

200.2018.715.AI
N° AVS
NIG/REN

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

Jugement du juge unique du 24 février 2020

Droit des assurances sociales

B. Rolli, juge
G. Niederer, greffier

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 août 2018



En fait:

A.

A. _____, né en 1965, divorcé et père d'un enfant majeur issu d'un premier mariage ainsi que d'un enfant mineur, bénéficie d'une formation de peintre (non sanctionnée par un CFC) et a travaillé en dernier lieu à 100% en tant que monteur en constructions métalliques, avant d'obtenir le soutien des services sociaux en 2015. Dans le contexte d'une période d'incapacité de travail à 100% ayant débuté le 30 avril 2013 et par un formulaire non daté, envoyé le 3 avril 2014 à l'Office AI Berne (qui l'a reçu le lendemain) par l'assureur-maladie perte de gain de son employeur, l'assuré a déposé une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI), en invoquant être porteur d'une prothèse totale du genou droit depuis un accident survenu durant le service militaire et souffrir d'une décomposition du cartilage, de même que d'ostéochondrite disséquante. L'Office AI Berne a rejeté la demande de mesures professionnelles par décision du 28 août 2015 et la demande de rente par décision du 8 septembre 2015. Ces deux actes n'ont pas fait l'objet d'un recours.

B.

Par écrit du 16 octobre 2017, le service social prenant en charge l'assuré a adressé une nouvelle demande de prestations de l'AI, sans mentionner d'atteinte à la santé mais en se référant à la première demande de ce dernier. Le 30 octobre 2017, l'Office AI Berne a invité l'assuré à lui fournir tout document médical propre à attester que son état de santé s'est modifié de manière à influencer ses droits et l'a rendu attentif aux conséquences d'un défaut de production. Après avoir reçu des rapports du service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur d'un hôpital cantonal, de même que du service d'orthopédie, de chirurgie et de traumatologie d'un hôpital universitaire, l'Office AI Berne a consulté le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui s'est déterminé le 16 janvier 2018. Sur la base des conclusions de ce

service, l'Office AI Berne a adressé une préorientation à l'assuré, datée du 18 janvier 2018, selon laquelle un refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations serait prononcé. En raison des objections formulées par l'assuré le 31 janvier 2018 et complétées le 20 mars 2018 par son avocat (notamment par la production de nouveaux rapports médicaux), l'Office AI Berne a sollicité une nouvelle fois le SMR, qui a délivré ses conclusions le 27 mars 2018. Il a ensuite refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré, ce qu'il a fait savoir dans une décision du 31 août 2018.

C.

Par mémoire du 2 octobre 2018, l'assuré, toujours représenté, a recouru contre la décision du 31 août 2018 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant en substance à l'annulation de cet acte et, principalement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, de même que, subsidiairement, à ce que l'intimé soit condamné à entrer en matière sur la demande du 26 (recte: 16) octobre 2017, le tout sous suite de frais et dépens. Dans son recours, le recourant a par ailleurs requis le bénéfice de l'assistance judiciaire (avec désignation de son avocat en qualité de mandataire d'office). A cette fin et faisant suite à une ordonnance du 3 octobre 2018, le recourant a produit un formulaire de requête d'assistance judiciaire. Il a aussi versé une nouvelle pièce justificative. Dans sa réponse du 31 octobre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours.

En droit:

1.

1.1 La décision de non-entrée en matière du 31 août 2018 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales.

L'objet du litige porte principalement sur l'annulation de cette décision ainsi que sur le renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, subsidiairement sur le renvoi du dossier à l'intimé pour qu'il statue matériellement sur la nouvelle demande de prestations du recourant. Est particulièrement critiquée l'appréciation de l'intimé, selon laquelle le recourant n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 15 et 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 du 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 demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (art. 87 al. 3 RAI; voir aussi 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). Une modification importante des circonstances matérielles doit être retenue lorsqu'il y a lieu d'admettre que le droit à une rente d'invalidité (ou à l'augmentation de celle-ci) serait donné au cas où les circonstances invoquées s'avéreraient exactes (SVR 2014 IV n° 33 c. 2). 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).

2.3

2.3.1 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).

2.3.2 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).

2.3.3 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).

2.4 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).

3.

3.1 Dans la décision entreprise du 31 août 2018, l'intimé a relaté qu'il n'a pas pu constater de modification notable de la situation professionnelle ou médicale du recourant et a par conséquent refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de ce dernier, du 16 octobre 2017.

L'intimé a expliqué que, d'après l'avis du SMR, il n'existe aucun changement ni aucun nouvel argument dont il n'aurait pas déjà été tenu compte. En renvoyant au rapport de ce service, du 27 mars 2018, l'intimé a en particulier mis en exergue qu'hormis le fait que le recourant n'a pas trouvé de médication antidouleur adaptée ou pris des médicaments analgésiques de manière suivie (l'obligation de collaborer ou de réduire le dommage devant à ce propos être invoquée, d'après le SMR), aucune circonstance postérieure à l'opération du 24 août 2017 (révision de la prothèse totale du genou droit), que ce soit sur le plan fonctionnel ou le plan radiologique, ne permet d'invalider le profil d'exigibilité qui a été formulé dans le rapport du SMR du 21 avril 2015. L'intimé a souligné que, selon ce service, les documents fournis par le recourant démontrent en effet un déroulement sans complication à la suite de cette opération. L'intimé, toujours en suivant l'avis du SMR, a ainsi nié l'existence d'une détérioration de l'état de santé présentant des effets sur l'activité adaptée décrite le 21 avril 2015. L'intimé a encore déclaré, dans sa réponse du 31 octobre 2018, que les rapports du SMR sont convaincants et constituent une base suffisante pour retenir cette conclusion.

3.2 Dans son recours, le recourant reproche à l'intimé de s'être fondé sur un rapport incomplet du SMR (celui du 16 janvier 2018) et d'avoir suivi l'avis de ce service, selon lequel la dernière opération a dû permettre d'atteindre une amélioration durable. Le recourant indique qu'il continue de souffrir de son genou (qui présente une instabilité) et qu'il doit encore suivre un traitement d'antidouleurs et de physiothérapie. Il prétend en outre que l'intimé est en réalité entré en matière sur sa demande du 16 octobre 2018, puisqu'il a procédé à des mesures d'instruction, le SMR ayant été consulté à deux reprises et ayant examiné l'ensemble des nouvelles pièces produites. Il soutient cependant que cette instruction est lacunaire et que l'intimé a violé son devoir d'instruction d'office. Le recourant explique aussi que même s'il fallait nier que l'intimé est entré en matière sur sa nouvelle demande, la décision devrait néanmoins être annulée puisqu'il a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision du 8 septembre 2015. Il explique qu'il a subi deux opérations depuis ce prononcé et ajoute que le dernier rapport de l'hôpital cantonal consulté fait état d'un enfllement, d'une augmentation de la température, d'une douleur

au niveau du tibia et d'une réduction de la flexion/extension, alors que ces éléments ne ressortent pas du rapport de l'hôpital universitaire du 10 mars 2015 (pris en considération par le SMR dans son écrit du 21 avril 2015). De plus, il mentionne qu'à l'inverse de ce qu'évoque ce document, les douleurs dont il souffre ne sont plus maîtrisées à ce jour. Enfin, il précise qu'il a renoncé à prendre des antidouleurs, parce que ceux-ci sont inefficaces.

4.

4.1 A titre liminaire, il sied de relever qu'à réception de la nouvelle demande de prestations du recourant, du 16 octobre 2017, l'intimé a réagi rapidement, soit le 30 octobre 2017, 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 du 8 septembre 2015 et en l'avertissant des conséquences juridiques encourues en cas de manquement à son devoir de collaboration. Le recourant a d'ailleurs répondu à cette injonction par un envoi reçu le 4 décembre 2017 par l'intimé, dans lequel ce dernier s'est vu remettre plusieurs rapports médicaux d'un hôpital cantonal et d'un hôpital universitaire (dossier [dos.] AI 53/1 et 55/2-23). Partant, l'intimé s'est conformé en tous points à la procédure préconisée par la pratique judiciaire (voir c. 2.3.2). C'est encore le lieu de préciser qu'en tant que l'intimé a sollicité le SMR avant de se prononcer sur la nouvelle demande de prestations, celui-ci n'est pas pour autant entré en matière à cet égard, comme le recourant le soutient (voir art. 2 du recours). En effet, même s'il appartient à l'assuré qui introduit une nouvelle demande de rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, l'intimé reste libre de prendre lui-même des mesures limitées pour clarifier la situation (notamment obtenir l'avis d'un médecin du SMR), sans qu'on puisse déjà en déduire qu'il est entré en matière sur cette demande (arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_472/2016 du 29 novembre 2016 c. 4.2, 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 c. 3). L'examen du cas d'espèce porte donc sur le point de savoir si le recourant a établi de manière plausible une modification de son invalidité susceptible d'influencer ses droits entre la date de la dernière décision entrée en force (rendue sur la base d'un examen matériel du droit le 8 septembre 2015) et le 31 août 2018, date du prononcé ici contesté.

4.2 Cela étant, il convient encore de rappeler à ce stade (voir l'ordonnance du 18 octobre 2018) que le certificat médical déposé en procédure de recours devant le TA (pièce justificative [PJ] 5 du recours) n'est pas propre à étayer l'argumentation du recourant tendant à démontrer une péjoration de son état de santé depuis le prononcé matériel du 8 septembre 2015 (voir TF 9C_7/2019 du 5 avril 2019 c. 3.3, 8C_389/2018 du 8 janvier 2019 c. 4.2). L'état de fait déterminant pour le TA est précisément celui qui se présentait à l'intimé sur la base des pièces produites par le recourant jusqu'à la date de la décision de non-entrée en matière contestée, soit le 31 août 2018 (voir c. 2.4). Des pièces déposées après celle-ci, en procédure de recours, pourraient tout au plus étayer une nouvelle demande à introduire par le recourant.

5.

Il convient de comparer la situation sur laquelle se fonde la décision du 8 septembre 2015 et celle rendue plausible par le recourant jusqu'à la date du 31 août 2018.

5.1 Dans sa décision du 8 septembre 2015, dans laquelle le droit du recourant à une rente d'invalidité a été nié, l'intimé a retenu que, d'un point de vue médical, l'exercice d'une activité adaptée à l'état de santé du recourant était exigible à 100%. Pour parvenir à cette conclusion, l'intimé s'est fondé sur le rapport de synthèse du SMR du 21 avril 2015, aux termes duquel une spécialiste en médecine générale et des rhumatismes a posé les diagnostics de status après l'implantation primaire d'une prothèse totale du genou droit (en juin 2012), de status après un remplacement en une fois du fait d'un descellement aseptique (en juin 2013), d'explantation de la prothèse totale du genou et d'implantation d'un espaceur en raison d'un descellement aseptique et d'une mauvaise position du composant tibial (le 11 juin 2014), ainsi que de status après une réimplantation d'une prothèse totale du genou droit (le 23 juillet 2014). Dans ce rapport, le SMR a expliqué que l'activité exercée (de peintre et de monteur en constructions métalliques), de même que les activités physiques moyennement lourdes à lourdes ne pouvaient plus être exigées après deux remplacements de

prothèse. Ce service a aussi écrit que des activités simples, surtout en position assise, permettant des changements en position debout ou de marche pour une courte durée, sans port ni soulèvement de charges de plus de 5 kg (activités de montage en position assise, fonctions de contrôle, tâches administratives ou informatiques), sont exigibles à plein-temps et sans réduction de rendement. Le SMR a ajouté que doivent par ailleurs être évitées les activités impliquant de travailler en terrain irrégulier, d'utiliser des échelles ou des échafaudages, de monter fréquemment des escaliers, ou encore de se pencher, de s'accroupir ou de s'agenouiller.

5.2 A l'appui de sa demande du 16 octobre 2017, le recourant a d'abord produit plusieurs rapports médicaux. Hormis ceux d'un hôpital universitaire, des 14 février, 5 mai, 12 juin, 25 juillet, 30 juillet, 16 septembre 2014 et 10 mars 2015, déjà pris en compte dans la procédure qui a conduit au prononcé du 8 septembre 2015 (voir dos. AI 22/2-16), le recourant a versé les documents suivants.

5.2.1 Aux termes d'un écrit du 2 septembre 2015 de l'hôpital universitaire précité, le diagnostic principal de tendance récidivante à la formation d'épanchements et de douleurs au genou droit a été posé, avec notamment: un status après réimplantation de la prothèse totale du genou droit (le 23 juillet 2014), un status après un espaceur à base de ciment à droite, un descellement aseptique et une mauvaise position des composants tibiaux avec implantation d'un espaceur (le 11 juin 2014), un status après remplacement en une fois en raison d'un descellement aseptique (en juin 2013) et un status après une implantation primaire d'une prothèse totale du genou droit (en juin 2012). D'après ce rapport, depuis la dernière opération, le genou du recourant a présenté une tendance récidivante à la formation d'épanchement en cas de mise à contribution, (rendant impossible l'exercice quotidien d'activités physiques pénibles), de même que des rougeurs et un échauffement. Ces symptômes n'ont toutefois pas été constatés par l'auteur de ce document. Une ponction a été conseillée afin d'exclure une infection, ainsi qu'une arthro-scintigraphie et la poursuite de la physiothérapie.

5.2.2 Selon les rapports de ce même établissement, des 14 septembre et 16 octobre 2015 (dans lequel le diagnostic précité a été confirmé), la

ponction a été réalisée le 8 septembre 2015 et l'arthro-scintigraphie le 5 octobre 2015. Un scanner a en outre été effectué le 2 octobre 2015. D'après l'écrit du 16 octobre 2015, le premier de ces examens n'a pas révélé de signe de bactéries et le second n'a pas mis en relief d'indice de descellement ou d'infection. Aucune cause de déficience mécanique n'a par ailleurs été suspectée. Ce document mentionne encore que le recourant ne peut plus marcher ou monter des escaliers (de fortes douleurs, des épanchements, des rougeurs et un échauffement survenant rapidement à l'effort). L'obtention d'un deuxième avis auprès d'un spécialiste en chirurgie du genou d'un hôpital cantonal a été recommandée.

5.2.3 Le 13 novembre 2015, ce chirurgien a retenu le diagnostic d'ostéophyte patellaire latéral ainsi que de position de rotation interne des composants tibiaux de la prothèse du genou droit, avec épanchements et douleurs, de même qu'avec un status après une réimplantation d'une prothèse totale du genou droit le 23 juillet 2014. Il apparaît de ce document que le recourant s'est plaint de douleurs, d'épanchements et d'enflure, empêchant toute marche de plus de 500 mètres, de même que l'usage d'escaliers. Un épanchement important et une sensibilité à la pression au niveau de la rotule ont en particulier été constatés. Une radiographie n'a toutefois pas démontré d'anomalie (hormis un ostéophyte) et des tests ont permis d'exclure tout signe de bactéries. De plus, une nouvelle arthro-scintigraphie n'a pas révélé d'indice de descellement de la prothèse. Après avoir confirmé son diagnostic et ses constatations le 21 juin 2016, le chirurgien a conseillé la réalisation d'une arthroscopie et une éventuelle ablation de l'ostéophyte. Le remplacement de la prothèse (afin de corriger les composants tibiaux) a aussi été discuté, pour le cas où l'intervention demeurerait sans effet sur les douleurs.

5.2.4 Le 1^{er} septembre 2016, le chirurgien du genou a posé le diagnostic de status après une arthroscopie du genou et ablation ouverte d'un ostéophyte patellaire latéral du genou droit le 11 juillet 2016 (voir à ce propos le rapport du 12 juillet 2016, dos. AI 67/27 et 55/4). Il apparaît de ce document que les douleurs sont demeurées identiques malgré l'opération. Le rapport mentionne aussi que le recourant a cessé de prendre des analgésiques, ceux-ci étant sans effet. Un important épanchement a

encore été constaté ainsi qu'une forte sensibilité à la pression dans la région du plateau tibial, notamment. D'un point de vue radiologique, hormis en ce qui concerne l'ostéophyte (supprimé lors de l'opération) la situation est demeurée identique. La poursuite de la physiothérapie a été conseillée et le remplacement des composants tibiaux à nouveau envisagé.

5.2.5 Le 12 octobre 2016, il a été indiqué que le recourant se plaignait toujours de douleurs immobilisantes et qu'il a mis fin à la physiothérapie (par frustration). La révision des composants de la prothèse a été décrite comme étant l'unique option. Une incapacité de travail à 100% a été attestée pour une durée de 3 mois.

5.2.6 Le 11 avril 2017, le chirurgien a écrit que le recourant a rapporté une légère augmentation des douleurs, surtout au niveau du plateau tibial, ayant déclaré être capable de marcher sans béquilles un kilomètre au plus. Selon ce document, le recourant n'a pas repris sa médication d'antidouleurs (ceux-ci étant inefficaces). Le chirurgien a retenu que la rotation interne des composants tibiaux était à l'origine des douleurs et a demandé des radiographies de l'appareil ligamentaire. Le 18 mai 2017, après avoir examiné des clichés réalisés le 5 mai 2017, il a relevé une légère instabilité latérale et de rotation interne des composants tibiaux, conseillé la poursuite des mesures conservatoires et attesté une incapacité de travail à 100% pour une durée de 3 semaines.

5.2.7 Le 15 juin 2017, le service précité de l'hôpital cantonal a confirmé les diagnostics posés par le chirurgien du genou et fait part de la persistance des douleurs ainsi que de la tendance aux enflements (une importante pression interne ayant été constatée). En possession des résultats d'un scanner du 19 mai 2017 et de concert avec le chirurgien, la révision totale de la prothèse a été décidée afin de corriger la rotation interne tibiale et fémorale. Il a en outre été précisé que l'activité de peintre n'était plus exigible. L'opération a eu lieu le 24 août 2017, lors d'une hospitalisation du 23 au 30 août 2017. Dans le rapport de sortie du 29 août 2017, le diagnostic principal de genou droit douloureux (prothèse totale) avec un soupçon de surcharge femoro-patellaire, de même qu'une rotation interne du tibia et du fémur a été retenu. Selon cet écrit, le déroulement postopératoire est demeuré sans complication, des radiographies ont

permis d'établir que la prothèse était correctement implantée et des contrôles en laboratoire n'ont pas révélé d'anomalie. Enfin, il a été souligné que la plaie ne présentait pas d'inflammation. Une incapacité de travail à 100% a été attestée du 23 août au 15 octobre 2017 (voir aussi le rapport d'opération du 30 août 2017, dos. AI 67/11).

5.2.8 D'après un rapport du 13 octobre 2017 de l'hôpital cantonal, dans lequel a été posé le diagnostic de status après une révision en une fois de la prothèse totale du genou droit (le 24 août 2017) avec arthrolyse et débridement étendus, ainsi qu'explantation de la prothèse et implantation d'une prothèse de genou semi-contrainte, le recourant a continué de souffrir d'enflements, de même que de douleurs prononcées et liées aux mises à contribution du genou, en dépit de l'intervention du 24 août 2017. Selon cet écrit, le recourant ne prenait alors toujours aucun analgésique. En outre, l'évolution a été jugée convenable mais néanmoins un peu difficile. Des béquilles et la poursuite de la physiothérapie ont été recommandées.

5.2.9 Le 22 novembre 2017, le chirurgien du genou a confirmé son diagnostic et avancé que le déroulement se prolongeait avec une symptomatique douloureuse encore prononcée et une mobilité limitée (en raison d'enflements et de cicatrices), le recourant se déplaçant toujours avec des béquilles. D'après ce rapport, il a été rappelé au recourant qu'il était important qu'il prenne régulièrement les anti-inflammatoires et décongestionnants prescrits.

5.2.10 Dans un écrit du 11 décembre 2017, le chirurgien a rapporté que le recourant a glissé et s'est tordu le genou le 2 décembre 2017, si bien que les douleurs se sont accentuées. Une IRM a été préconisée afin d'examiner les structures ligamentaires du genou droit. Dans l'intervalle, une incapacité de travail à 100% a été attestée jusqu'au 2 janvier 2018.

5.2.11 Selon un rapport du 3 janvier 2018, le chirurgien du genou a déclaré que le recourant s'est plaint de douleurs inchangées au niveau du tibia. Un léger enflement a été constaté, de même qu'un faible échauffement et une sensibilité à la pression dans la région de l'arête tibiale. En se basant sur une IRM du 2 janvier 2018, le chirurgien a nié la présence de lésions

ligamentaires. Il a notamment conseillé la poursuite de la physiothérapie et la prise d'anti-inflammatoires ainsi que d'analgésiques. L'importance de ces médicaments a une fois encore été discutée.

5.2.12 Par e-mail du 1^{er} mars 2018, le service précité de l'hôpital cantonal a encore adressé des rapports des 21 et 27 février 2018 à l'intimé. Dans le premier, il a été expliqué que le recourant présente un long historique de complications de l'articulation du genou droit, de multiples opérations étant intervenues et une lourde problématique de douleurs, une limitation de la mobilité et des restrictions dans la vie privée et professionnelle demeurant à ce jour. Il a de plus été rappelé que le recourant se trouve en état d'incapacité de travail depuis près de 7 ans, exerçant l'activité de peintre, soit un travail impliquant une importante charge physique. Selon le rapport, une reprise du travail à 100% a été jugée impossible. Dans le second de ces documents, le diagnostic principal de status après une révision en une fois de la prothèse totale du genou droit (le 24 août 2017) avec arthrolyse et débridement étendus, ainsi qu'explantation de la prothèse et implantation d'une prothèse de genou semi-contrainte a été retenu. Il y a encore été souligné que le recourant subit des douleurs croissantes depuis l'opération (constantes en position debout ou assise prolongée, en cas de mise à contribution ou lors de la montée d'escaliers). La réalisation d'un nouveau scanner a été ordonnée en vue d'exclure un descellement, un défaut de rotation ou une infection. Une incapacité de travail à 100% a été attestée du 20 février au 31 mai 2018.

6.

Il convient de déterminer si le recourant a rendu plausible un changement sensible de la situation réelle, propre à influencer le degré d'invalidité (et donc le droit à la rente), depuis la dernière décision rendue le 8 septembre 2015 (entrée en force).

6.1 Le 16 janvier 2018, le SMR, par un spécialiste orthopédiste, s'est exprimé sur les rapports médicaux des 8 (recte: 14) septembre et 16 octobre 2015, de même que sur ceux des 11 (recte: 12) juillet 2016 et 29 août 2017. Après avoir succinctement résumé le contenu de ces

documents, le SMR a essentiellement posé le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de gonarthrose post-traumatique à droite. Il a relevé que deux interventions au genou droit ont été pratiquées depuis le dernier rapport du SMR mais que le dossier est incomplet et trompeur à cet égard. Il a en outre rappelé que le recourant présente une capacité de charge résiduelle réduite de l'articulation du genou droit qui a été prise en considération dans le profil d'exigibilité posé par ce même service le 21 avril 2015. Partant, le spécialiste du SMR a indiqué qu'il n'existe aucun argument en faveur d'une aggravation sensible, durable et pertinente de l'état de santé du recourant. Il a plutôt jugé qu'il peut être attendu sur le long terme que l'état de l'articulation du genou gauche s'améliore suite à la dernière opération.

6.2 Le SMR s'est également prononcé sur les documents médicaux produits par le recourant avec les objections de son avocat (voir dos. AI 64, 65 et 67) dans un rapport d'une spécialiste orthopédiste, du 27 mars 2018. Celle-ci y a retenu que la révision de la prothèse totale du genou droit, effectuée le 24 août 2017 (explantation de la prothèse et implantation d'une prothèse partielle), de même que le déroulement postopératoire, ont été dépourvus de complication. Elle a ajouté qu'elle ne s'explique pas pourquoi le recourant ne prend pas d'analgésiques pour traiter ses douleurs et son enfllement du genou. Cette spécialiste a aussi écrit qu'aucun élément postopératoire (fonctionnel ou radiologique) ne remet en cause le profil d'exigibilité posé le 21 avril 2015 (aucune détérioration de l'état de santé présentant des effets sur l'activité adaptée décrite à cette même date n'étant constatée). Elle a cependant indiqué que l'intervention du 24 août 2017 justifie une incapacité de travail de 3 mois et qu'on peut dès lors s'attendre, d'un point de vue médico-théorique, à une reprise du travail à partir du 24 novembre 2018 (recte: 2017, voir dos. AI 70/4).

6.3 En l'occurrence, l'avis exprimé par le SMR dans ses rapports des 16 janvier et 27 mars 2018 ne saurait être suivi.

6.3.1 Certes, il faut admettre que l'existence de douleurs ainsi que d'enfllements au genou, rendant nécessaire l'utilisation de béquilles et le suivi de séances de physiothérapie, ne constituent pas des éléments nouveaux (ceux-ci ayant déjà été évoqués dans le rapport du SMR du

21 avril 2015, qui renvoie notamment à ceux de l'hôpital universitaire précité des 16 septembre 2014, 5 février et 6 [recte: 10] mars 2015, évoquant ces mêmes aspects; voir dos. AI 22/5). Il y a aussi lieu de constater, comme le SMR l'a fait dans son écrit du 16 janvier 2018, que les limitations fonctionnelles ressortant de la documentation médicale produite par le recourant à l'appui de sa seconde demande de prestations, à savoir l'impossibilité d'exercer des activités physiques pénibles (voir c. 5.2.1), de marcher davantage que sur de courtes distances ou encore de monter des escaliers (voir c. 5.2.2 s., 5.2.6 et 5.2.9) ont déjà été prises en compte dans le profil d'exigibilité défini par ce service (voir dos. AI 27/3). Il en va d'ailleurs de même des limitations évoquées par le chirurgien du genou, dans son rapport du 27 février 2018 (limitation de la mobilité, restrictions au quotidien dans la vie privée et professionnelle, incapacité d'exercer une activité physique lourde), ainsi que de celles décrites dans le rapport du service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur de l'hôpital cantonal, du 21 février 2018 (impossibilité de tenir une position assise ou debout prolongée, notamment). Enfin, l'évaluation des médecins traitants, selon laquelle l'ancienne profession exercée n'est plus exigible (voir c. 5.2.7) ne s'écarte pas non plus de l'appréciation découlant du rapport du SMR, du 21 avril 2015 (voir aussi dos. AI 22/1, 24/2 et 28/4).

6.3.2 Il n'en demeure toutefois pas moins que les rapports produits par le recourant pour étayer sa demande de prestations du 16 octobre 2017 mettent en relief des problématiques médicales nouvelles, à commencer par une tendance à la formation d'épanchement (du reste jugée très gênante, voir dos. AI 67/32). La présence d'une telle complication avait en effet été exclue dans les écrits des 16 septembre 2014 et 10 mars 2015, énumérés dans le rapport du SMR du 21 avril 2015 (voir dos. AI 22/5 et 24/2). Aussi, le profil d'exigibilité de ce service a été posé en tenant compte du fait que le recourant ne présentait alors que de légères douleurs (néanmoins persistantes et en augmentation, voir dos. AI 24/2 et 22/3), ainsi qu'un léger enfllement de l'articulation du genou droit (voir dos. AI 27/2 et 22/5). Or, il ressort des derniers rapports médicaux versés au dossier par le recourant, des 21 et 27 février 2018, que ses douleurs se sont accentuées, le chirurgien du recourant ayant fait état, dans ces écrits, d'une grave problématique douloureuse (voir dos. AI 64/2) et de douleurs

croissantes depuis l'opération du 24 août 2017 (dos. AI 65/2). C'est d'ailleurs le lieu de préciser que ces documents, des 21 et 27 février 2018, n'ont aucunement été discutés par le SMR, qui n'en a pas même fait mention dans son rapport du 27 mars 2018. De plus, deux interventions ont été pratiquées entre le prononcé du 8 septembre 2015 et celui, litigieux, du 31 août 2018. Toutefois, ces opérations, du 11 juillet 2016 (ablation d'un ostéophyte) et du 24 août 2017 (révision totale de la prothèse afin de corriger la rotation interne tibiale et fémorale) constituent également des indices concrets d'aggravation de l'état de santé du recourant. A cet égard, il convient en particulier de relever que le SMR n'a pas précisé les raisons qui lui ont permis de conclure que ces opérations ne permettent pas d'admettre que l'état de santé du recourant s'est péjoré. En effet, s'agissant de la première intervention, ce service s'est contenté de nier la valeur probante du rapport y relatif du 12 juillet 2016 (voir dos. AI 56/3), en indiquant que la description de l'opération qui y figure est complètement absurde ("völlig unsinnig", dos. AI 56/3) puisqu'elle évoque la couverture du cartilage, la structure ligamentaire et des lésions du ménisque. Cette remarque permet toutefois de comprendre que le SMR a uniquement fondé son évaluation sur le rapport d'opération provisoire (dos. AI 55/5), qui fait effectivement état de ces éléments. Cependant, le dossier contient également le rapport définitif (dos. AI 67/27), dans lequel ces indications n'ont pas été reprises. Partant, c'est à tort que le SMR a exclu la pertinence de ce document. Quant à la seconde opération, du 24 août 2017, le SMR, en citant le rapport de sortie du 29 août 2017, s'est limité à souligner que ce document n'est pas signé ("unvisiert") et a relevé que la durée de l'hospitalisation n'y figure pas. Pourtant, cet écrit a en réalité été visé électroniquement (à l'instar des documents émanant de l'hôpital universitaire précité, qui ont été pris en considération jusqu'au prononcé du 8 septembre 2015 et à l'égard desquels le SMR n'a formulé aucune remarque de cette nature, voir dos. AI 24/3 et 22/6 à 22/16). De plus, à l'inverse de ce que soutient le SMR, ce rapport indique expressément que l'intervention a été pratiquée lors d'une hospitalisation du recourant du 23 au 30 août 2017 (voir dos. AI 67/14). Ce faisant, dans ces circonstances, la conclusion prise par le SMR le 16 janvier 2018, d'après laquelle la documentation relative aux interventions du 11 juillet 2016 et du 24 août 2017 est incomplète ainsi que trompeuse, n'emporte pas conviction. C'est

dès lors de façon peu probante que, dans ses rapports des 16 janvier et 27 mars 2018, le SMR a nié que ces opérations puissent démontrer une aggravation de l'état de santé du recourant. Au contraire, la survenance de ces deux interventions, ordonnées en raison de la persistance des douleurs, rend plausible une telle détérioration. En effet, ces opérations s'inscrivent en opposition aux prévisions formulées dans l'écrit du 16 septembre 2014 de l'hôpital universitaire précité (dont l'intimé, par le biais du SMR, a tenu compte au moment de rendre la décision du 8 septembre 2015, voir dos. AI 27/2), à savoir qu'il fallait compter avec une amélioration de la problématique douloureuse avec le temps et le renforcement des muscles par physiothérapie. De surcroît, l'assertion de ce service, qui a retenu que l'intervention du 24 août 2017 a été suivie d'une bonne évolution postopératoire, doit être nuancée. En effet, s'il est vrai que cette évolution a d'abord été jugée convenable (quoiqu'un peu difficile, voir c. 5.2.8), le chirurgien du genou traitant le recourant a par la suite précisé qu'elle se prolongeait avec la persistance des douleurs et avec une mobilité limitée (voir c. 5.2.9). Enfin, le pronostic posé par la spécialiste du SMR le 27 mars 2018 (qui n'est du reste pas non plus motivé), à savoir que la reprise d'une activité adaptée peut être attendue à partir du 24 novembre 2017, ne résiste pas non plus à l'examen des pièces fournies par le recourant. En effet, il découle de ces rapports médicaux que plusieurs mois d'incapacité de travail ont encore été attestés entre le 12 octobre 2016 et le 8 juin 2017 (voir c. 5.2.4 à 5.2.7, voir aussi c. 5.2.10), ainsi que du 20 février au 31 mai 2018 (dos. AI 65/3). En outre, le 27 février 2018, le chirurgien traitant a indiqué que le recourant se trouvait encore en état d'incapacité de travail et ce depuis près de 7 ans (dos. AI 64/2, voir aussi 65/2). Certes, selon le rapport du chirurgien, l'incapacité dont il est question vise l'activité de peintre (soit une activité inadaptée, d'après le profil d'exigibilité retenu). Néanmoins, ce document fait expressément part de complications et informe par ailleurs que des investigations médicales sont toujours menées (un descellement, une mauvaise rotation ou encore une infection étant en particulier encore suspectés, voir dos. AI 65/3). Dans ces circonstances, il apparaît donc que la conclusion prise par le SMR, dans son rapport du 27 mars 2018, selon laquelle il y a lieu de compter avec une reprise du travail à partir du 24 novembre 2017, n'est pas convaincante.

6.4 Il s'ensuit que, contrairement au point de vue de l'intimé, les moyens de preuve produits à l'appui de la nouvelle demande de prestations du 16 octobre 2017 rendent plausible une péjoration de l'état de santé du recourant, propre à influencer son droit aux prestations d'invalidité. Partant, l'intimé ne pouvait refuser d'entrer en matière sur cette nouvelle demande en se fiant aux avis du SMR, des 16 janvier et 27 mars 2018.

7.

7.1 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 statue au fond, après avoir instruit la nouvelle demande de prestations du recourant.

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

7.3 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). L'avocat du recourant a en l'espèce produit une note d'honoraires du 23 novembre 2017. Celle-ci porte toutefois en partie sur des activités antérieures à la décision attaquée (soit celles effectuées du 1^{er} mars au 13 août 2018). Partant, pour les montants qui s'y rapportent (qui totalisent Fr. 1'267.80), composés de Fr. 1'215.- d'honoraires (4h30 à Fr. 270.-) ainsi que de Fr. 52.80 de débours, le recourant ne peut prétendre à des dépens (art. 52 al. 3 LPGA; ATF 140 V 116 c. 3.4). Au surplus, cette note d'honoraires ne prête pas à discussion compte tenu de l'importance et de la complexité objectives de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables. Les dépens sont ainsi fixés à Fr. 3'017.30 (Fr. 2'767.50 d'honoraires, Fr. 34.10 de débours et Fr. 215.70 de TVA [taux de 7.7%]; voir art. 41 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11], art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811]).

7.4 La requête d'assistance judiciaire, devenue sans objet, doit être rayée du rôle du Tribunal.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande et rende une nouvelle décision.
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. 3'017.30 (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. La requête d'assistance judiciaire et désignation d'un mandataire d'office déposée pour la procédure de recours est rayée du rôle du Tribunal administratif.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le juge:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).