

**200.2022.50.AI**

N° AVS  
ANP/EGC

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

**Jugement du juge unique du 30 mai 2022**

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président  
P. Annen-Etique, greffière

**A.** \_\_\_\_\_  
représenté par **B.** \_\_\_\_\_  
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 21 décembre 2021



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1974, au bénéfice de l'aide sociale depuis 1999 (avec une sortie temporaire de celle-ci dès fin 2013) et placé sous curatelle volontaire le 7 mai 2020, a interrompu plusieurs apprentissages comme paysagiste-pépiniériste, mécanicien en maintenance d'automobiles, monteur en chauffage et poseur de sol. Il souffre depuis l'adolescence d'une polytoxicomanie qui, lors des phases de décompensation dépressive, a nécessité son admission en milieu médical stationnaire. Début juillet 2005, il a formé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi de mesures professionnelles et a motivé son annonce à cette assurance par la présence d'une dépression remontant à 1999. Après dû préavis, l'Office AI du canton de Genève a formellement rejeté le 7 décembre 2006 cette demande au motif que l'incapacité de gain résultait avant tout de la toxicodépendance de l'assuré. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours. A fin novembre 2010 et alors qu'il était hospitalisé, l'intéressé s'est annoncé à l'AI pour une rente en raison d'une maladie psychique datant de 20 ans. L'Office AI Berne, nouvellement compétent, a notamment consulté son service médical régional (SMR) qui a recommandé une évaluation psychiatrique et, comme préalable nécessaire à celle-ci, une période d'abstinence de six mois aux substances toxiques. L'assuré a été invité à plusieurs reprises par l'AI à se soumettre audit sevrage. Un examen psychique auquel il s'est soumis le 24 novembre 2015 auprès du SMR a abouti au constat qu'il ne s'était pas conformé au sevrage ordonné. Après un préavis dûment contesté, l'Office AI Berne a rejeté le 2 mai 2016 la nouvelle demande en l'absence d'une atteinte invalidante à la santé.

**B.**

Le 5 juillet 2021, l'assuré s'est annoncé une nouvelle fois à l'AI en invoquant des maladies psychiatriques présentes depuis plusieurs années. Par courrier du 8 juillet 2021, l'Office AI Berne l'a invité, sous menace des

sanctions encourues en cas de refus, à rendre plausible jusqu'au 16 août 2021 un changement notable des faits objectifs depuis la décision AI du 2 mai 2016. Le 16 août 2021, un spécialiste en médecine interne générale et en médecine de l'addiction traitant l'assuré, a informé ledit office que son patient était actuellement hospitalisé dans le but de poser un diagnostic dans un contexte exempt de substances toxiques. Il a de plus annoncé qu'il ferait parvenir à l'intimé la lettre de sortie d'hôpital et, si besoin, un rapport médical. Sans nouvelles de ce médecin, l'Office AI Berne a préavisé le 4 novembre 2021 un refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande. L'intéressé n'ayant pas réagi, le même office a statué le 21 décembre 2021 dans le sens annoncé dans son préavis.

### **C.**

Par l'entremise de sa curatrice, l'assuré interjette recours le 18 janvier 2022 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision rendue le 21 décembre 2021 par l'Office AI Berne. Il conclut implicitement à l'annulation de ce prononcé et requiert une prolongation de délai en vue de soumettre le rapport annoncé le 16 août 2021 par son médecin traitant. Dans son mémoire de réponse du 15 février 2022, l'Office AI Berne conclut pour sa part au rejet du recours. L'assuré, par sa curatrice, n'a pas fait usage de son droit de répliquer.

### **En droit:**

#### **1.**

**1.1** La décision du 21 décembre 2021 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et refuse d'entrer en matière sur la demande du 5 juillet 2021, faute pour l'assuré

d'avoir rendu plausible une modification de son invalidité susceptible d'influencer son droit à des prestations de l'AI. L'objet du litige porte (implicitement du moins) sur l'annulation de cette décision et sur l'octroi d'un délai supplémentaire à l'assuré en vue de produire les rapports qui avaient été annoncés le 16 août 2021 par le médecin traitant de celui-ci.

**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 agissant par sa curatrice, 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], art. 393 à 398 et art. 416 al. 2 du code civil suisse du 10 décembre 1907 [CC, RS 210], ainsi qu'art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

**1.3** Les membres du TA connaissent, en qualité de juges uniques, des recours contre les décisions et décisions sur recours d'irrecevabilité (art. 57 al. 2 let. c de la loi cantonale 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

**1.4** Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

## **2.**

**2.1** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 exigibles (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 également ATF 130 V 343 c. 3.5.3). 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'avèreraient 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** A réception d'une nouvelle demande ou d'une demande de révision, 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).

**2.4** Lors d'une nouvelle demande ou demande de révision, 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 introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il

propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 c. 5.2.5). 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 de l'examiner de manière complète, tant sous l'angle des faits que du droit (ATF 117 V 198 c. 4b).

### 3.

Dès l'abord, on relèvera qu'après avoir reçu le 6 juillet 2021 la nouvelle demande de prestations datée du 2 juillet 2021 et postée le 5 juillet 2021, l'intimé a rendu l'assuré attentif, le 8 juillet 2021 déjà, au fait qu'il incombait à celui-ci de rendre plausible un changement significatif de son état de santé depuis la décision AI du 2 mai 2016, faute de quoi il ne donnerait pas suite à cette demande. Il lui a fixé à cet effet un délai au 16 août 2021. Le médecin traitant a contacté téléphoniquement, ce même 16 août 2021, l'Office AI Berne en lui annonçant l'envoi prochain de la lettre de sortie de son patient qui était hospitalisé à ce moment-là et, en cas de besoin, d'un rapport médical; ces pièces justificatives ne sont toutefois jamais parvenues à l'intimé. En procédant de la sorte, c'est-à-dire en impartissant un délai raisonnable à l'assuré pour déposer ses moyens de preuve et en l'avertissant qu'à défaut il n'entrerait pas en matière sur sa nouvelle demande, l'Office AI Berne s'est conformé à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI et par la pratique judiciaire (voir c. 2.4 supra). L'examen du cas d'espèce porte donc uniquement sur le point de savoir si

le recourant a établi de manière plausible, à l'appui de sa nouvelle demande datée du 2 juillet 2021, une modification des circonstances de fait susceptible d'influencer son droit aux prestations de l'AI.

#### **4.**

**4.1** Au niveau des faits procéduraux déjà esquissés plus haut, il ressort de façon plus détaillée du dossier que le médecin traitant de l'assuré, lors de son appel téléphonique du 16 août 2021 à l'Office AI Berne, a invité celui-ci à bien vouloir patienter avant de se prononcer sur la nouvelle demande AI déposée par son patient. Il a par ailleurs informé cet office que l'assuré était alors hospitalisé auprès d'une unité thérapeutique des dépendances du Département pôle santé mentale d'un hôpital régional, en vue d'une évaluation diagnostique psychiatrique exempte de toute influence toxicologique. D'après ses précisions, les précédentes hospitalisations n'avaient pas permis de procéder à cette évaluation clinique puisqu'elles avaient été interrompues et que l'assuré avait entretemps repris sa consommation de drogues. Ce médecin a convenu lors de cet échange téléphonique qu'il ferait parvenir à l'intimé une copie de la lettre de sortie de l'établissement hospitalier et, au besoin, un rapport médical (dossier int. [dos. int.] 111). En dehors de cette intervention du médecin traitant dans le délai comminatoire impartit au 16 août 2021 à l'assuré pour déposer ses moyens de preuve à l'appui de sa nouvelle demande de prestations, ni ce dernier ni sa curatrice n'ont réagi pendant toute la durée qui a précédé le préavis du 4 novembre 2021 signifiant le refus de l'intimé d'entrer en matière sur cette demande. Qui plus est, même à réception dudit préavis et jusqu'au prononcé de la décision formelle du 21 décembre 2021 près de sept semaines plus tard, aucun d'entre eux n'a formulé la moindre objection auprès de l'intimé, ni fait parvenir à ce dernier (cas échéant, par l'entremise d'un médecin) de moyen(s) de preuve susceptible(s) d'étayer la demande litigieuse.

**4.2** Eu égard aux circonstances prédécrites, il apparaît dès lors que c'est à bon droit que l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée début juillet 2021 par l'assuré. En l'absence de tout

élément probatoire à l'appui de cette dernière, l'intéressé a en effet échoué à rendre plausible une modification de son état de santé propre à influencer sur ses droits et encourt donc la fin d'irrecevabilité de sa demande dont il avait été formellement menacé le 8 juillet 2021 par l'intimé. Ce constat n'a de plus été posé qu'après que l'Office AI Berne, dans l'attente des moyens de preuve annoncés à l'échéance du délai comminatoire imparti au 16 août 2021, a encore ajourné jusqu'au 21 décembre 2021 sa décision formelle sur la nouvelle demande AI. Ce faisant, on voit mal en quoi cet office, par sa façon de procéder, aurait pénalisé le recourant "en raison d'un retard administratif qui ne lui est pas imputable" suite à la non-production du ou des rapports médicaux annoncés par son médecin traitant (recours p. 1). Durant ces quelque quatre mois ayant précédé le prononcé de la décision contestée, l'assuré ou sa curatrice, si celui-ci n'était pas en mesure de le faire, disposaient en effet d'un temps de réaction bien suffisant pour produire les moyens de preuve requis et renseigner l'intimé sur l'évolution médicale ensuite de l'hospitalisation annoncée téléphoniquement le 16 août 2021. Dans ce contexte, l'intéressé semble de plus méconnaître le fait qu'il endossait le fardeau de la preuve quant aux circonstances susceptibles d'étayer une évolution significative de son état de santé depuis la dernière décision matérielle de refus d'une rente. Le principe inquisitoire ne s'applique en effet pas au stade de l'entrée en matière sur une nouvelle demande ou sur une demande de révision, lesquelles sont régies par la seule exigence de plausibilité échéant à la personne assurée (voir c. 2.4 supra). Il était dès lors de l'unique ressort du recourant de mettre au jour une possible péjoration médicale en lien notamment avec sa nouvelle admission en milieu médical stationnaire.

**4.3** Dès lors qu'il n'y avait pas lieu pour l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations AI, il n'était nul besoin non plus pour lui d'examiner au fond si la modification médicale alléguée s'était réellement produite en comparant - d'une manière analogue à celle de la révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA - l'état de fait ayant fondé la dernière décision matérielle de refus à celui en vigueur au moment de la décision litigieuse.

**5.**

**5.1** Au vu de ce qui précède, le recours s'avère mal fondé et doit donc être rejeté.

**5.2** Conformément à l'art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA, pour les litiges en matière de prestations, la procédure est soumise à des frais judiciaires si la loi spéciale le prévoit. Dans la mesure où c'est précisément ce que prévoit l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et que la présente procédure a trait à des prestations, le recourant, qui succombe, doit ainsi supporter les frais judiciaires, fixés forfaitairement à Fr. 500.-.

**5.3** Le recourant ne peut en outre prétendre au remboursement de ses dépens, ni à l'octroi d'une indemnité de partie (art. 61 let. g LPGA, 104 al. 1 à 3 et 108 al. 3 LPJA).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 500.-, sont mis à la charge du recourant et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens ni d'indemnité de partie.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - au recourant, par sa curatrice,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

La greffière

**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).