'AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens), d'une maladie coronaire et dilatative des trois vaisseaux, d'une insuffisance respiratoire partielle, d'une occlusion artérielle périphérique des deux côtés, d'un diabète mellitus de type 2, d'une insuffisance rénale aiguë, d'une légère hyperbilirubinémie d'étiologie incertaine, ainsi que d'un normochrome et d'une anémie normocytaire. A titre secondaire, étaient évoqués un manque de vitamine D en l'état substitué, un status après arthroscopie en 2013 de l'épaule droite avec reconstruction ainsi qu'acromioplastie et un status en 2013 après fermeture herniaire ouverte au plan ombilical et supra-ombilical moyennant pose d'un filet. Après l'instauration d'un traitement antibiotique et analgésique ayant permis de résorber les douleurs à l'intestin et à l'iléon, l'état général de l'assuré était décrit comme bon à sa sortie d'hôpital et une incapacité de travail à 100% lui a été attestée du 2 au 16 juin 2016.

En possession de ces éléments médicaux, l'intimé a conclu à une absence de péjoration de l'état de santé du recourant depuis l'expertise du COMAI du 12 mai 2015. A cet effet, il s'est tout d'abord appuyé sur le rapport médical de son SMR rendu le 22 juillet 2016. Dans ce rapport confirmant pour l'essentiel les diagnostics invalidants retenus par les médecins traitants au plan cardiaque, pulmonaire et orthopédique (lombaire, méniscal et scapulaire), le SMR, par le biais d'un médecin interniste, a spécifié les limitations fonctionnelles induites par ces atteintes respectives, à savoir une sollicitation à l'effort corporel diminuée après l'infarctus, une insuffisance respiratoire partielle et une mobilité réduite de l'épaule droite. Le même service médical n'a pas nié qu'une atteinte à la santé nouvelle, inconnue jusqu'alors, était apparue des suites de l'accident cardiaque ainsi que des éléments cliniques mis en évidence sur ce plan. Il exclut néanmoins une évolution déterminante à raison de cette affection sous

l'angle de la médecine des assurances, dès lors que les exigences adaptées à la maladie cardiaque (activités corporelles légères uniquement) correspondent en tous points à celles précédemment décrites par les experts du COMAI au plan orthopédique. En d'autres termes, selon le SMR, l'ancienne activité d'installateur d'échafaudages n'est plus envisageable, mais demeurent possibles, sans aucune autre restriction, des activités corporelles légères en positions alternées, sans posture en force du tronc ou des extrémités inférieures, ni mouvements répétitifs du bras gauche au-dessus de la tête. Le même SMR estime que ces exigences sont également postulées dans le rapport du 4 juillet 2016 du généraliste traitant à l'attention de l'ORP. A l'appui de sa réponse du 11 janvier 2017, l'Office AI s'appuie du reste lui aussi sur cette dernière appréciation médicale et en infère que la capacité de travail du recourant n'a pas changé depuis la décision du 4 février 2016.

4.3 La décision d'irrecevabilité de l'Office AI ne peut être suivie dans la mesure où elle estime que le recourant n'a pas rendu plausible une péjoration notable de sa situation médicale depuis le prononcé de la décision AI originelle fondée sur l'expertise du COMAI du 12 mai 2015. L'ensemble des rapports médicaux à disposition de l'intimé au moment de sa décision contestée du 31 octobre 2016 font à tout le moins état de problématiques médicales nouvelles. Si parmi elles, les réactions inflammatoires au colon et à l'iléon traitées début juin 2016 en milieu hospitalier ne revêtaient d'emblée qu'un caractère momentané lié à la prise d'AINS, tel ne saurait par contre être le cas s'agissant de la décompensation cardiaque globale survenue antérieurement le 29 février 2016 et également suivie en milieu stationnaire. Depuis cet accident cardiaque, le recourant doit en effet se soumettre à un contrôle échocardiographique annuel (dos. AI 43/3), alors qu'il ne présentait à l'origine, hormis certaines irrégularités (souffle systolique prononcé sur les deux carotides, hypoventilation basale bilatérale et COPD; dos. AI 30.1/25), aucune atteinte déterminante sur ce plan. A l'évidence, une évolution sous l'angle diagnostique a ainsi bien été rendue vraisemblable depuis la décision AI du 4 février 2016. Le SMR le concède d'ailleurs lui-même dans son dernier rapport établi le 22 juillet 2016 («*Mit dem aufgetreten Herzinfarkt und den festgestellten kardialen Befunden ist zwar eine neue,*

bisher nicht bekannte Gesundheitsschädigung aufgetreten"; dos AI 62/4). Il est vrai que le dossier renseigne au surplus également quant au fait que cette affection cardiaque s'est stabilisée par la suite et qu'elle n'induit en principe plus aucune incapacité de travail depuis le 17 juin 2016. Au moment de son annonce, elle était en revanche bien de nature à influencer durablement la capacité de travail et seul cela importait en vue d'une décision d'entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations. Le point de savoir si l'affection cardiaque, avec le recul qu'offrait le stade d'avancement du dossier AI au moment du prononcé de la décision ici contestée, a par la suite réellement influencé ou non la capacité de travail relève quant à lui d'un examen au fond de la demande.

Le caractère très fouillé du dernier avis du SMR livré par un médecin spécialisé en médecine interne tend du reste à démontrer que l'analyse du cas dépassait ici le simple examen de plausibilité en vue d'une éventuelle entrée en matière et que l'intimé s'est peut-être déjà prononcé sur le fond du dossier. Quoi qu'il en soit, la cause n'est en l'état de toute façon pas suffisamment instruite pour statuer sur le droit à la rente du recourant. Ainsi, d'une part, constate-t-on des divergences manifestes entre le rapport du 4 juillet 2016 du généraliste traitant faisant état d'aptitudes au travail restaurées dès le 17 juin 2016 à hauteur de 80% dans un emploi idoine (taux résiduel incluant la baisse de rendement) et la période d'incapacité de travail à 50% que le même généraliste a attestée, du 15 septembre au 19 octobre 2016, durant la mesure d'observation professionnelle (dos. AI 69). A cet égard, l'on ne saurait non plus perdre de vue que la capacité résiduelle de travail de 80% reconnue par le généraliste l'était à l'égard de l'ORP et que, par cette estimation prévisionnelle, ce médecin a éventuellement uniquement tenté de préserver le droit de son patient aux prestations de l'assurance-chômage (ou du moins à une partie de celles-ci). D'autant que l'assuré était à ce moment-là sur le point d'entamer une mesure d'observation professionnelle (du reste également annoncée le 4 juillet 2016 à l'ORP par le généraliste) et que l'on ignorait à ce moment-là le taux de présence durant la mesure d'entraînement au travail (taux de 50% au départ, puis à 70% après trois mois fixé dans une convention d'objectifs signée le 6 juillet 2016 par l'assuré, le mandant auprès de l'Office AI, ainsi que la fondation d'intégration et de formation

professionnelle concernée; dos. AI 59). D'autre part, l'on ne parvient pas à reconstituer à l'aide du dossier AI l'incapacité de travail qui prévalait dès la sortie du recourant, le 20 mars 2016, du centre hospitalier de réadaptation cardio-vasculaire jusqu'à la nouvelle période d'incapacité de travail qui lui est reconnue à partir du 2 juin 2016 en lien avec sa problématique inflammatoire intestinale. Enfin, l'on ne saurait manquer de souligner que les appréciations médicales prises en compte par l'intimé divergent du rapport d'observation professionnelle du 26 octobre 2016, à l'appui duquel il a finalement été jugé irréaliste que l'assuré soit en mesure de réintégrer le premier marché du travail. Certes, un rapport d'observation ne constitue pas, à lui seul, une base suffisante pour effectuer des constatations de faits relatives à l'état de santé et à la capacité de travail de la personne assurée (SVR 2015 IV n° 20 c. 4.1). Il ne peut cependant être fait d'emblée abstraction de telles constatations pratiques et il incombe à l'Office AI de lever les contradictions en cas de divergences sensibles entre celles-ci et les appréciations médicales (TF 9C_739/2010 du 1^{er} juin 2011 c. 2.3 avec références citées).

4.4 Au vu des incertitudes qui subsistent au dossier de la cause et qui requièrent une instruction médicale complémentaire, l'on ne peut par conséquent exclure d'emblée une péjoration médicale à la date de la décision contestée propre à influencer durablement la capacité résiduelle de travail du recourant. Cette conclusion s'impose à tout le moins à un degré de vraisemblance prépondérante (degré de preuve valable en droit des assurances sociales: ATF 138 V 218 c. 6). Même si l'éventualité demeure qu'une modification notable des circonstances soit finalement niée après un examen matériel plus poussé de la cause (que celui de prime abord déjà initié par l'intimé), le recourant a en tous les cas rendu plausible une péjoration de son état de santé susceptible d'influencer son droit aux prestations d'invalidité - seul objet probatoire dont il supportait en l'occurrence le fardeau (c. 2.2 et 3.1 supra). Partant, l'intimé ne pouvait refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande AI en se fondant sur l'avis de son SMR, dont les propres constatations convenaient du reste de l'apparition d'une atteinte à la santé nouvelle, inconnue à la date de la décision originelle du 4 février 2016. L'appréciation du généraliste traitant,

contredite par plusieurs éléments tangibles au dossier AI, ne permet quant à elle pas non plus de pallier les lacunes d'instruction au dossier AI.

5.

5.1 Au vu de ce qui précède, il y a dès lors lieu d'admettre le recours, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il entre en matière et, après due instruction médicale, statue au fond sur la nouvelle demande AI du recourant.

5.2 Les frais de la procédure de recours fixés forfaitairement à Fr. 500.- sont mis à la charge de l'Office AI qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

5.3 Le recourant obtenant gain de cause dans la présente procédure (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2) et étant représenté par un avocat, il a droit au remboursement de ses dépens dans la mesure fixée par le Tribunal (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 21 février 2017, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, sont fixés à un montant de Fr. 873.25 (honoraires: Fr. 785.-, débours: Fr. 23.55 et TVA: Fr. 64.70).

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande et rende une nouvelle décision au sens des considérants.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 500.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 873.25 (débours et TVA compris) à titre de dépens pour la procédure de recours.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au 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).