

200.2022.105.AI
N° AVS
BEP/EGC

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

Jugement du juge unique du 24 juin 2022

Droit des assurances sociales

C. Tissot, juge
Ph. Berberat, 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 11 janvier 2022



En fait:

A.

A. _____, né le 12 mars 1973, est célibataire et sans enfant. Il est au bénéfice d'un certificat de capacité fédéral d'employé de commerce, obtenu en 1991. Il a travaillé en dernier lieu pour une entreprise de vente de détail jusqu'au 30 avril 2018. Il émarge à l'aide sociale depuis janvier 2018.

B.

Par un formulaire daté du 30 janvier 2018 et posté le 1^{er} février 2018, A. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office AI Berne, indiquant souffrir de burnout et de dépression. Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'Office AI Berne a notamment recueilli des rapports des médecins ayant traité l'assuré. Il a soumis le dossier à une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui a préconisé l'organisation d'une expertise bidisciplinaire réunissant les disciplines médicales de la psychiatrie et de la médecine interne cardiologique, afin de pouvoir se déterminer sur la capacité de travail de l'intéressé. Le 20 janvier 2020, l'Office AI Berne a informé l'assuré de l'expertise médicale prévue et de l'institution spécialisée désignée à cet effet. Sans donner d'excuses, l'assuré ne s'est pas soumis à l'expertise. Par courrier du 19 mai 2020, l'Office AI Berne a notamment mis l'assuré en demeure de respecter son devoir de collaboration. L'assuré a produit un certificat médical de son généraliste traitant du 20 mai 2020, attestant de son appartenance à un groupe à risque et lui déconseillant d'emprunter les transports publics en raison de la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (ci-après: covid-19). Le 12 octobre 2020, l'Office AI Berne a en particulier sommé l'intéressé de collaborer activement à la procédure, faute de quoi il se prononcerait en l'état du dossier ou déciderait de ne pas entrer en matière. Après un courrier électronique du 13 octobre 2020, par lequel l'assuré a en bref expliqué être une personne à risque et souffrir de phobies sociales aiguës et d'agoraphobie l'empêchant de prendre les transports publics, l'Office AI

Berne, le 22 avril 2021, a informé celui-ci que la nécessité d'une expertise médicale bidisciplinaire était maintenue et qu'un autre établissement d'expertise avait été mandaté à cet effet, tout en lui rappelant son obligation de collaborer. L'assuré a produit une attestation de son généraliste du 17 août 2021, afin de ne pas se rendre à l'expertise. Par décision incidente du 30 septembre 2021, l'Office AI Berne a maintenu la nécessité d'un examen médical bidisciplinaire, indiquant à l'assuré qu'il était disposé à prendre en charge les frais pour un transport individuel. Le 15 octobre 2021, le centre d'expertise mandaté a fait savoir à l'Office AI Berne que l'assuré avait déclaré refuser de donner suite à son invitation pour l'expertise prévue. Dans un préavis du 12 novembre 2021, l'Office AI Berne a informé l'assuré qu'il entendait ne pas entrer en matière sur sa demande de prestations. Par décision formelle du 11 janvier 2022, l'Office AI Berne a confirmé ce préavis.

C.

Par acte adressé le 11 février 2022 au Tribunal administratif du canton de Berne (TA) et complété le 28 février 2022, l'assuré, représenté par une avocate, a recouru contre la décision de l'Office AI Berne du 11 janvier 2022, concluant, sous suite des frais et dépens, outre à l'assistance judiciaire, à l'annulation de cette décision et au renvoi du dossier à l'autorité précédente pour instruction complémentaire et nouvelle décision. L'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Par courrier du 14 mars 2022, la mandataire du recourant a encore produit un bref rapport du psychiatre traitant du 6 mars 2022, ainsi que sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 11 janvier 2022 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et refuse

d'entrer en matière sur la demande de prestations du recourant du 1^{er} février 2018. L'objet du litige porte quant à lui sur le renvoi de la cause à l'autorité précédente pour que celle-ci reprenne l'instruction de la demande de prestations et examine matériellement le droit à une rente. Est particulièrement critiquée l'exigibilité pour le recourant, en raison de son état de santé et de la pandémie de covid-19, de se déplacer pour se soumettre à l'expertise bidisciplinaire prévue.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par une mandataire dûment autorisée, 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] et 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 S'agissant d'un recours contre une décision d'irrecevabilité, le jugement de la cause incombe au juge unique de la Cour des affaires de langue française du TA (art. 54 al. 1 let. c et 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 TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 La modification du 19 juin 2020 de la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Puisque, sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou au moment de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 146 V 364 c. 7.1, 144 V 210 c. 4.3.1) et que la décision attaquée date d'avant

l'entrée en vigueur de cette modification, il faut examiner le droit à la rente selon les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

2.2 Aux termes de l'art. 28 LPGA, les assurés et les employeurs doivent collaborer gratuitement à l'exécution des différentes lois sur les assurances sociales (al. 1). Quiconque fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit, fixer les prestations dues et faire valoir les prétentions récursoires (al. 2). Selon l'art. 43 al. 1 phr. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (voir également l'art. 69 al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGA). L'art. 49 al. 1 LPGA dispose par ailleurs que l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord.

2.3 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité et, partant, le droit aux prestations de l'AI, l'administration a besoin de documents que le médecin, et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Le médecin n'a en revanche pas la compétence de statuer en dernier ressort sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Il se contente bien plus de prendre position sur l'incapacité de travail, à savoir de procéder à une évaluation qu'il motive de son point de vue le plus substantiellement possible. En fin de compte, les données fournies par le médecin constituent un élément important pour l'appréhension juridique de

la question des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4).

2.4 Si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions (ancien art. 44 LPGA). Dans un premier temps, l'Office AI communique à la personne assurée qu'une expertise va être entreprise et lui indique le genre de l'expertise (pluri-, mono- ou bidisciplinaire), ainsi que les disciplines médicales envisagées et les questions qui seront posées aux experts. A ce stade, la personne assurée peut tout d'abord faire valoir ses objections matérielles (non liées aux personnes) contre le principe de procéder à une expertise ou contre le genre ou l'ampleur de celle-ci (par exemple en faisant valoir qu'il s'agit d'une "second opinion" inutile ou s'agissant du choix des disciplines médicales). Par ailleurs, elle est en droit de prendre position face aux questions à poser aux experts (ATF 138 V 271 c. 1.1, 137 V 210 c. 3.4.2.9). Dans un second temps, l'Office AI indique à la personne assurée le centre d'expertises médicales attribué par le système "SuisseMED@P" ou, en cas d'expertise mono- ou bidisciplinaire, l'identité de l'expert ou des experts désignés, ainsi que les noms des spécialistes (avec les titres professionnels correspondants) des disciplines médicales concernées. A ce stade, des motifs de récusation (formels ou matériels) spécifiques à la personne des experts peuvent également être soulevés (ATF 140 V 507 c. 3.1, 139 V 349 c. 5.2.2.2, 138 V 271 c. 1.1, 137 V 210 c. 3.4.2.7).

2.4 L'administration, en tant qu'autorité de décision, et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 144 V 427 c. 3.2).

2.5 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la

décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). Il ne peut pas être tenu compte dans le jugement des rapports médicaux rédigés après le prononcé de la décision sur opposition, à moins que ceux-ci soient de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4).

3.

3.1 Dans la décision contestée, l'intimé n'est pas entré en matière sur la demande de prestations de l'assuré, estimant que celui-ci avait opposé un refus manifeste et inexcusable à son obligation de collaborer à l'instruction de la demande en ne participant pas à l'expertise bidisciplinaire organisée en vue de déterminer son droit à des mesures de réadaptation et/ou à une rente.

3.2 Pour sa part, le recourant fait valoir en substance qu'il lui est impossible de se rendre aux examens médicaux prévus en raison de ses atteintes à la santé ressortant des rapports médicaux figurant au dossier, à savoir une dépression, de l'anxiété, des phobies sociales et une maladie coronarienne. Il expose au surplus qu'étant une personne à risque par rapport à la pandémie de covid-19, il ne sort de chez lui que pour promener son chien et ne voit plus personne depuis le mois de novembre 2021, les entretiens avec son psychiatre se déroulant actuellement par vidéoconférence et les contacts avec ses parents par téléphone. Il invoque qu'au vu de ces éléments, ce n'était pas de manière totalement inexcusable qu'il ne s'était pas rendu à l'expertise prévue, et que son état de santé et les problèmes de transport en lien avec ses phobies, ainsi que la nécessité d'un interprète lors de l'expertise, qui ajoutait un facteur anxiogène, constituaient des motifs légitimes. Il estime qu'il appartient à l'Office AI Berne de requérir des rapports médicaux des médecins traitants et/ou de mettre sur pied une expertise dans les environs de son domicile, en coordination avec son psychiatre traitant afin de déterminer à partir de quel moment son état de santé le permettrait.

3.3 Les éléments médicaux essentiels suivants ressortent du dossier.

3.3.1 Dans un rapport du 11 janvier 2019 rédigé à l'attention de l'intimé, le psychiatre traitant le recourant à cette époque a diagnostiqué des phobies sociales, une réaction dépressive prolongée et une personnalité anxieuse évitante (ch. F40.1, F43.21 et F60.6 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), ainsi qu'un infarctus cardiaque subi le 19 décembre 2018. Le praticien a posé un pronostic mitigé, indiquant que les capacités d'adaptation du patient étaient limitées en raison de sa personnalité anxieuse/évitante, de sa forte tendance à éviter les situations anxiogènes ou désagréables et des bénéfices secondaires d'être en incapacité de travail. Il a attesté à son patient une incapacité de travail totale justifiée par l'état de santé du 17 octobre 2017 au 31 décembre 2018 et depuis le 1^{er} janvier 2019 pour une durée indéterminée.

3.3.2 Le rapport du 22 janvier 2019 de la clinique de réadaptation où le recourant a séjourné du 30 décembre 2018 au 19 janvier 2019 relève les diagnostics de maladie coronarienne tritronculaire et de dépression chronique après deux burn-outs, le premier en 2001 et le second en septembre 2017. Il ne contient pas d'évaluation concrète prospective de la capacité de travail de l'assuré.

3.3.3 Dans un rapport conjoint du 16 septembre 2019, deux autres psychiatres ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, présent depuis 2 ans (ch. F33.2 CIM-10). Ils ont estimé qu'au moment où leur rapport a été rédigé, le patient était dans l'incapacité d'entreprendre une activité professionnelle et ont posé un pronostic réservé quant à sa capacité de travail.

3.3.4 Le 17 août 2021, le nouveau psychiatre traitant du recourant a établi une attestation indiquant qu'il traitait celui-ci depuis une année, à raison d'une consultation tous les quinze jours. Le praticien a retenu le diagnostic d'état dépressif modéré avec des éléments anxieux manifestes, les symptômes étant fluctuants dans leur intensité. Il a constaté que son patient vivait de manière autonome mais assez en retrait de toute vie sociale, sauf avec son entourage immédiat, et que la confrontation avec une reprise

d'activité professionnelle n'était pas possible, le stress ou les conflits faisant rapidement apparaître des attitudes de fuite et de repli ou aggravant les symptômes dépressifs. Dans un bref rapport adressé le 6 mars 2022 à la mandataire du recourant, le même praticien a relevé qu'il suivait toujours l'intéressé et que depuis le mois de novembre 2021, le suivi se faisait par téléconférence. Il a réitéré que son patient souffrait d'état dépressif modéré avec des éléments anxieux manifestes et qu'il vivait de manière autonome, mais en retrait de toute vie sociale. Le spécialiste a précisé qu'il pensait qu'une évaluation médicale avec un déplacement en transports publics n'était pas envisageable pour le moment et devait être reportée ultérieurement, car comme il l'avait déjà indiqué dans son attestation du 17 août 2021, le stress ou les conflits faisaient rapidement apparaître chez son patient des attitudes de fuite et de repli et aggravaient les symptômes dépressifs. Il a conclu qu'il ne fallait pas s'attendre à une amélioration significative dans les six prochains mois.

3.3.5 Appelée à deux reprises à se prononcer sur le dossier du recourant, une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR a estimé dans son premier rapport du 22 mars 2019 que d'un point de vue psychiatrique, on pouvait exiger de la part de l'assuré d'entreprendre une activité dans un cadre protégé à un taux d'activité initial réduit de quatre heures par jour pendant quatre jours par semaine. Dans son second rapport du 15 janvier 2020, elle a recommandé l'organisation d'une expertise bidisciplinaire en psychiatrie et en médecine interne cardiologique, pour établir la capacité de travail de l'assuré et son évolution, afin d'être en mesure de se prononcer sur son degré d'invalidité, ainsi que sur le droit à une rente. A la suite du rapport précité du psychiatre traitant du 17 août 2021, un autre spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR a souligné dans une note du 22 septembre 2021 la nécessité toujours actuelle d'une expertise bidisciplinaire (cardiologie/médecine interne et psychiatrie) et a indiqué que le déplacement en vue d'effectuer cette expertise était en soi exigible de l'assuré. Afin de prendre en considération l'attestation médicale du psychiatre traitant, il a recommandé si nécessaire l'organisation d'un transport individuel.

3.4 Sur le vu des avis médicaux présentés ci-avant, la nécessité d'une expertise bidisciplinaire ne saurait être remise en cause. Les rapports

médicaux figurant au dossier sont en effet clairement insuffisants en vue d'établir de manière complète l'état de fait déterminant d'un point de vue médical en englobant toutes les atteintes somatiques et psychiques, ainsi que leurs intrications et leurs répercussions sur la capacité de travail et de rendement du recourant dans une éventuelle activité lucrative exigible de sa part. Ces derniers aspects ne sont pas évalués de manière suffisamment précise dans les avis précités, ni quant à leur ampleur, ni pour ce qui concerne leur évolution dans le temps. Il se justifie dès lors sans conteste d'organiser une expertise bidisciplinaire en psychiatrie et médecine interne/cardiologie; pour ce faire, le choix de l'intimé de mandater une institution spécialisée dans ce genre d'approche ne saurait être critiqué. Au demeurant, force est de constater que le recourant lui-même ne remet pas véritablement en cause la nécessité de l'expertise. S'il estime qu'il conviendrait de demander des rapports à ses médecins traitants, force est néanmoins de constater que ces documents ne permettraient pas de statuer valablement sur l'éventuel droit à une rente, faute de force probante suffisante par rapport à une expertise ordonnée par l'intimé (voir ATF 125 V 351 c. 3b/cc; TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4). C'est donc en définitive exclusivement l'exigibilité de se déplacer au centre d'expertise médicale pour s'y soumettre que le recourant critique.

3.5 Cela étant, force est certes de reconnaître que les troubles dont le recourant est atteint entraînent des difficultés dans sa vie quotidienne, notamment pour ce qui concerne les contacts extérieurs et les déplacements; l'intimé ne le conteste d'ailleurs pas. En effet, dans un rapport du 5 mars 2018 à l'attention de l'intimé, son psychiatre traitant de l'époque avait déjà diagnostiqué des phobies sociales, une réaction dépressive prolongée et une personnalité anxieuse évitante. Le praticien relevait notamment que la réaction dépressive en cours avait commencé au printemps 2017 après des restructurations dans l'entreprise où son patient travaillait, qui avaient favorisé des symptômes anxieux phobiques et dépressifs, et que depuis lors, celui-ci n'avait cessé d'entretenir une aversion massive et des conduites d'évitement par rapport à cette place de travail, sur la base d'une tendance d'auto-renforcement réciproque entre les traits de personnalité anxieuse et les conduites systématiques d'évitement auxquelles il s'était habitué depuis son premier burn-out en 2001. Le même

praticien avait confirmé ces constatations dans son rapport du 11 janvier 2019 (voir ci-dessus c. 3.3.1). Dans l'attestation adressée le 17 août 2021 à son patient (voir ci-dessus c. 3.3.4), le psychiatre traitant actuellement le recourant a diagnostiqué pour sa part un état dépressif modéré avec des éléments anxieux manifestes, dont les symptômes étaient fluctuants dans leur intensité. Il a notamment indiqué que son patient vivait en retrait de toute vie sociale et précisé qu'une vie au contact de la nature et de ses personnes de confiance suffisait à son équilibre psychique, soulignant aussi que l'idée d'utiliser les transports publics n'était plus envisageable depuis l'apparition de la pandémie de la covid-19, toute intervention extérieure le déstabilisant rapidement. Le praticien a encore ajouté que l'intention de l'AI de convoquer son patient pour une évaluation à Bâle n'était pas envisageable actuellement et devrait être planifiée au plus tôt six mois plus tard et s'organiser dans une collaboration étroite avec les services médicaux. Dans son dernier bref rapport adressé le 6 mars 2022 à la mandataire du recourant, le psychiatre traitant a réitéré ses constatations exposées ci-dessus et déclaré qu'il pensait qu'une évaluation médicale avec un déplacement en transports publics n'était pas envisageable pour le moment et devait être reportée ultérieurement. Ce second rapport du 6 mars 2022 a certes été rédigé après la décision du 11 janvier 2022 contestée dans la présente procédure. Cependant, moins de deux mois seulement le séparent du prononcé attaqué, si bien que l'on peut admettre qu'il se rapporte à des faits survenus en grande partie avant la décision en question, ce d'autant plus que, comme on l'a vu, le praticien y confirme ses constatations exposées dans son premier rapport du 17 août 2021 et s'y réfère. Dans cette mesure, il apparaît dès lors justifié de le prendre en considération en l'occurrence (voir ci-dessus c. 2.5).

3.6 Dès lors, s'il faut certes reconnaître qu'un voyage de plusieurs heures dans les transports en commun pour se rendre au centre d'expertises médicales mandaté par l'intimé n'apparaissait pas d'emblée exigible de la part du recourant à la date de la décision contestée, il n'en demeure pas moins qu'un tel déplacement de son domicile jusqu'au lieu de l'expertise ne saurait être considéré en lui-même comme inexigible pour des raisons médicales. En particulier, il ne ressort pas des avis médicaux figurant au dossier que le recourant ne soit aucunement en mesure de se déplacer en raison des diagnostics actuels posés. A cet égard, si le psychiatre traitant le

recourant est d'avis que son patient n'est pas en mesure de se déplacer en transports publics, il n'a en revanche pas exclu expressément tout déplacement en véhicule privé, ne l'ayant pas envisagé. Il faut donc admettre que la recommandation émise par le spécialiste du SMR dans sa prise de position du 22 septembre 2021, visant à organiser par l'Office AI Berne un transport individuel du recourant entre son domicile et le centre d'expertises médicales, afin d'éviter les transports publics, par exemple par un service de transport pour personnes handicapées, s'avère convaincante et exigible, une impossibilité absolue pour le recourant de se déplacer pour se soumettre à l'expertise bidisciplinaire prévue n'étant pas établie selon un degré de vraisemblance prépondérante au moment où la décision contestée du 11 janvier 2022 a été rendue (moment généralement déterminant en droit des assurances sociales pour l'appréciation de l'état de fait et des moyens de preuve, ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c.2.1). Il convient d'ajouter qu'il en va de même en ce que le recourant affirme qu'un interprète durant l'expertise ajouterait un facteur anxiogène et l'empêcherait de se soumettre à celle-ci. Une telle affirmation n'est en effet corroborée par aucun document médical au dossier, aucun des psychiatres n'ayant même abordé cette problématique.

3.7 En conséquence, l'intimé pouvait à juste titre exiger de la part du recourant qu'il se rende à Bâle pour se prêter aux examens médicaux nécessaires dans le cadre d'une expertise bidisciplinaire, afin de procéder à des investigations plus approfondies quant à son état de santé et sa capacité de travail. Le recourant n'ayant pas donné suite aux mises en demeure des 12 octobre 2020, 22 avril 2021 et 10 septembre 2021, formellement conformes à ce qu'exige l'art 43 al. 3 LPGGA, c'est à bon droit que l'intimé a considéré qu'il refusait de collaborer à l'instruction de manière adéquate et a rendu la décision contestée du 11 janvier 2022.

4.

4.1 Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

4.2 Aux termes de l'art. 61 let. ^{fbis} LPGGA en relation avec l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, la procédure de recours en matière de contestations portant sur des

prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires. Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, doit ainsi supporter les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 500.-. Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu de lui allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

4.3 Le recourant a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée aux frais de justice.

4.3.1 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 (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

4.3.2 Au vu des pièces produites à l'appui de sa requête, la condition financière est remplie, le recourant bénéficiant de prestations d'aide sociale (ATF 128 I 225 c. 2.5.1). En outre, les chances de succès du recours ne pouvaient être d'emblée niées (ATF 129 I 129 c. 2.3.1, 122 I 267 c. 2b et les références). La requête peut dès lors être admise et le recourant mis au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure. Ceux-ci sont provisoirement supportés par le canton.

4.3.3 Le recourant doit toutefois 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 suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272] par renvoi de l'art. 112 al. 2 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire, limitée aux frais de justice, est admise.
3. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 500.-, sont mis à la charge du recourant. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la 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).