

200.2015.621.AI

APA/BEJ

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

Jugement du juge unique du 14 juillet 2016

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, juge
A. Aprile, greffière

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 29 mai 2015



En fait:

A.

A. _____, née en 1954, divorcée et mère de trois enfants (1987, 1991 et 1994), sans formation professionnelle achevée, a travaillé comme aide de bureau à un haut taux d'occupation jusqu'à fin 1988. Elle a ensuite effectué quelques heures de travail par semaine (nettoyage de bureaux) auprès de différents employeurs jusqu'en 2004, travail entrecoupé par des périodes entre 1998 et 2000 (année correspondant également au début d'un soutien de l'aide sociale) durant lesquelles elle a été mise au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage (AC). Sa participation, par l'entremise de l'aide sociale, à un programme d'occupation du 22 septembre 2008 au 23 mars 2009, a été entravée par 131 jours d'absence pour cause de maladie (dossier [dos.] AI documents [doc.] 2, 7 p. 2-4, 10 p. 3 et 19 p. 3).

Le 19 novembre 2009, l'assurée avait déposé auprès de l'Office AI Berne une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) datée du 10 novembre 2009. A l'appui de celle-ci, elle avait fait valoir une spondylodèse, un rhumatisme, de l'arthrose, un trou au cœur, de l'hypertension, du diabète, un abcès aux intestins et une diverticulose. Après avoir notamment recueilli diverses pièces médicales et en s'appuyant notamment sur le rapport du 29 mars 2011 établi par son Service des enquêtes (SE) relatif à l'enquête économique sur le ménage qui s'était déroulée le 16 décembre 2010, l'Office AI avait, par préavis du 5 avril 2011, informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande dans la mesure où le degré d'invalidité fixé à 2% ne lui donnait pas droit à une rente AI. Après avoir requis l'avis du SE sur les observations formulées par l'assurée le 28 avril 2011, qui lui avait été fourni dans une prise de position datée du 3 mai 2011, ce même office avait, par décision du 17 mai 2011, confirmé le préavis précité.

B.

Alléguant une arthrodèse avec douleurs chroniques, des difficultés de marche ou à rester dans la même position, une prothèse de hanche, de l'hypertension, une hypothyroïdie, du diabète, une plastie du ventre, une hernie et une diverticulose, l'assurée a déposé le 5 décembre 2014 une nouvelle demande de prestations AI datée du 21 novembre 2014.

Par lettre du 10 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. Le médecin traitant de l'assurée a fait parvenir à l'AI un certificat médical du 23 décembre 2014 concernant cette dernière. Le 8 janvier 2015, l'Office AI a consulté son Service médical régional (SMR) afin qu'il prenne position sur ce dernier. S'appuyant sur l'avis de son SMR du 9 février 2015, l'Office AI a averti l'intéressée, par préavis du 31 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 17 mai 2011. Le service social soutenant l'assurée n'a réagi à ce préavis que par une demande de consultation du dossier AI. Par décision du 29 mai 2015, l'Office AI a confirmé son refus d'entrer en matière sur la demande de prestations AI déposée par l'assurée.

C.

Par acte daté du 3 juillet 2015, l'assurée, dorénavant représentée par une avocate, a recouru contre cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Elle conclut à l'annulation de la décision attaquée, au constat de la vraisemblance d'une modification des circonstances propre à influencer le droit aux prestations AI et au renvoi de la cause à l'intimé afin qu'il entre en matière sur la demande du 21 novembre 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 limitée aux frais de procédure.

Le 29 juillet 2015, l'Office AI a conclu au rejet du recours et a confirmé pour le surplus sa décision du 29 mai 2015.

La mandataire de la recourante a fait parvenir sa note d'honoraires du 18 août 2015.

En droit:

1.

1.1 La décision de non-entrée en matière du 29 mai 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. A noter qu'il convient de comprendre la conclusion (reconnaître la plausibilité d'une modification des circonstances propre à influencer le droit à des prestations AI) comme faisant partie de la motivation. Une telle conclusion en constat serait en soi irrecevable, puisque l'intérêt qu'elle poursuit est sauvegardé par la conclusion formatrice tendant à l'annulation de la décision du 29 mai 2015 (art. 49 al. 2 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; ATF 130 V 388 c. 2.4). 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 (certificat médical à l'appui) et d'un changement de statut par rapport à la situation ayant mené à la décision du 17 mai 2011 (statut mixte comprenant 20% d'activité professionnelle et 80% d'activité ménagère).

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 une mandataire dûment légitimée, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA, art. 69 al. 1 let. a de la loi 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 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 5 décembre 2014 de la nouvelle demande de l'assurée, l'Office AI a réagi rapidement, en date du 10 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 17 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 faisant parvenir, par l'entremise de son généraliste traitant, un nouveau certificat médical. 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 17 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 29 mai 2015, date du prononcé ici contesté (voir ci-dessus c. 2.4).

3.2 Pour nier le droit à une rente dans sa décision du 17 mai 2011, l'Office AI s'est essentiellement fondé sur le rapport de son SE du 29 mars 2011, lui-même basé notamment, selon prise de position de ce même service du 10 mai 2011 relative aux observations du 28 avril 2011 de la recourante, sur le rapport du 20 septembre 2010 du généraliste traitant auquel étaient encore annexés la liste des diagnostics établie par ce dernier, état au 20 septembre 2010, ainsi que le rapport du 3 septembre 2010 du chirurgien orthopédique traitant, spécialiste de la colonne vertébrale.

3.2.1 S'agissant des douleurs dans le bas du dos, le généraliste retenait dans la liste précitée que celles-ci étaient le plus probablement d'origine lombo-spondylogène. En outre, il établissait les diagnostics suivants: une ostéochondrose et spondylarthrose, particulièrement L3/4, une légère arthrose de l'articulation sacro-iliaque des deux côtés. Il précisait que la tomodensitométrie du rachis lombaire effectuée le 5 novembre 2008 avait mis en évidence une spondylarthrose L3/4, spondylolyse L4 des deux côtés, un possible rétrécissement foraminaux L3 à droite avec antérogissement de L3/4 et pseudo-protrusion L3/4 à droite. En outre, il décrivait une infiltration de l'articulation des facettes L3/4 des deux côtés réalisée le 5 mars 2009. Il rapportait aussi que le 12 août 2009, il avait été procédé à une décompression foraminaux L3/4 des deux côtés, stabilisation L3/4 et spondylodèse. Il ajoutait aux diagnostics relatifs aux maux de dos une coxarthrose gauche opérée le 25 mai 2010, une hypertonie artérielle, une dyspepsie, un diabète mellitus (type 2), une adiposité (indice de masse corporelle [IMC] 43), un syndrome d'apnée du sommeil en traitement depuis avril 2008, une infection des voies urinaires, une diverticulose, une hémicolectomie à droite avec abcès d'actinomyose (opérée en 1997), une bronchite aiguë infectieuse, une dysurie et une hypothyroïdie. Outre

l'opération précitée effectuée en 1997 (résection partielle de l'intestin avec abcès), l'anamnèse personnelle de la recourante, figurant également dans cette même pièce médicale, renseignait sur le fait que celle-ci avait subi une appendicectomie en 1963, qu'une chute de cheval lui avait provoqué des contusions au niveau du dos en 1974, qu'en 1994 une césarienne avait été pratiquée et qu'une opération du ventre avait eu lieu en 2000 en raison d'une hernie ombilicale et des adhérences. Le chirurgien orthopédiste, dans son rapport du 3 septembre 2010, mentionnait qu'une année après la décompression et stabilisation effectuées, l'évolution était normale et que la situation au niveau dorsal était stable. Concernant le travail, il ajoutait que la situation restait difficile dans la mesure où la patiente se trouvait dans une procédure AI. De son avis, compte tenu du dos de la patiente, une activité légère était sûrement exigible à raison de 2/3. En outre, ce spécialiste déclarait que la situation rattachée à la hanche devait être appréciée séparément, de même que la problématique de médecine interne, raison pour laquelle il renvoyait à l'appréciation du généraliste traitant.

Dans son rapport du 20 septembre 2010 faisant suite à l'opération de la hanche gauche (pour cause d'arthrose) du 25 mai 2010, le généraliste traitant indiquait, quant à lui, que la patiente était en convalescence (mobilisation actuelle avec une canne) et attestait une incapacité de travail totale. Il précisait qu'un essai d'emploi à 50% dans une activité assise, sans port de charges (environ 4-5 heures par jour), serait possible après un mois, temps estimé nécessaire à la recourante pour une mobilisation totale. Il qualifiait le pronostic de bon.

3.2.2 Tenant compte de la limitation des activités lucratives à quelques heures hebdomadaires depuis l'année 1989, le SE s'est fondé sur un statut mixte comprenant 20% d'activité professionnelle et 80% d'activité ménagère dans son rapport du 29 mars 2011. C'est sur cette base que le service précité a ensuite procédé à l'évaluation de l'invalidité dont le taux est celui qui a été retenu par l'intimé dans sa décision du 17 mai 2011, à savoir 1,6% arrondis à 2% au total (absence d'incapacité de gain dans la part de 20% d'activité lucrative, eu égard à la capacité de travail à un taux

de 50% établie par le médecin généraliste, et empêchements de 2% dans les 80% consacrés au ménage).

3.3

3.3.1 Pour statuer sur la nouvelle demande AI reçue le 5 décembre 2014, l'Office AI Berne avait, sur sa demande, obtenu un certificat médical du 23 décembre 2014 du médecin généraliste traitant de l'assurée.

Dans le certificat précité, le généraliste traitant a indiqué une péjoration constante de l'état de santé de la recourante depuis la dernière demande AI. Il a ajouté, qu'en raison de maux de dos sciatalgiques chroniques, la recourante est fortement limitée dans sa vie quotidienne et ce, malgré la physiothérapie ambulatoire régulière, des infiltrations ainsi que le changement d'analgésiques. En outre, il a mentionné que la patiente ne peut plus effectuer de manière suffisante des travaux ménagers (cuisiner/laver, passer l'aspirateur), raison pour laquelle elle dépend de l'aide de tierces personnes. S'agissant des diagnostics, le contenu de la liste déjà jointe le 20 septembre 2010 a été en grande partie repris dans ce certificat médical. Le généraliste traitant y a cependant ajouté des troubles des voies urinaires, rectocèle II, alors que ne figurent plus dans cette pièce médicale l'infection de ces dernières, une dyspepsie, une diverticulose, l'hémicolectomie à droite avec abcès d'actinomyose (ayant mené à une opération pratiquée en 1997), la bronchite aiguë infectieuse et une dysurie.

3.3.2 Le 9 février 2015, le SMR, par l'entreprise d'un spécialiste en médecine générale et rhumatologie, a pris position sur le certificat médical du 23 décembre 2014 du généraliste traitant. Le médecin du SMR, après avoir repris le contenu des différentes pièces médicales au dossier a retenu les diagnostics suivants: symptomatique douloureuse lombo-spondylogène chronique, status après décompression foraminale et L3/4 des deux côtés et spondylodèse L3/4 (opération en août 2009), status après coxarthrose gauche (opération en mai 2010), un syndrome métabolique (IMC 43), un syndrome d'apnée du sommeil (en traitement depuis 2008) et une hypothyroïdie. Il a estimé que la nouvelle demande n'apporte aucun élément nouveau qui soit susceptible de rendre plausible une modification

de l'état de santé de la recourante par rapport aux données médicales à la base de la décision de refus de rente.

3.4 Se basant sur le certificat médical du 23 décembre 2014 émis par son généraliste traitant, la recourante allègue que son état de santé s'est détérioré de sorte que, de son avis, l'ampleur des restrictions fonctionnelles sur sa capacité de travail s'est accrue.

D'emblée, l'on peut relever que les diagnostics sur lesquels s'est fondé l'intimé pour nier le droit à une rente par décision du 17 mai 2011 et ceux à la base du refus d'entrée en matière ici contesté sont à peu de chose près les mêmes, comme le constate le SMR dans son rapport du 9 février 2015, ce que la recourante ne conteste du reste pas. Seuls ont été supprimés, dans le certificat médical du 23 décembre 2014 par rapport à la liste établie par le chirurgien orthopédique du 20 septembre 2010, une dyspepsie, une diverticulose, l'hémicolectomie à droite avec abcès d'actinomyose (ayant mené à une opération pratiquée en 1997), la bronchite aiguë infectieuse, une dysurie et l'infection des voies urinaires qui a été remplacée par des troubles à ces dernières. Toutefois, si l'on doit considérer pour le moins que les diagnostics ne se sont pas modifiés dans le sens d'une péjoration de l'état de santé, l'intensité des effets de ces derniers sur la capacité de travail a néanmoins pu changer. C'est d'ailleurs précisément ce que fait valoir l'assurée à l'appui de son recours.

S'exprimant dans son document médical du 23 décembre 2014 sur la détérioration constante de l'état de santé de la recourante, le généraliste traitant fixe comme point de départ de celle-ci la dernière demande AI, à savoir le 19 novembre 2009. Or, d'un point de vue légal, est déterminante pour la comparaison, avec l'état existant au moment de la nouvelle décision litigieuse, la situation ayant fondé la première décision de refus (voir ci-dessus c. 2.4). Dans cette perspective, les conséquences de la péjoration de l'état de santé de la recourante décrites par son généraliste (la patiente ne peut plus effectuer de manière suffisante des travaux ménagers, tels que cuisiner/laver, passer l'aspirateur) apparaissent (déjà) cohérentes avec la capacité de travail de 50%, par lui-même estimée dans son rapport du 20 septembre 2010, qui avait servi de base à la décision du 17 mai 2011. De plus, il s'agit de retenir également que ce même médecin ne chiffre pas

la capacité, respectivement l'incapacité de travail, au moment de la rédaction de son certificat du 23 décembre 2014 et qu'il se fonde, pour apprécier cette détérioration, comme déjà mentionné, sur un point initial de comparaison antérieur d'une année et demie au prononcé du 17 mai 2011. Au vu de ces éléments, l'on doit admettre que le généraliste traitant n'était pas suffisamment, par rapport à cette dernière date, une éventuelle modification déterminante des circonstances pouvant influencer les droits aux prestations AI. On ne saurait dès lors conclure, même au degré (atténué) de la preuve ici applicable (simple plausibilité de ladite modification suffit, voir ci-dessus c. 2.2 et 2.3), à une telle modification. Ce qui précède est par ailleurs corroboré par le fait que les empêchements décrits par le médecin généraliste dans ledit certificat étaient déjà mentionnés dans le rapport d'enquête économique sur le ménage du 29 mars 2011 à la base du refus de rente et donc antérieur à la décision ayant prononcé celui-ci (dos. AI doc. 19 p. 6-7). Peu importe à cet égard que ces derniers n'aient pas tous été pris en compte dans l'évaluation de l'invalidité en raison du devoir de diminution du dommage et de l'aide exigible des proches (par ex.: achat d'une machine à vapeur pour faciliter les nettoyages, enfants de la recourante s'occupant de leur propre chambre dans l'entretien du logement, pauses à ménager lors de la préparation des repas et de la pâtisserie, position assise à privilégier, port du linge par les enfants la plupart du temps). De surcroît, la recourante, dans ses observations du 28 avril 2011 également antérieures à la décision du 17 mai 2011, prétendait déjà que son état de santé s'était détérioré (continuation des dorsalgies malgré la prothèse de hanche, autre hanche et épaules douloureuses, insomnies, position assise difficile, diarrhées, hypertension). Elle décrivait que sa capacité de tenir le ménage s'était dégradée depuis l'enquête dans la mesure où elle ne pouvait se consacrer à ces tâches que vingt minutes d'affilée, après quoi elle devait se reposer ou les reporter au jour suivant (dos. AI doc. 21 p. 1). Malgré ces constats d'aggravation de la situation en cours de procédure, l'assurée n'a cependant pas attaqué le refus de rente du 17 mai 2011, qui est dès lors entré en force. Au vu de ce qui précède, c'est cet état de fait médical qui prévalait à la date de la décision du 17 mai 2011, qui sert de base à la comparaison et aucune problématique nouvelle ne laisse entrevoir

l'éventualité d'une péjoration depuis lors et le prononcé présentement contesté.

3.5 A l'appui de son recours, la recourante fait valoir également que le statut d'active à 100% devrait lui être attribué en raison de l'évolution de sa situation sur les plans familiaux, financiers mais aussi par intérêt personnel à retrouver une vie active. Forte de ce constat, elle allègue que les circonstances hypothétiques ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité à la base de la décision du 17 mai 2011 ont subi une modification déterminante.

Il s'agit néanmoins de souligner que, lorsque la recourante déclare que ses enfants sont dorénavant indépendants, elle perd de vue que rien n'indique que l'autonomie de ceux-ci n'était pas déjà suffisamment acquise en date du 17 mai 2011. En effet, il apparaît plutôt qu'âgés respectivement de 16, 19 et 23 ans à cette date, ces derniers ne représentaient pas (déjà plus) un obstacle à une activité lucrative à plein-temps. Du reste, la recourante n'a fait référence à la difficulté de travailler en raison du bas âge de ses enfants lors de l'enquête du 16 décembre 2010 que pour l'année 1999. Par ailleurs, elle avait accepté déjà à partir du 22 septembre 2008 (jusqu'au 23 mars 2009) d'intégrer le programme d'occupation temporaire à un taux de 50%, alors que l'aide sociale imposait déjà à l'époque une participation à plein temps. De surcroît, elle avait elle-même admis, lors de l'enquête économique sur le ménage du 16 décembre 2010, que ses enfants pouvaient désormais s'occuper seuls d'eux-mêmes (dos. AI doc. 19 p. 3). Quant aux besoins financiers de la recourante (et aux exigences de l'aide sociale déjà évoquées en lien avec le taux d'activité dans le programme d'occupation en 2008), ils n'ont manifestement pas changé depuis le 17 mai 2011, puisque celle-ci est soutenue par de telles prestations depuis le 13 juillet 2000. L'intérêt personnel à retrouver une vie active invoqué par la recourante ne lui est d'aucun secours non plus dans la présente procédure, dans la mesure où ce dernier était déjà manifestement présent le 17 mai 2011. Sur ce point également, l'on doit souligner que la décision du 17 mai 2011, basée sur un statut mixte (comprenant les taux de 20% d'activité professionnelle et de 80% d'activité ménagère) est entrée en force. Cette appréciation du SE, adoptée par l'intimé, ne correspondait pas

aux premières déclarations de l'assurée à l'enquêtrice, selon lesquelles elle souhaitait exercer une activité lucrative à un taux d'occupation de 80% (et non à 20%, tel que l'a retenu l'intimé pour fonder sa décision du 17 mai 2011). Pourtant, l'assurée, ainsi que déjà mentionné (voir ci-dessus c. 3.4), n'a pas recouru contre le refus de rente, ni pour contester l'évaluation de son état de santé à la date de la décision, ni dans le but de faire corriger le statut qui lui avait été attribué. Au vu de ce qui précède, par rapport au statut mixte sur lequel s'est basé l'intimé pour prononcer la décision précitée, il n'existe aucun élément nouveau permettant de distinguer une éventuelle quelconque modification déterminante pouvant influencer les droits de la recourante à des prestations AI à partir du 17 mai 2011 et le prononcé ici attaqué.

3.6 En résumé, il suit de ce qui précède que le certificat médical du 23 décembre 2014, rédigé par le généraliste traitant, invoqué à l'appui de la nouvelle demande, ne contient aucun indice concret quant à l'existence d'une aggravation significative de l'état de santé de la recourante survenue depuis la dernière décision matérielle du 17 mai 2011. Il apparaît également que les allégations de la recourante quant à son prétendu changement de statut ne sont étayées par aucune variation marquante de facteurs économiques et/ou familiaux par rapport à ceux déjà pris en compte pour refuser la rente le 17 mai 2011. Dans ces circonstances, l'Office AI Berne était en droit de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande du 5 décembre 2014 en se fondant sur l'avis du SMR, respectivement sur l'absence de tout autre élément tangible rendant plausible une modification déterminante.

3.7 On peut encore ajouter que si la recourante estime (actuellement) disposer de moyens de preuve suffisants à l'appui de modifications significatives qui seraient intervenues depuis le refus du 17 mai 2011, il lui est loisible de les faire valoir auprès de l'intimé par le biais d'une nouvelle demande de prestations.

De plus, dans la mesure où la recourante remettrait aussi en cause l'appréciation de sa capacité de gain et de ses empêchements dans l'activité ménagère, de même que de son statut, déjà tels qu'appréciés dans le refus du 17 mai 2011, comme déjà relevé, cette dernière décision

est entrée en force. En l'absence de modifications déterminantes de la situation, une telle décision ne pourrait être revue que par le biais d'une révision (sur la base de faits ou de moyens de preuve nouveaux qui ne pouvaient être produits auparavant) ou d'une reconsidération (décision entachée d'une erreur manifeste et dont la rectification revêtirait une importance notable), à laquelle l'administration ne pourrait pas être contrainte ni par le juge, ni par l'assurée (art. 53 al. 1 et 2 LPGA; ATF 133 V 50 c. 4; SVR 2014 IV n° 7 c. 3.3, 2008 IV n° 54 c. 3.2). Sous l'angle de la reconsidération, il faut encore préciser qu'un changement de jurisprudence ne permet pratiquement jamais de laisser apparaître l'ancienne jurisprudence comme manifestement erronée (ATF 140 V 77 c. 3.1, 125 V 383 c. 3, en relation avec l'arrêt du 2 février 2016 de la Cour européenne des droits de l'homme [n° 7186/09] relatif au calcul pondéré de l'invalidité dans des cas de statut mixte).

4.

4.1 Au vu de ce qui précède, le recours dirigé contre la décision du 29 mai 2015 doit être rejeté.

4.2 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Les frais de procédure doivent être fixés à Fr. 500.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

La recourante, qui succombe, doit supporter les frais de la procédure et ne peut prétendre au remboursement de ses dépens (art. 69 al. 1^{bis} LAI, 61 let. g LPGA a contrario, 104 al. 1 et 108 al. 1 et 3 LPJA).

4.3 Sur requête, l'autorité 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. 111 al. 1 LPJA).

En l'espèce, la recourante, par le biais de sa mandataire, a requis d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure. La condition financière est manifestement remplie, la recourante bénéficiant de l'assistance financière des services sociaux (voir certificat d'aide sociale joint à l'appui du recours; 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 citées). En l'espèce, la requête peut dès lors être admise et la recourante mise au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure, qui sont provisoirement supportés par le canton.

La recourante doit en outre être rendue attentive à son obligation de remboursement envers le canton aux conditions de l'art. 123 du code fédéral de procédure civile 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. L'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure est accordée à la recourante.
3. Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 500.-, sont mis à la charge de la recourante. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure. 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 de la recourante,
- 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).