

200.2017.755.AI
N° AVS
NIG/REN

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

Jugement du 30 novembre 2018

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et C. Tissot, juges
G. Niederer, greffier

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 28 juin 2017



En fait:

A.

A. _____, née en 1965, célibataire sans enfant et au bénéfice d'une formation initiale d'assistante d'exploitation, a travaillé en cette qualité dès 1982 (selon ses déclarations) auprès de la poste suisse. A compter du 13 septembre 2002, elle a fait l'objet d'une incapacité de travail (totale, puis essentiellement partielle) médicalement attestée, avant d'être licenciée en janvier 2006. Elle a ensuite bénéficié de prestations de l'assurance-chômage, puis de l'assistance de l'aide-sociale dès septembre 2012.

Le 17 septembre 2003, elle a déposé une demande de prestations (rééducation ou reclassement) de l'assurance-invalidité (AI) en invoquant une maladie, à savoir un dysfonctionnement du système hématologique de même que des glandes du système neuro-végétatif. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a notamment recueilli des renseignements de la part de l'employeur ainsi que des rapports médicaux auprès des médecins de l'assurée et d'une clinique psychiatrique d'un hôpital universitaire. Il a ensuite organisé une expertise pluridisciplinaire auprès d'un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI; en l'occurrence X. _____), dont les conclusions ont été retranscrites dans un rapport du 24 mai 2006. Sur cette base, l'Office AI Berne a rendu une décision datée du 22 juin 2006, confirmée sur opposition le 21 février 2007, niant le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Le 23 février 2007, l'assurée s'est toutefois vu accorder le droit à une mesure d'orientation professionnelle. Après avoir alloué à l'assurée des indemnités journalières durant le délai d'attente, l'Office AI Berne lui a accordé une mesure de reclassement, qui a abouti à l'obtention de diplômes de secrétaire assistante en milieu médical ainsi que d'employée de commerce. Par acte du 27 février 2012 confirmant une préorientation au contenu identique datée du 16 janvier 2012, l'Office AI Berne a mis fin à l'aide au placement.

B.

Le 13 novembre 2015, l'assurée, par le service social de sa commune de domicile, a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI, à savoir une rente. Dans ce document, elle a indiqué souffrir de plusieurs maladies (polyopathologies chroniques, maladie du sang, infections récidivantes, épilepsie, dépression et thérapies contraignantes). Après avoir été invitée à rendre vraisemblable un changement notable depuis la décision du 22 juin 2006, l'assurée a produit un écrit de son nouveau médecin traitant. L'Office AI Berne a sollicité un deuxième rapport de la part de ce spécialiste, puis a nié le droit de l'assurée à des mesures professionnelles le 19 août 2016. L'Office AI Berne a ensuite consulté le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui a produit un rapport le 25 octobre 2016. Il a aussi ordonné la réalisation d'une enquête économique sur le ménage, dont les conclusions lui ont été remises le 14 décembre 2016. A la suite d'une prise de position de l'assurée à propos de l'avis du SMR, ce dernier a délivré un nouveau rapport le 21 juin 2017. Par décision du 28 juin 2017, l'Office AI Berne a finalement nié le droit à une rente d'invalidité, malgré les objections de l'assurée contre une préorientation au contenu similaire datée du 16 décembre 2016.

C.

Par acte de son mandataire du 30 août 2017, l'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant en substance à son annulation, de même que, principalement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, ainsi que, subsidiairement, à l'octroi d'au moins un quart de rente d'invalidité à compter du mois de mai 2016, le tout sous suite de frais et dépens. Au sein du même acte, la recourante a également présenté une demande d'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure. Dans son mémoire de réponse du 29 septembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours.

En droit:

1.

1.1 La décision du 28 juin 2017 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de la recourante à une rente de l'AI. L'objet du litige porte sur l'annulation de la décision précitée et principalement sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, de même que, subsidiairement sur l'octroi d'un quart de rente d'invalidité au moins dès mai 2016, le tout sous suite de frais et dépens. Sont particulièrement critiqués par la recourante l'instruction de l'intimée et le mode de calcul du taux d'invalidité dans l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 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 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

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

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée

incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

2.2 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.3

2.3.1 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).

2.3.2 Si l'administration accepte d'entrer en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner la cause quant au fond (examen matériel) et vérifier si la modification du degré d'invalidité alléguée par l'assuré s'est réellement produite; elle procédera alors d'une manière analogue à celle qui est applicable à un cas de révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA (SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2). Si elle constate que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié depuis la décision précédente passée en force, elle rejette la nouvelle demande. Sinon, elle examine d'abord si la modification constatée suffit pour admettre, cette fois, une invalidité ouvrant droit à une rente et rend une décision en conséquence. En cas de recours, la même obligation d'examiner l'affaire quant au fond incombe aussi au juge (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1).

2.4 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) 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. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4).

2.5 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a). Les expertises recueillies en procédure administrative auprès de médecins spécialistes externes, réalisées sur la

base d'observations approfondies et d'investigations complètes, en pleine connaissance du dossier et qui aboutissent à des résultats convaincants, revêtent une pleine valeur probante, tant qu'il n'existe pas d'indices concrets contre leur fiabilité (ATF 125 V 351 c. 3b/bb; SVR 2016 IV n° 2 c. 4.1).

2.6 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Dans la décision contestée, l'intimé a retenu qu'une activité légère s'exerçant principalement en position assise peut être exigée de la recourante à 70% sans limitation de rendement et avec une répartition à parts égales entre le travail le matin et l'après-midi. N'est toutefois pas exigible le travail en hauteur, sur une échelle ou un échafaudage, de même que l'usage de machines et instruments sciants ou coupants. Ce faisant, l'intimé a arrêté le taux d'invalidité de la recourante à 29% (25.66% dans une activité d'employée de bureau et 3.08% dans les activités ménagères) et a renvoyé pour le détail à un rapport d'enquête du 14 décembre 2016. L'intimé a aussi précisé que la prise de position de son SMR du 21 juin 2017, excluant une modification du profil d'exigibilité, faisait partie intégrante de la décision. Dans sa réponse, il a encore nié tout changement des circonstances depuis 2006 et confirmé le bien-fondé du calcul effectué pour l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité.

3.2 La recourante critique l'instruction de l'intimé. Elle relève à ce titre que l'avis du SMR, selon lequel il n'existe aucune nouvelle atteinte justifiant une incapacité de travail significative, s'oppose à celui de son médecin traitant, de sorte que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise est

nécessaire. Elle précise que le médecin du SMR est spécialisé en médecine interne générale et en rhumatologie, alors que son médecin traitant bénéficie de spécialisations dans les branches médicales qui correspondent à ses affections (hématologie et oncologie). La recourante s'en prend également à la méthode de calcul de l'invalidité et explique que la prise en compte du fait qu'elle ne travaille qu'à temps-partiel ne doit entrer en considération qu'une seule fois, au moment de la pondération des taux d'invalidité en fonction du temps consacré à l'activité lucrative et aux travaux ménagers.

4.

A titre liminaire, il est constaté que l'intimé est entré en matière sur la demande de la recourante du 13 novembre 2015 après avoir reçu le rapport du médecin traitant du 19 août 2016. Cela étant et à mesure que cette question n'est pas litigieuse, le TA n'a pas à revoir cet aspect de la procédure et doit procéder à un examen matériel du cas d'espèce. Il convient donc d'examiner s'il existe une modification du degré d'invalidité depuis la décision sur opposition du 21 février 2007 (voir c. 2.3.1 et 2.3.2).

4.1 En l'occurrence, les éléments médicaux suivants ressortent principalement du dossier, jusqu'à la décision sur opposition précitée.

4.1.1 En raison de deux épisodes de perte de conscience avec chute, le premier au domicile de la recourante en août 2002 et le second sur son lieu de travail en septembre 2002, cette dernière a consulté le service neurologique d'un centre hospitalier et subi, quelques jours plus tard, une IRM puis un électroencéphalogramme. Sujette à une fatigue inhabituelle à la suite de ces deux événements et du fait, selon ses médecins, d'une thrombocytose chronique, d'une légère leucocytose et d'anémie d'origine peu claire notamment, la recourante a été hospitalisée du 11 au 18 novembre 2002. Les diagnostics de réaction chronique à des facteurs de stress avec participation du système neurovégétatif, de suspicion de syncopes vasovagales, de probables crises d'épilepsie généralisée et de thrombocytose chronique ont alors été posés (dossier [dos.] AI 32/2, 32/4).

4.1.2 Dans un rapport médical du 6 février 2004 d'un spécialiste en médecine interne générale traitant la recourante depuis le 22 octobre 2002 ont été posés les diagnostics (avec effets sur la capacité de travail) de troubles du sommeil, de dépression, d'hypertension, de crises d'état de faiblesse d'origine peu claire, de thrombocytose et de leucocytose d'étiologie peu claire (voir à cet égard aussi: dos. AI 7/3 s.) ainsi que d'une suspicion de crise d'absence épileptique. Le médecin a expliqué que la recourante se plaignait de problèmes de sommeil et d'états d'excitation, visiblement à la suite de mobbing sur son lieu de travail. Le médecin traitant a indiqué que la recourante était de manière générale limitée pour tous les travaux et que son activité ne pouvait plus être exercée qu'à raison de 2 à 3 heures par jour au plus. Il a ajouté que, sur le plan psychique, la situation de la recourante était extraordinairement précaire. L'état a été jugé stationnaire, le pronostic demeurant réservé. Une incapacité de travail a été attestée à 100% du 22 octobre 2002 au 23 novembre 2003, puis à 34% pour une durée indéterminée.

4.1.3 Le 1^{er} avril 2004, les médecins d'une clinique psychiatrique ont délivré un rapport médical dans lequel ils ont retenu les diagnostics de suspicions de troubles mixtes de la personnalité avec composantes hyperthymiques et quérulentes, de dystonie végétative avec une activité du système nerveux sympathique élevée et durable, d'un status après plusieurs syncopes vasovagales (ou d'une absence épileptique), de thrombocytose et de leucocytose chroniques, de même que de trouble de l'utilisation du fer. Les médecins ont confirmé que la recourante se sentait rapidement épuisée et diminuée dans ses performances (surtout professionnelles), à la suite d'une situation conflictuelle durable sur son lieu de travail (voir à ce propos: dos. AI 17/4 § 2). Selon eux, la recourante avait aussi le sentiment de ne plus tenir sur ses jambes, craignant de chuter, ce qui lui est plusieurs fois arrivé. En revanche, elle n'a pas ressenti d'atteinte psychique, demeurant de bonne humeur, heureuse et optimiste. Les médecins ont conseillé une évaluation détaillée de la situation de la recourante par le biais d'une expertise.

4.1.4 Désignés par l'intimé pour réaliser une expertise pluridisciplinaire, un médecin interniste, un neurologue ainsi qu'une psychiatre d'un COMAI

(soit X. _____) ont établi un rapport d'expertise le 24 mai 2006, après que la recourante a été examinée les 20 juin et 18 juillet 2005. Dans ce document, ils ont retenu le diagnostic (avec effets sur la capacité de travail) de troubles mixtes de la personnalité au sens du ch. F60.9 (recte: F61) de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé. Les experts ont également retenu comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail: une probable crise d'épilepsie généralisée (ch. G40.3 CIM-10; épilepsie et syndromes épileptiques généralisés idiopathiques), une thrombocytose et une leucocytose idiopathiques chroniques (ch. D75 et ch. D72.9 CIM-10; autres maladies du sang et des organes hématopoïétiques; anomalie des leucocytes, sans précision), une anémie par carence en fer chronique (ch. D50.9 CIM-10) et des céphalées de tension avec possible composante migraineuse (ch. G44.2 CIM-10; céphalée dite de tension). Sur le plan psychiatrique, les experts ont en particulier retenu que la recourante présente un développement incomplet de sa personnalité se manifestant par des troubles mixtes de la personnalité, qui se décompensent au travers des multiples facteurs de stress que la recourante cumule depuis une dizaine d'années. Il est encore précisé que les limitations psychiatriques de la capacité de travail paraissent résider notamment dans les difficultés relationnelles que connaît la recourante (essentiellement d'importants conflits professionnels). Sur le plan neurologique, les experts ont retenu qu'il est possible que les pertes de conscience ne soient pas en lien avec de l'épilepsie. Ils ont ajouté que l'origine de ces crises restait actuellement idiopathique. Concernant les plaintes de la recourante relatives à un état de fatigue accompagné de difficultés de concentration et de mémoire, les experts ont déclaré qu'il n'existait pas d'argument en faveur d'une origine neurologique. Partant, selon les experts, il n'y a pas de diminution du rendement d'un point de vue neurologique dans le métier d'employée au guichet de la poste. Les experts ont ajouté que les anomalies hématologiques étaient au second plan et que la présence d'une ferritine abaissée pouvait être responsable d'une fatigue et d'une diminution d'endurance physique et mentale. Dans leurs conclusions interdisciplinaires, les experts ont retenu une capacité de travail raisonnablement exigible de 70% dans l'activité d'employée de la poste ou dans toute autre activité administrative (les travaux lourds étant

exclus), à compter du 2 septembre 2002 et moyennant une intensification de la thérapie relative à la carence en fer, le pronostic demeurant réservé.

4.2 Suite à la demande de prestations de la recourante du 13 novembre 2015 et jusqu'au prononcé de la décision litigieuse, l'intimé a recueilli les documents principaux suivants.

4.2.1 Par écrit du 11 janvier 2016, un spécialiste en hématologie et en oncologie traitant la recourante a attesté que cette dernière avait besoin de perfusions d'immunoglobulines une fois toutes les trois semaines. Il a diagnostiqué une hypogammaglobulinémie, responsable selon lui des fréquentes infections respiratoires subies par la recourante, de son état de fatigue, d'asthénie, ainsi que d'aboulie. Ce médecin a en outre retenu les diagnostics d'épilepsie traitée, d'hypertension artérielle traitée, d'allergies et polyatopies, ainsi que d'état dépressif récidivant. Le 19 août 2016, ce spécialiste a encore rédigé un rapport médical, dans lequel il a posé les diagnostics (valables à compter de juillet 2013) d'hypogammaglobulinémie symptomatique (infections récidivantes) et de probable néoplasie myéloproliférative de type thrombocytémie essentielle. Le spécialiste a précisé que la recourante souffrait d'un état de fatigue chronique et prononcée avec des endormissements spontanés. Il a notamment parlé d'état de fatigue extrême, imposant fréquemment plusieurs heures de sommeil de suite durant la journée. Le médecin a ajouté que la recourante n'était plus en mesure d'assumer une activité professionnelle et a attesté une incapacité de travail de 100% depuis le 1^{er} juillet 2013. Le spécialiste a encore souligné que l'activité précédemment exercée n'était plus exigible et fait état d'une réduction du rendement (voir aussi dos. AI 119/1).

4.2.2 Dans son rapport du 25 octobre 2016, un spécialiste en médecine générale et en rhumatologie du SMR a retenu les diagnostics (avec répercussions sur la capacité de travail), de troubles mixtes de la personnalité, de même que (sans effet sur la capacité de travail), d'hypogammaglobulinémie, de possible thrombocytémie essentielle, d'épilepsie généralisée, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie traitée, de tabagisme, de côlon irritable, de céphalées de tension avec possible composante migraineuse, d'allergies/polyatopies, de multiples fractures durant l'enfance (sans précision), ainsi que de lésions cutanées

au niveau du 5^{ème} (recte: 4^{ème}; dos. AI 143/2 et 146/3) doigt à droite suite à un traumatisme par déchirure. Le médecin du SMR a exposé que depuis l'expertise pluridisciplinaire, il n'y a aucune différence significative permettant de retenir de nouvelles limitations fonctionnelles. En particulier, il a précisé que l'hypogammaglobulinémie constitue un descriptif de valeurs de laboratoire et non un problème associé à une limitation fonctionnelle objective pouvant fonder une atteinte à la santé. De plus, le spécialiste du SMR a indiqué que le diagnostic de thrombocytémie essentielle n'est pas convaincant, dans la mesure où il n'est pas étayé par des examens ou des manifestations cliniques, qu'il n'est pas accompagné d'un traitement, ni de limitations fonctionnelles. Le rapport souligne aussi que la fatigue avancée par le médecin traitant la recourante n'est pas non plus appuyée par des valeurs d'hémoglobine et de ferritine et rappelle que le déficit en fer est demeuré d'origine indéterminée. Le rapport note encore l'absence de manifestation clinique de la maladie épileptique et relève qu'une telle affection ne peut fonder une incapacité de travail significative de longue durée, tout comme l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, un côlon irritable, des céphalées de tension et des allergies/polyatopies. Partant, le médecin a conclu qu'une activité légère s'effectuant principalement en position assise est exigible à 70%, sans limitation de rendement, avec une répartition à parts égales entre le travail le matin et l'après-midi, la recourante ne devant pas travailler dans des endroits à forte concentration humaine, ni trop proche de la clientèle (à moins de 1,5 m), en hauteur, sur une échelle ou des échafaudages, ni utiliser des machines et des instruments sciants ou coupants. D'un point de vue psychiatrique, le médecin du SMR a encore précisé que le travail de nuit n'est pas exigible. Il a aussi précisé que le temps de travail doit être réglé et fixe, la communication sur le lieu de travail transparente et constructive, ajoutant que la recourante doit pouvoir s'isoler et bénéficier de pauses régulières.

4.2.3 Le même spécialiste du SMR a délivré un second rapport le 21 juin 2017, dans lequel il a confirmé ses précédents diagnostics. Par ailleurs et en réaction à une détermination de la recourante du 19 janvier 2017, il a confirmé que le diagnostic de probable néoplasie myéloproliférative, posé par le médecin traitant la recourante, ne peut être retenu. Ce spécialiste a en effet expliqué que ce diagnostic a déjà été écarté par le passé, à savoir

par une biopsie de moelle osseuse le 11 novembre 2003 et une culture de cellules souches le 1^{er} décembre 2003. Il a aussi relevé que le rapport d'expertise n'a pas documenté de syndrome myéloprolifératif, à l'instar de la clinique universitaire ayant traité la recourante. Le rapport a aussi souligné que la recourante n'a apporté aucun élément nouveau qui permettrait de documenter une dégradation de l'état de santé depuis l'expertise pluridisciplinaire et s'accompagnant de limitations fonctionnelles. L'auteur de ce document a ajouté qu'un déficit d'immunoglobuline pourrait justifier des incapacités de travail ponctuelles mais pas une incapacité de travail significative de longue durée, dans la mesure où aucune limitation fonctionnelle n'y est associée. Le spécialiste du SMR a dès lors confirmé le profil d'exigibilité retenu dans son rapport du 25 octobre 2016 et indiqué reprendre intégralement les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire en termes de capacité de travail et de limitations fonctionnelles (avec l'adjonction d'une distance entre la recourante et ses clients).

5.

5.1 Dans leur rapport du 24 mai 2006, les experts ont motivé, sur le plan neurologique tout d'abord, de façon claire et étayée que les épisodes de syncopes ne sont pas forcément dus à de l'épilepsie. Ils ont retenu qu'il n'existait pas d'élément permettant de considérer que l'état de fatigue chronique était d'origine neurologique. Cette conclusion se fondait sur l'absence de constatation de troubles de l'attention ou de la mémoire. L'expertise a ainsi exclu que la recourante présentait une diminution du rendement dans son activité professionnelle, d'un point de vue neurologique. Par ailleurs, l'expertise expliquait l'état de fatigue et de diminution de l'endurance physique et mentale de la recourante par une faible valeur de ferritine dans le sang, cette indication étant du reste appuyée par une référence à la doctrine médicale. Quant au volet psychiatrique de l'expertise, il aboutissait à un diagnostic de troubles mixtes de la personnalité sur la base d'un développement incomplet de la personnalité, justifié par des traits de caractère et tendances dûment cités, ainsi que le constat de difficultés relationnelles, en particulier dans le cadre professionnel. Il était également mis en relation avec un cumul de facteurs

de stress. En cela, ce diagnostic se fondait sur les critères énumérés par le ch. F60 CIM-10 (en lien avec le ch. F61 CIM-10; et étant rappelé que ce diagnostic était déjà suspecté en 2004, voir c. 4.1.3).

5.2 Il convient dès lors de déterminer si, comme l'allègue la recourante en se fondant sur les avis de son médecin traitant des 11 janvier et 19 août 2016, de nouvelles atteintes à la santé sont apparues en juillet 2013 (sous la forme d'hypogammaglobulinémie symptomatique ainsi que de probable néoplasie myéloproliférative de type thrombocytemie essentielle) et influencent la capacité de travail de la recourante, ou si comme le prétend le SMR, ces diagnostics ne sont pas avérés et ne se sont en tous les cas pas accompagnés par des limitations fonctionnelles significatives.

5.2.1 Les rapports du SMR (art. 49 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne soit examinée personnellement, sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et les références citées), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, pour autant qu'ils satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires (TF 9C_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2017 IV n° 13 c. 3, 2009 IV n° 53 c. 3.3.2). En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée doivent également être pris en considération. Si les conclusions des constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3a/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de

la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 c. 5.1, 135 V 465 c. 4.4 à 4.6).

5.2.2 En l'occurrence, les rapports du SMR des 25 octobre 2016 et 21 juin 2017 satisfont aux conditions jurisprudentielles relatives à la force probante des rapports médicaux. En particulier, les qualifications médicales du spécialiste du SMR (en médecine interne et en rhumatologie) ne prêtent pas flanc à la critique pour l'appréciation du cas d'espèce (ce qui n'est du reste pas contesté). A ce propos, contrairement à l'avis de la recourante (p. 10 ch. 4 du recours), même si son médecin traitant est spécialisé en hématologie (discipline qui paraît pertinente dans le cas présent, contrairement aux qualifications en oncologie de ce même médecin), ce dernier n'apporte néanmoins aucun élément apte à remettre en cause l'appréciation du spécialiste du SMR (sur la remise en question d'une expertise médicale par le médecin traitant, voir SVR 2017 IV n° 49 c. 5.5, 2008 IV n° 15 c. 2.2.1). Sur le fond, il est vrai que le déficit d'immunoglobulines n'est pas étayé par des valeurs de laboratoire. Toutefois, on ne saurait pour autant exclure à ce titre le diagnostic d'hypogammaglobulinémie retenu par le médecin traitant (dos. AI 119/1 et 133/2). Par ailleurs, le spécialiste du SMR n'a pas contesté que les infections récidivantes associées à ce diagnostic sont plausibles et il a reconnu que de nombreux antiépileptiques peuvent engendrer une telle affection (alors que la recourante est traitée par Lamictal, voir dos. AI 142/3 ch. 8 et 146/3). Néanmoins, c'est de façon probante que le rapport du SMR a souligné que ce diagnostic n'implique aucune limitation fonctionnelle, en particulier parce qu'il est traité par des injections d'immunoglobulines (dos. AI 146/4). On relèvera à cet égard que le médecin traitant a fait état d'infections récidivantes "avant la substitution en immunoglobuline" (dos. AI 133/2), ce qui tend à confirmer ce résultat. Enfin, le médecin du SMR a expliqué de façon compréhensible que les sinusites et bronchites associées à ce diagnostic ne conduisent pas à une incapacité de travail significative de longue durée et s'est prononcé de façon probante à propos des pneumonies invoquées par la recourante dans sa détermination du 19 janvier 2017 (voir dos. AI 146/2 in fine). Ensuite, quant au diagnostic de probable néoplasie myéloproliférative de type thrombocytémie essentielle, force est tout d'abord de constater qu'il n'est pas mentionné sur le premier

document du médecin traitant du 11 janvier 2016 (quand bien même celui-ci fait état de plusieurs "autres diagnostics") et que le rapport du 19 août 2016 ne fournit que peu de précisions à ce propos. De plus, outre le fait que, comme le relève à juste titre le spécialiste du SMR, le rapport du médecin traitant ne retient à cet égard qu'un diagnostic "probable" et que ce dernier n'est pas non plus appuyé par des résultats d'analyses, le rapport se limite à associer ce diagnostic à la manifestation d'un état de fatigue déjà constaté en 2002 (voir c. 4.1.1). Dans son rapport du 21 juin 2017, le SMR a par ailleurs rappelé de manière pertinente que ce diagnostic a déjà été écarté en 2003 à la suite d'une biopsie de la moelle osseuse et d'une culture de cellules souches (dos. AI 146/5 let. a). Par conséquent, il y a lieu de retenir en l'espèce que les rapports du SMR sont fiables et dignes de crédit. Il faut également admettre que l'avis du médecin traitant ne remet pas en doute les conclusions de ce service. On doit dès lors suivre le SMR lorsque, dans son rapport du 21 juin 2017, il ne constate aucune modification importante de l'état de santé et/ou de l'influence sur la capacité de travail depuis la décision sur opposition du 21 février 2007 ayant rejeté le droit à une rente. Ainsi, une nouvelle expertise n'est pas indiquée.

6.

6.1 Dans la décision du 22 juin 2006 et la décision sur opposition du 21 février 2007, l'intimé a déterminé le taux d'invalidité de la recourante en appliquant la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (ATF 141 V 15 c. 3.1, 125 V 146 c. 2c; voir également: ATF 133 V 504 c. 3.3; SVR 2017 IV n° 30 c. 4.1), retenant que la recourante exercerait une activité lucrative à 80% sans atteinte à la santé et se consacrerait à ses travaux habituels à raison de 20% (dos. AI 35/2). L'intimé n'a cependant reconnu aucun empêchement pour ces derniers. Dans la mesure où la décision contestée du 28 juin 2017, qui est fondée sur les conclusions d'un rapport d'enquête économique sur le ménage (apparemment contrairement aux actes précités, pour lesquels aucun rapport ne figure au dossier), retient quant à elle un taux d'empêchement de 15.4% pour les travaux habituels, il faut constater que la situation présente, sous cet angle, un changement depuis

la décision sur opposition de 2007. Partant, il sied d'examiner si cette modification est suffisante pour admettre un droit à une rente (voir c. 2.3.2).

6.2 Cela étant, on peut tout d'abord s'interroger si c'est à bon droit que l'intimé a considéré que la recourante doit se voir attribuer un statut mixte ou au contraire si le taux d'invalidité ne doit pas être déterminé par la méthode ordinaire de comparaison des revenus (voir ATF 142 V 290 c. 5, 131 V 51 c. 5.1.2 et 5.2). En effet, il ressort seulement du rapport d'enquête du 14 décembre 2016 que la recourante, célibataire sans enfant, travaille à 80% depuis de nombreuses années, qu'elle a choisi ce taux en raison de la flexibilité qu'il permet et parce qu'il lui suffit à subvenir à ses besoins financiers (dos. AI 139/3). Toutefois, dès lors qu'il n'est pas établi que le taux d'occupation réduit vise essentiellement à permettre à la recourante de se consacrer à des hobbies ou à d'autres activités d'accomplissement personnel (voir en ce sens: TF 9C_387/2017 du 30 octobre 2017 c. 6.3 et les références citées) et en tant que la recourante n'a par ailleurs pas contesté l'application de la méthode mixte, il ne se justifie pas de s'écarter de cette solution.

7.

Selon l'art. 28a al. 3 LAI, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPG. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; ensuite, le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (méthode dite "mixte" d'évaluation de l'invalidité; ATF 144 I 21 c. 2.1, 142 V 290 c. 4).

7.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPG).

7.1.1 Pour déterminer le revenu de personne valide, il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser sans atteinte à la santé, selon un degré de vraisemblance prépondérante, au moment du début potentiel du droit à la rente. Il y a lieu en règle générale de prendre pour base le dernier salaire gagné par la personne assurée, en l'adaptant le cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires réels (ATF 139 V 28 c. 3.3.2, 134 V 322 c. 4.1; SVR 2017 IV n° 52 c. 5.1).

7.1.2 Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne intéressée (ATF 143 V 295 c. 2.2). Lorsque, depuis la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'a plus exercé d'activité lucrative, ou du moins plus d'activité exigible adaptée à son état, l'évaluation du revenu d'invalidé peut se fonder, selon la jurisprudence, sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS; ATF 143 V 295 c. 2.2).

7.1.3 Dans le cas présent et à juste titre (ATF 139 V 28 c. 3.3.2, 134 V 322 c. 4.1; SVR 2017 IV n° 52 c. 5.1), le service des enquêtes de l'intimé a arrêté le revenu sans invalidité sur la base du questionnaire rempli par l'employeur le 7 octobre 2003, dont il ressort un revenu annuel en 2003 et à 80% de Fr. 59'198.05 sans atteinte à la santé (dos. AI 3/2). Ce montant a ensuite justement été indexé à l'année 2014 (selon la table T39, "Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels", 1976 - 2016, colonne "Femmes", indices [base 1939 = 100] 2003: 2'334 et 2014: 2'673). Bien qu'il ne s'agit pas de l'année correspondant au début du droit à la rente (voir art. 29 LAI et la jurisprudence qui précède), cette échéance peut malgré tout servir de référence dès lors que le revenu d'invalidé a dû être déterminé sur la base des tables de l'ESS et que les chiffres de l'année pertinente, soit 2015, n'étaient pas disponibles à la date de la décision litigieuse (voir c. 7.1.4), ce procédé permettant en outre d'opérer une comparaison sur la base d'une même année de référence. Partant, le revenu sans invalidité a correctement été arrêté à Fr. 67'796.20

7.1.4 Quant au revenu d'invalidé, il se fonde à bon droit (ATF 143 V 295 c. 2.2) sur les chiffres de l'ESS 2014. Le revenu d'invalidé a ainsi été arrêté à Fr. 65'784.- (ESS 2014, Tableau T17 "Salaire mensuel brut [valeur

centrale] selon les groupes de professions, l'âge et le sexe", Secteur privé et secteur public, Rubrique 44 "Autres employé[e]s de type administratif", Total, Femmes, Fr. 5'482.- [la table de 2016 a été publiée le 26 octobre 2018]). Du fait que le dernier emploi de la recourante est réputé exigible, qu'elle l'a occupé durant de nombreuses années et qu'un autre type d'emploi entre difficilement en ligne de compte au vu de sa formation, l'usage de cette table (en lieu et place de la table TA1, voir TF 8C_471/2017 du 16 avril 2018 c. 4.2 et SVR 2018 UV n° 32) n'est pas critiquable dans le cas d'espèce. La recourante ne la conteste par ailleurs pas. En tenant compte du taux d'incapacité de travail de 30% admis par les experts et par le SMR, il en résulte un revenu d'invalidé de Fr. 46'048.80.

7.1.5 Il s'ensuit que la comparaison du revenu de valide (Fr. 67'796.20) avec le revenu d'invalidé (Fr. 46'048.80) aboutit à un taux d'invalidité de 32.08% pour l'activité lucrative, tel que retenu par l'intimé.

7.2 S'agissant des travaux habituels, au 1^{er} janvier 2018 est entrée en vigueur la modification du 1^{er} décembre 2017 du RAI (art. 27 et art. 27^{bis} al. 2 à 4 RAI). Celle-ci prévoit l'introduction d'un nouveau mode de calcul de la méthode mixte, applicable dès 2018 et sans effet rétroactif (Lettre circulaire AI n° 372 de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS] du 9 janvier 2018). Il en découle que le taux d'invalidité doit être déterminé selon l'ancienne pratique, s'agissant du droit à la rente jusqu'au 31 décembre 2017 (ATF 140 V 41 c. 6.3.1, 132 V 215 c. 3.1.1; Lettre circulaire AI n° 355 de l'OFAS du 26 mai 2017, p. 1 § 4). C'est le lieu de préciser que la recourante n'est pas dans un cas similaire à celui jugé par la Cour européenne des droits de l'homme le 2 février 2016 dans la cause Di Trizio contre Suisse (Requête no 7186/09; voir aussi le ch. 7 du mémoire de réponse de l'intimé). Elle ne peut par conséquent rien tirer en tant que tel de cette jurisprudence pour la période antérieure au 1^{er} janvier 2018 (TF 8C_462/2017 du 30 janvier 2018 c. 5.2, 9C_553/2017 du 18 décembre 2017 c. 6.1 s., 9C_232/2017 du 3 octobre 2017 c. 4.3, 9C_525/2016 du 15 mars 2017 c. 4.2.2), soit notamment un droit à l'application du mode de calcul prévalant dans l'assurance-accident (voir ch. 5 du recours et p. 3 de la Lettre circulaire AI n° 372 de l'OFAS du 9 janvier 2018).

7.2.1 En l'espèce, le rapport d'enquête économique sur le ménage (qui n'est pas critiqué par la recourante et qui constitue une base appropriée et en règle générale suffisante pour procéder à l'évaluation de l'invalidité; SVR 2005 IV n° 21 c. 5.1.1), a conclu à une incapacité pour les tâches qui concernent l'alimentation (soit 40% de l'activité ménagère totale) de 2.4% et concernant l'entretien de l'appartement (soit 15% de l'activité ménagère totale) de 3%, ce qui conduit à un empêchement total pondéré de 5.4%. Une limitation supplémentaire de 10% (dos. AI 139/9; et non de 5%, comme mentionné visiblement par erreur dans le rapport) a été ajoutée pour tenir compte du fait que les empêchements constatés augmenteraient si la recourante exerçait effectivement une activité lucrative. Au sujet de ce dernier élément, on relèvera d'emblée qu'il est sans conséquence sur le sort de la cause, de sorte que la question des conditions pour la prise en compte des interactions entre les domaines de l'activité lucrative et du ménage (ATF 137 V 334 c. 4.3, 134 V 9 c. 7.3; TF 9C_827/2016 du 31 juillet 2017 c. 6.1) peut demeurer indécise. Partant, le taux d'empêchement a été arrêté à 15.4% pour l'activité ménagère. En appliquant la méthode de calcul valable jusqu'au 31 décembre 2017, l'intimé a ensuite correctement pondéré les taux d'incapacité dans l'activité lucrative (32.08%) et dans l'activité ménagère (15.4%) en fonction du taux d'activité de la recourante (80% dans la première activité et 20% dans la seconde), portant ces taux à 25.66%, respectivement à 3.08%. Il a ensuite additionné ces deux derniers taux, de sorte que le taux d'invalidité a finalement été fixé à 29% (28.74% arrondi; ATF 130 V 121 c. 3.2), taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Il convient de souligner que même en tenant compte, dans le calcul qui précède, d'un abattement de 10% sur le revenu statistique d'invalidé (ce qu'avait fait l'intimé dans sa décision sur opposition du 21 février 2007 mais qu'elle n'a pas répété dans la décision litigieuse du 28 juin 2017 et ce sans explication), le taux d'invalidité n'atteint toujours pas les 40% ouvrant le droit à un quart de rente (revenu d'invalidé avec abattement: Fr. 46'048.80 [voir c. 7.1.4] - 10% = Fr. 41'443.90; perte de gain dans l'activité lucrative après comparaison des revenus: Fr. 67'796.20 [voir c. 7.1.3] - Fr. 41'443.90 = Fr. 26'352.30 [soit une diminution de 38.9%]; calcul du taux d'invalidité pondéré: 38.9% pondéré à 80% = 31.12%; détermination du taux d'invalidité global: 31.12% + 3.08% = 34.2%). Par conséquent, pour la

période courant jusqu'au 31 décembre 2017, c'est à bon droit que l'intimé a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

7.2.2 Concernant la situation de la recourante à partir du 1^{er} janvier 2018, il faut se référer au ch. II al. 1 des dispositions transitoires de la modification du 1^{er} janvier 2017, qui prévoit que lorsque l'octroi d'une rente a été refusé avant l'entrée en vigueur de la modification du 1^{er} décembre 2017 parce que le taux d'invalidité était insuffisant, à un assuré qui exerce une activité lucrative à temps partiel et accomplit par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 LAI, une nouvelle demande est examinée s'il paraît vraisemblable que le calcul du taux d'invalidité conformément à l'art. 27^{bis} al. 2 à 4, aboutira à la reconnaissance d'un droit à la rente.

7.2.3 Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 LAI, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative et du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (art. 27^{bis} al. 2 RAI). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps et que la perte de gain exprimée en pourcentage est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (art. 27^{bis} al. 3 RAI). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3 let. b et une activité lucrative exercée à plein temps (art. 27^{bis} al. 4 RAI).

7.2.4 Dans le cas présent, selon ce nouveau mode de calcul, il conviendrait d'extrapoler à 100% le revenu de valide de Fr. 67'796.20 (à 80%; c. 7.1.3), ce qui conduit à un montant de Fr. 84'745.25. Par rapport au revenu d'invalide de Fr. 46'048.80 (c. 7.1.4), il en résulterait une perte de gain de Fr. 38'696.45, ce qui représenterait 45.66%. Une fois ce taux pondéré au taux d'occupation qu'aurait la recourante sans atteinte à la santé (80%), on aboutirait à un taux pondéré de 36.53%. En y additionnant

le taux pondéré de l'activité ménagère (3.08%), le taux d'invalidité pourrait atteindre au final 40% (39.64% arrondi; ATF 130 V 121 c. 3.2), ouvrant le droit à un quart de rente d'invalidité. S'agissant du revenu d'invalidé, il faut encore souligner que l'abattement de 10% retenu par l'intimé dans sa décision sur opposition du 21 février 2007 (voir c. 7.2.1) n'apparaît pas de prime abord injustifié (vu la formation initiale interne à l'entreprise et le nombre d'années de service de la recourante auprès de son employeur, de son taux d'occupation et de ses nombreuses périodes d'incapacité de travail avant son licenciement; voir: ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3). Or en tenant compte d'un tel abattement, le taux d'invalidité atteindrait même 44% (revenu d'invalidé de Fr. 46'048.80 - 10% = Fr. 41'444.90, soit une diminution de 51.09% par rapport au revenu de valide de Fr. 84'745.25; 51.09% pondérés à 80% = 40.9%; 40.9% + 3.08% = 44% [arrondi]). On mentionnera enfin que la question des interactions entre les domaines de l'activité lucrative et du ménage (voir c. 7.2.1) ne se poserait plus avec ce mode de calcul (Lettre circulaire AI n° 372 de l'OFAS du 9 janvier 2018, p. 12). Partant, vu ce qui précède, le recours du 30 août 2017 doit être renvoyé à l'intimé afin qu'il en connaisse comme nouvelle demande de rente dès le 1^{er} janvier 2018, au sens des dispositions transitoires précitées (voir aussi en ce sens: VGE IV/2017/513 du 16 mai 2018 c. 6.5, IV/2018/7 du 15 novembre 2017 c. 6.5).

8.

En conclusion, le recours doit être rejeté. Le renvoi de ce dernier à l'intimé en tant que nouvelle demande de rente au sens des considérants ne constitue en l'espèce pas un gain de cause partiel, étant rappelé que l'objet de la contestation devant le TA est temporellement limité au prononcé de la décision du 28 juin 2017 (VGE IV/2018/51 du 20 mars 2018 c. 6).

8.1 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. En l'espèce, les frais de procédure sont fixés à Fr. 800.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI). La recourante, qui succombe, doit supporter les frais de la

procédure et ne peut prétendre au remboursement de dépens (art. 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 108 al. 1 et 3 LPJA).

8.2 Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense notamment 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).

8.3 En l'espèce, la recourante a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure. La condition financière est manifestement remplie, dès lors que la recourante est soutenue par les services sociaux (pièce justificative de la recourante [PJ] 3; 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). La requête doit dès lors être admise et la recourante mise au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle. Les frais judiciaires sont par conséquent provisoirement supportés par le canton.

8.4 La recourante doit néanmoins être rendue attentive à son obligation de remboursement envers le canton si elle devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 112 al. 2 LPJA en lien avec l'art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272]).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Le recours est renvoyé à l'Office AI Berne pour qu'il en connaisse en tant que nouvelle demande de rente, au sens des considérants.
3. La requête d'assistance judiciaire, limitée aux frais de procédure, est admise.
4. Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante. 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.
5. Il n'est pas alloué de dépens.
6. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

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).