

200.2015.489.AI

WIC/BEJ

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

Jugement du juge unique du 25 juillet 2016

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, juge
C. Haag-Winkler, greffière

A. _____
agissant par son curateur, B. _____

recourante

contre

Office AI Berne
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne

intimé

relatif à une décision de ce dernier du 22 avril 2015



En fait:

A.

A. _____, née en 1962, divorcée depuis 2013 et mère de trois enfants (1987, 1998 et 2001), a travaillé dans le cadre de son dernier emploi en tant qu'ouvrière sur machines au service d'une entreprise active dans le domaine du décolletage. Son contrat de travail a été résilié au 31 décembre 1998 en raison de la suppression de son poste.

L'assurée a déposé auprès de l'Office AI Berne une première demande de rente de l'assurance-invalidité (AI) datée du 25 juin 1999. Elle faisait valoir une coccygodynie (chute sur le coccyx), un sacrum acutum, une discopathie, une protrusion discale, une spondylarthrose bilatérale et une dépression. Le 12 octobre 2001, l'office précité a rejeté ladite demande dans la mesure où il a estimé que le degré d'invalidité fixé à 11% ne donnait pas droit à une rente AI, entérinant ainsi son préavis du 17 septembre 2001. Cette décision a été confirmée par le Tribunal administratif du canton de Berne (TA; JTA AI/5447/2001 du 30 mai 2002).

B.

Par nouvelle demande du 13 mars 2008, l'assurée a requis une rente AI en faisant valoir une dépression et une fibromyalgie. Une expertise bidisciplinaire (psychiatrique et rhumatologique) a été organisée (dont les rapports sont datés des 24 novembre 2010 et 14 décembre 2010). S'appuyant notamment sur ces derniers, ainsi que sur l'avis de son Service médical régional (SMR) du 31 mars 2011, l'Office AI Berne a, par décision du 2 mai 2011, rejeté la demande de l'intéressée, considérant que le syndrome douloureux somatoforme dont elle souffrait n'était pas invalidant, confirmant ainsi son préavis du 7 janvier 2011. Le TA a rejeté le recours déposé auprès de lui par l'assurée (JTA AI 505/2011 du 5 mars 2012).

C.

Alléguant des problèmes psychiques et physiques présents depuis plusieurs années, l'assurée a déposé le 10 décembre 2014 à l'Office AI Berne une nouvelle demande de rente et de mesures professionnelles datée du 23 octobre 2014.

Par lettre du 17 décembre 2014, l'Office AI l'a invitée à fournir tout document médical propre à attester que son état de santé s'était modifié de manière à influencer ses droits et l'a rendue attentive aux conséquences d'un défaut de production. Par courrier du 12 janvier 2015, les services psychiatriques auprès desquels elle avait été traitée ont fait parvenir à l'AI les rapports de sortie relatifs aux hospitalisations de l'assurée. Le 14 janvier 2015, l'Office AI a consulté son SMR afin qu'il prenne position sur ces derniers. Un certificat médical émis le même jour par le psychiatre-psychothérapeute traitant de l'assurée a également été adressé à l'AI. S'appuyant sur l'avis de son SMR du 20 février 2015, l'Office AI a averti l'intéressée, par préavis du 4 mars 2015, qu'il envisageait de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande, retenant qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 2 mai 2011. Suite aux observations formulées, le 12 mars 2015, par l'assurée, agissant par son curateur, l'Office AI a, par décision du 22 avril 2015, confirmé son refus d'entrer en matière sur sa demande de prestations AI.

D.

Par acte daté du 22 mai 2015, l'assurée, dorénavant représentée par une avocate (agissant par le biais d'une mandataire substituée), a, par son curateur, recouru contre cette décision auprès du TA. Elle conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations AI du 23 octobre 2014 et statue, après instruction, sur celle-ci, le tout sous suite de frais et dépens. Par ce même acte, l'assurée requiert l'assistance judiciaire, demandant la dispense des frais de procédure ainsi que la désignation et la

prise en charge des coûts de l'avocate mandatée en tant que mandataire d'office.

Le 3 juillet 2015, l'Office AI a conclu au rejet du recours et a confirmé pour le surplus sa décision du 22 avril 2015.

La mandataire de la recourante a fait parvenir sa note d'honoraires le 10 juillet 2015. Le 29 octobre 2015, elle a communiqué au TA qu'elle cessait son activité.

En droit:

1.

1.1 La décision de non-entrée en matière du 22 avril 2015 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'assurée et accorde à cette dernière les prestations requises. Est particulièrement critiquée l'appréciation de l'administration niant le caractère plausible de la péjoration de l'état de santé dont se prévaut l'assurée, certificats médicaux à l'appui.

1.2 Le recours a été interjeté par une partie disposant de la qualité pour recourir et agissant dans la présente procédure par un curateur dûment légitimé, lui-même alors représenté par une mandataire et une mandataire substituée valablement constituées. Compte tenu de ce qui précède et interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, 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, 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). L'incapacité de gain consiste dans 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 importante, à même d'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). 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). 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 de l'examiner de manière complète, tant sous l'angle des faits que du droit (ATF 117 V 198 c. 4b). Ces règles, relatives au traitement d'une nouvelle demande, ne s'appliquent qu'à des demandes de prestations équivalentes (SVR 1999 IV n° 21).

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 (ou requête 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).

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 qu'à réception le 10 décembre 2014 de la nouvelle demande de l'assurée, l'Office AI a réagi rapidement, en date du 17 décembre 2014, en rendant celle-ci attentive au fait qu'il lui incombait de rendre plausible un changement significatif de son état de santé depuis la décision AI du 2 mai 2011 et en l'avertissant des conséquences juridiques encourues en cas de manquement à son devoir de collaboration. La recourante a du reste réagi à cette injonction en transmettant elle-même ou en faisant parvenir par l'entremise du service social régional, lequel s'est encore vu accorder une prolongation de délai (jusqu'au 4 février 2015), et des services psychiatriques traitants, de nouveaux documents médicaux. L'intimé s'est donc conformé en tout point à la procédure préconisée par la jurisprudence (voir ci-dessus c. 2.3).

L'examen du cas d'espèce porte donc sur le point de savoir si la recourante a établi de façon plausible une modification de son invalidité susceptible d'influencer ses droits entre le 2 mai 2011, date de la dernière décision entrée en force que l'Office AI a rendue sur la base d'un examen matériel du droit et le 22 avril 2015, date du prononcé ici contesté.

3.2

3.2.1 La décision du 2 mai 2011 (confirmée par JTA AI/505/2011 précité) niait le caractère invalidant du syndrome douloureux somatoforme dont était atteinte la recourante, lui refusait non seulement le droit à une rente mais également à toute autre prestation de l'AI. Puisque la décision du 2 mai 2011, qui sert de point de comparaison, se fonde sur une appréciation du caractère invalidant d'un trouble somatoforme, l'on peut relever ici par souci de complétude que la jurisprudence récente du Tribunal fédéral (TF), renonçant à la présomption du caractère surmontable pour ce genre de syndromes sans étiologie claire, ne saurait constituer, en soi, un motif de révision de cette décision (ATF 141 V 281 c. 3.5, 141 V 585 c. 5).

3.2.2 Pour fonder sa déduction juridique l'ayant mené au prononcé du 2 mai 2011, l'intimé avait essentiellement pris en compte les rapports de l'expertise bidisciplinaire dont les examens personnels s'étaient déroulés le 24 novembre 2010 (domaine rhumatologique) et le 2 décembre 2010 (domaine psychiatrique), ainsi que le rapport médical du SMR établi le 31 mars 2011.

Sur le plan somatique, l'expert, spécialiste en rhumatologie, avait fait état de douleurs généralisées sans causes corporelles objectivables, d'un syndrome douloureux lombosacré (sur légers substrats dégénératifs) en tendant à admettre une fibromyalgie. Selon son appréciation, une activité ménagère mettant à grande contribution le dos de la recourante n'était plus possible. Il avait souligné qu'il en allait de même d'une activité dans un kiosque, telle que l'avait pratiquée brièvement l'expertisée. Néanmoins, de l'avis de ce spécialiste, une activité adaptée, sans contrainte sur la colonne vertébrale, était totalement envisageable. Compte tenu du fait qu'une amélioration de la situation du dos de la recourante était invraisemblable, il

avait estimé à 10% la diminution de rendement de celle-ci dans une activité adaptée. L'expert, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, quant à lui, avait diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux persistant (ch. F45.4 selon la Classification internationale des maladies [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0 CIM-10), ainsi que des problèmes avec le conjoint (Z63 CIM-10). Il a relevé également chez la recourante une comorbidité psychiatrique qui n'était pas prononcée, qu'une médication adaptée pouvait encore la diminuer et que depuis l'été 2009 seuls des épisodes dépressifs légers avaient pu être constatés. Ce même spécialiste a estimé que l'expertisée présentait une personnalité aux particularités prémorbides, que son trouble douloureux était progressif et chronique et que sa comorbidité somatique était de 10%. S'il avait effectivement constaté des critères permettant d'admettre une incapacité de travail, ceux-ci n'étaient pas présents, de son avis, dans une mesure suffisante pour en provoquer une de plus de 20%. Par le biais d'une médication adaptée et intensifiée, l'expert psychiatre avait estimé que la capacité de travail de la recourante était de 85% (rapport rédigé le 14 décembre 2010). Finalement, les experts avaient conjointement conclu à une capacité de travail résiduelle de 75% (rapport rédigé le 14 décembre 2010). Quant au spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR, il avait relevé, dans son rapport du 31 mars 2011, que c'était à juste titre que l'expert avait observé qu'il n'y avait pas de trouble de la personnalité chez la recourante, mais que sa personnalité présentait des particularités prémorbides.

3.2.3 Dans sa décision du 2 mai 2011, l'intimé a cependant retenu qu'un effort de volonté était exigible de la part de la recourante pour surmonter l'incapacité de travail de 25% évaluée dans l'expertise, en excluant expressément toute comorbidité psychiatrique significative.

3.3

3.3.1 Pour statuer sur la nouvelle demande AI du 23 octobre 2014, l'Office AI Berne disposait comme nouveaux moyens de preuve de deux rapports de sortie datés des 7 août 2012 et 12 mai 2014 émanant des services psychiatriques traitant la recourante relatifs à des hospitalisations survenues après le prononcé du 2 mai 2011 refusant toute prestation AI,

d'un avis médical du 14 janvier 2015 du psychiatre-psychothérapeute traitant de l'assurée, ainsi que d'une prise de position du SMR du 20 février 2015.

Il faut noter que la lettre de sortie du 28 novembre 2003, qui certes ne figurait pas antérieurement au dossier, ne constitue pas un nouvel élément médical pouvant être pris en compte dans le cadre de la présente procédure, puisque cet écrit pourrait tout au plus influencer sur l'évaluation à la base de la décision du 2 mai 2011 et qu'il n'appartient pas au TA, dans la présente procédure, de réexaminer ce prononcé entré en force.

3.3.2 Les rapports, relatifs aux séjours hospitaliers psychiatriques postérieurs au refus du 2 mai 2011, décrivent, en résumé, la situation suivante.

Dans leur rapport de sortie du 7 août 2012 (hospitalisation du 6 juin au 3 août 2012), adressé au psychiatre-psychothérapeute traitant, les spécialistes concernés ont diagnostiqué une anxiété généralisée (F41.1 CIM-10) et une kleptomanie (F63.2). Ils ont relevé également un sentiment permanent de nervosité, des tremblements, des tensions musculaires, une transpiration et des palpitations. Il a été constaté que la patiente était soucieuse à l'égard de sa famille, s'attendant à divers malheurs et qu'elle était très dispersée, raison pour laquelle elle n'arrivait pas à se concentrer. Cette appréciation médicale relatait qu'une relation amoureuse, ayant impliqué une situation de conflit ingérable avec les enfants et l'ex-mari de la recourante, avait mené cette dernière à demander à être hospitalisée. Les médecins ajoutaient que la patiente avait présenté une tendance de vol à l'étalage, dérobant plusieurs objets de l'établissement, tels que des produits de soins, des tableaux, ainsi que des objets inutilisables et avait verbalisé sa colère envers son ex-mari, qu'elle n'arrivait pas à accepter comme faisant encore partie de sa vie. Toujours selon ce même rapport, la recourante a été décrite comme légèrement logorrhéique, d'humeur quelque peu irritable et présentant une vision excessivement pessimiste de sa situation actuelle et du conflit avec ses enfants. De plus, les médecins ont constaté que la recourante banalisait beaucoup ses problèmes de dettes et ses difficultés à gérer ses émotions, ainsi qu'à effectuer ses

tâches ménagères. Finalement, une consommation périodique d'alcool et de THC a été relevée.

La recourante a été hospitalisée à une nouvelle reprise du 30 janvier au 10 avril 2014 dans les mêmes services psychiatriques. Le rapport de sortie, daté du 12 mai 2014, pose le diagnostic de trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque (F31.0 CIM-10), suspicion de tendance pathologique à commettre des vols (kleptomanie; F63.2 CIM-10) et fibromyalgie (M79.7 CIM-10). Il explique l'hospitalisation par une décompensation maniaque suite à la présence de multiples sources de stress (état de santé critique de l'[ex-]mari, avenir des enfants, sollicitations de la famille, planification d'une chirurgie de changement de sexe de la fille cadette, décès du compagnon en raison d'une crise cardiaque dans un contexte d'alcoolisme chronique et évolution qualifiée de difficile d'une fracture tibia-péroné), la recourante ayant déclaré être submergée émotionnellement par tous ces événements et souhaiter une mise à distance. De l'avis des médecins, elle a montré une tendance à la logorrhée, à se disperser en se centrant sur les difficultés rencontrées par son entourage, à s'agiter facilement avec une fuite des idées et une labilité d'humeur. Selon eux, aucun trouble manifeste du cours des pensées, de ralentissement psychomoteur franc, de symptôme de la lignée psychotique, de signes physiques de sevrage n'ont été rencontrés chez la recourante. Au premier plan, les médecins ont noté une souffrance morale importante avec une anticipation anxieuse de l'avenir. Ils ont également ajouté que la patiente était par moment démonstrative et criait pour les soins, qu'elle présentait beaucoup de demandes irréalisables et une sociabilité, familiarité et énergie sexuelle inappropriée lors de l'hospitalisation, ainsi qu'une réduction du besoin de sommeil. D'un point de vue somatique, la fracture de la recourante a été considérée comme très invalidante, cette dernière ayant dû dans un premier temps se mobiliser en chaise roulante, puis en béquilles (avec physiothérapie). Allaient à l'encontre d'une mobilisation indépendante, de l'avis de ces médecins, une perte musculaire, une rigidité sur les neuroleptiques, une anhédonie, des douleurs dans les membres inférieurs et, au début de l'hospitalisation, un œdème (toutefois avec amélioration de celui-ci par la suite).

3.3.3 Dans le certificat médical du 14 janvier 2015, le psychiatre-psychothérapeute traitant a expliqué que ces deux hospitalisations en milieu psychiatrique avaient été rendues nécessaires, par l'aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la dernière décision du 2 mai 2011. Il a en outre attesté suivre cette patiente depuis le 25 janvier 2011 pour symptômes anxio-dépressifs et précisé que le service des soins à domicile et le service social étaient également impliqués afin de gérer les symptômes de la maladie.

3.3.4 Le spécialiste en psychiatrie-psychothérapie du SMR a pris position en date du 20 février 2015 sur ces données médicales fournies à l'appui de la nouvelle demande. En résumant le rapport d'hospitalisation du 12 mai 2014, il a relevé que ce dernier mentionnait les divers problèmes ayant occasionné le séjour hospitalier de la recourante et son environnement difficile, mais qu'il ne posait pas de nouveau diagnostic ni ne montrait une détérioration sensible de l'état de santé, faisant uniquement référence à des problèmes passagers déjà connus lors de l'expertise psychiatrique du 2 décembre 2010. Le spécialiste du SMR décrit l'assurée comme une forte personnalité d'un autre cercle culturel. S'agissant du trouble bipolaire, il a confirmé l'avis de l'expert psychiatre, se référant au fait que cette atteinte avait d'ores et déjà été abordée, mais qu'elle avait été niée par ce dernier en 2010, et a ainsi estimé que la lettre de sortie du 12 mai 2014 ne mentionnait pas de symptômes pouvant modifier la conclusion retenue à l'époque de l'expertise. Finalement, il a précisé qu'une logorrhée et des activités débordantes n'étaient pas suffisantes pour constater un trouble maniaque. Il a estimé en résumé que le rapport des services psychiatriques précité ne mettait pas en exergue de nouveaux éléments médicaux.

3.4

3.4.1 Par rapport à l'état de fait existant au 2 mai 2011, les rapports de sortie des deux dernières hospitalisations démontrent une forte accentuation des troubles. Certes, certains rapports médicaux antérieurs à cette décision (dossier [dos.] AI doc. 93/2, 123) mettaient en évidence des troubles semblables à ceux ressortant des pièces médicales précitées, à savoir un trouble affectif bipolaire et un trouble de la personnalité, mais ces affections ont été réfutées par l'expertise effectuée en novembre-décembre

2010 et par l'avis du SMR du 31 mars 2011. Il faut aussi constater que le prononcé du refus d'entrée en matière ici attaqué est passablement postérieur (environ quatre ans) à la décision niant tout droit à des prestations du 2 mai 2011. Le nouveau rapport du SMR du 2 février 2015, dressé pour trancher la question de l'entrée en matière, de par sa fonction, a été établi uniquement sur dossier. A l'encontre de ce que soutient l'intimé, il ne saurait convaincre, avec une vraisemblance prépondérante, degré de preuve usuel en droit des assurances sociales (ATF 138 V 218 c. 6), de l'absence de plausibilité d'une modification déterminante pour le droit aux prestations. En effet, l'on ne saurait exclure ni une modification des diagnostics, ni/ou une détérioration de leur intensité par rapport à ceux déjà établis antérieurement. D'une part, une accentuation des troubles de la personnalité auparavant niés par l'expertise psychiatrique pourrait être envisagée, par exemple du fait du diagnostic de kleptomanie (F63.2 CIM-10), puis de sa suspicion, constituant, si elle était avérée, une atteinte à la santé psychique de la recourante. D'autre part, le diagnostic établi par les médecins des services psychiatriques traitant la recourante de trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque (F31.0 CIM-10), pourrait finalement se vérifier, bien qu'il ait expressément été rejeté par l'expert psychiatre à fin 2010. A cet égard, l'argument de l'intimé selon lequel le psychiatre-psychothérapeute traitant de l'assurée n'a pas posé le diagnostic de ce trouble dans son certificat médical du 14 janvier 2015 ne saurait convaincre du défaut de plausibilité d'une modification pouvant influencer le droit aux prestations. En effet, l'on ne peut exclure une telle atteinte simplement parce que ce spécialiste ne l'a pas mentionnée dans cet écrit. Il n'a du reste posé aucun autre diagnostic dans ce dernier, se contentant de formuler que l'état de santé de la recourante s'était détérioré depuis le 2 mai 2015. Les atteintes précitées, en tant que troubles à la santé psychique pouvant avoir comme conséquence une diminution de la capacité de gain insurmontable par un effort de volonté de l'assurée, seraient susceptibles, si elles étaient avérées, d'entraîner une invalidité (voir ci-dessus c. 2.1; ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2014 IV n° 2 c. 3.1). De surcroît, les rapports des hospitalisations psychiatriques, quand bien même ils portent essentiellement sur la description d'éléments de nature psychique, n'en révèlent pas moins également des troubles physiques qui seraient en mesure, eux-aussi, d'influencer la capacité de

travail de la recourante. Il s'agit encore d'ajouter que malgré la description par ces mêmes médecins d'éléments formant un contexte social plus préoccupant qu'en 2010-2011, devant être considérés comme des facteurs étrangers à la notion d'invalidité (ATF 127 V 294 c. 5a; SVR 2012 IV n° 52 c. 3.2), et une première hospitalisation qui a pu être surtout influencée par la décision négative de l'AI, il n'est pas possible d'expliquer les comportements pour le moins marginaux de la recourante simplement en les faisant découler d'une forte personnalité d'une autre culture. Du reste, on ignore sur quel élément le spécialiste en psychiatrie du SMR s'est fondé pour étayer cette affirmation dans sa prise de position du 20 février 2015. En effet, si l'assurée a bien épousé un homme de nationalité française, né en France, dont le nom a une consonance étrangère, mais qu'il vit en Suisse depuis 1985, elle est née en Suisse et y a toujours vécu.

3.4.2 Il suit de ce qui précède que l'on ne peut suivre l'intimé lorsqu'il soutient que les moyens de preuve produits à l'appui de la nouvelle demande du 23 octobre 2014 ne rendaient pas au moins plausible une détérioration de l'état de santé de la recourante propre à influencer son droit aux prestations. Cela vaut même si l'éventualité demeure qu'un tel changement sera nié après examen matériel approfondi (voir ci-dessus c. 2.2). Partant, c'est à tort que l'intimé, en se fondant sur l'avis de son SMR du 20 février 2015, a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

4.

4.1 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 matériellement sur la dernière demande de prestations AI, datée du 23 octobre 2014 et déposée le 3 décembre 2014 à l'agence AVS communale, après avoir procédé à toutes les nouvelles investigations nécessaires.

4.2 Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis, vu l'issue de celle-ci, à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et art. 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

4.3 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant des prestations de l'AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). La recourante ayant été représentée en procédure par une mandataire professionnelle jusqu'à fin octobre 2015, elle a droit au remboursement de ses dépens (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Après examen de la note d'honoraires du 10 juillet 2015, qui ne prête pas à discussion quant à son montant, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, les dépens sont fixés à Fr. 2'100.70 (honoraires de Fr. 1'844.10, débours de Fr. 101.- et TVA de Fr. 155.60) et sont mis à la charge de l'Office AI Berne. Ce dernier versera ce montant à la recourante par l'intermédiaire de son curateur. L'ancienne avocate de la recourante a en effet habilité ce dernier, qui l'avait mandatée, à recevoir toute correspondance relative à la présente cause (lettre du 29 octobre 2015 au dos. TA).

4.4 Vu l'issue de la procédure, la requête d'assistance judiciaire s'avère sans objet et doit être rayée du rôle.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour qu'il procède au sens des considérants et rende une nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. L'Office AI Berne versera à la recourante, par son curateur, la somme de Fr. 2'100.70 (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.

4. La requête d'assistance judiciaire déposée pour la procédure de recours, devenue sans objet, doit être rayée du rôle du Tribunal administratif.

5. Le présent jugement est notifié (R):

- à la recourante, par son curateur,
- à l'intimé,
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

La juge:

La greffière:

Voie de recours

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