

200.2015.284.AI

ANP/BEJ

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

Jugement du 9 mars 2016

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et C. Tissot, juges
P. Annen-Etique, 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 17 février 2015

En fait:

A.

Au bénéfice d'un CFC d'employée de commerce, A._____, née en 1968, a essentiellement travaillé dans sa profession (taxatrice auprès d'une caisse de chômage, assistante commerciale, de production ou dans la vente), moyennant également des périodes intermittentes de chômage. De retour d'un séjour à l'étranger mis à profit par un apprentissage dans l'horticulture, l'assurée s'est réorientée professionnellement en entamant une formation d'éducatrice sociale en cours d'emploi (pour tout ce qui précède: dossier assurance-invalidité [dos. AI] 8/4; 9/7-10; 29/2). En raison d'une incapacité de travail prolongée attestée dès le 2 avril 2012 par son psychiatre traitant, elle a été licenciée au 31 août 2012 (terme reporté à fin novembre 2012) par l'institution sociale qui l'engageait dans le cadre de sa nouvelle formation. L'assurée est financièrement soutenue par les services sociaux.

Courant juillet 2012 (demande datée du 5 juillet 2012), l'intéressée a sollicité l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente auprès de l'AI, en faisant mention d'un burn-out ainsi que d'une dépression apparus en 1994.

B

A réception de cette demande, l'Office AI Berne a notamment clarifié la situation médicale en recueillant l'appréciation du psychiatre traitant et a demandé à pouvoir consulter le dossier de l'assureur de la perte de gain en cas de maladie (ci-après: l'assureur perte de gain). La demande de mesures professionnelles a été rejetée, en l'état, le 30 octobre 2012 par communication écrite du même office, lequel, par un préavis du 6 décembre 2013, a nié le droit à une rente en l'absence d'une d'atteinte invalidante à la santé. Suite aux objections de l'assurée appuyées par son psychiatre traitant, l'Office AI a complété son instruction médicale et remplacé sa préorientation du 6 décembre 2013 par un nouveau préavis,

en date du 25 juin 2014, refusant à nouveau le droit à une rente faute d'invalidité. En dépit des objections de l'assurée et d'autres éléments médicaux produits dans l'intervalle, ce prononcé provisoire a été confirmé dans une décision formelle rendue le 17 février 2015.

C.

Par acte du 20 mars 2015, l'assurée a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) en concluant à l'annulation de la décision de l'intimé du 17 février 2015, à l'octroi de mesures d'ordre professionnel sous forme d'un reclassement, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour investigations complémentaires, le tout moyennant octroi de l'assistance judiciaire et désignation de sa représentante comme mandataire d'office. Dans sa réponse du 22 avril 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours, sous suite des frais et dépens. Les parties ont confirmé leurs conclusions respectives lors d'un nouvel échange d'écritures en date des 30 avril et 1^{er} juin 2015, moyennant cependant renonciation de l'intimé à une prise de position formelle sous forme d'une duplique. Avec sa réplique, la mandataire de la recourante a produit sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision du 17 février 2015 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et rejette la demande de prestations AI de la recourante faute d'une atteinte invalidante à sa santé. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et, principalement, l'octroi d'un reclassement professionnel, respectivement, à titre subsidiaire, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

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 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 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 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 (art. 7 al. 1 LPGA).

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 (art. 28 al. 2 LAI).

2.2 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). On ne considère pas comme des

conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2014 IV n° 2 c. 3.1). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

2.3 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 132 V 93 c. 4, 125 V 256 c. 4). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (cf. art. 16 LPGA).

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 (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a). 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 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

2.4 L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA).

Le principe de l'instruction d'office signifie que l'instance rendant une décision doit instruire et établir l'état de fait déterminant d'office, de sa propre initiative et sans être liée par les arguments et réquisitions de preuve des parties. Sont juridiquement déterminants tous les faits dont l'existence a une incidence sur les éléments litigieux. Dans ce contexte, les autorités administratives doivent toujours entreprendre des mesures supplémentaires lorsque les allégués des parties ou d'autres pièces du dossier ne constituent pas des éléments suffisants permettant de statuer (ATF 117 V 282 c. 4a). Le principe de l'instruction d'office ne s'applique néanmoins pas de manière illimitée, mais a pour corollaire le devoir de collaborer des parties (ATF 125 V 193 c. 2e, 122 V 157 c. 1a; SVR 2009 IV n° 4 c. 4.2.2).

3.

3.1 A l'appui de sa décision contestée, l'Office AI a estimé que des facteurs défavorables provoqués par des éléments extérieurs au corps humain, en l'occurrence des problèmes liés à la situation socio-professionnelle et économique de l'assurée, s'avéraient prépondérants quant aux limitations observées chez cette dernière au plan psychique. Cela étant, le même office a écarté tout diagnostic psychiatrique susceptible de revêtir valeur de maladie au sens de l'AI et d'influencer durablement la capacité de travail, respectivement de gain de la recourante. Toujours d'après l'intimé, un trouble dépressif récurrent, épisode léger ou moyen (F33.01 selon la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation

mondiale de la santé [OMS]), ne présente en règle générale pas une acuité ou une durée suffisamment importante pour rendre inexigible tout effort de volonté en vue de surmonter les restrictions découlant de l'atteinte et de réintégrer le monde du travail. Réfutant cette appréciation, la recourante oppose qu'une véritable atteinte à l'intégrité psychique distincte des facteurs socioculturels a été mise en évidence par son médecin psychiatre et que ce substrat médical pertinent du point de vue de l'AI influence de manière autonome sa capacité de travail et de gain. Dans ce même contexte, elle souligne encore qu'il est du ressort des médecins de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est capable ou non de travailler, de sorte que les organes de l'AI ne seraient pas légitimés à contester un diagnostic médicalement établi et à substituer à celui-ci leurs propres explications ressortant au champ socioculturel ou psychosocial.

3.2 Au dossier, les sources médicales suivantes renseignent principalement sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante.

3.2.1 Dans le courant 2000 (du 15 au 23 juin), l'assurée a séjourné pour la première fois dans un établissement psychiatrique où un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, a été posé conformément à la cote F33.2 de la CIM-10. D'après le rapport d'hospitalisation du 6 juillet 2000, cet épisode dépressif a débuté en février 2000 et malgré un traitement médicamenteux ainsi que la diminution du taux d'occupation comme employée de commerce, la situation médicale ne s'est guère améliorée et a motivé la demande d'une prise en charge médicale stationnaire. Le premier épisode dépressif se serait manifesté six ans auparavant - à savoir courant 1994 - et aurait nécessité un suivi thérapeutique durant dix semaines auprès d'un psychiatre, moyennant depuis lors des périodes récurrentes de dépression soignées avec de la Fluctine (dos. AI 51/9-10). L'assurée date quant à elle également à 1994 la survenance de l'atteinte à sa santé psychique (voir sa demande AI du 5 juillet 2012 au dos. AI 1/5 ch. 6.3), alors que son médecin psychiatre atteste la présence d'un trouble dépressif récurrent dès l'adolescence déjà (dos. AI 29/1).

3.2.2 Dans ses premières prises de position des 3 mai et 15 juin 2012 à l'attention de l'assureur perte de gain, le psychiatre traitant a diagnostiqué un trouble dépressif récidivant, épisode actuel moyen (F33.10 de la CIM-10), et attesté une incapacité de travail à 100% dès le 2 avril 2012 susceptible, cas échéant, d'évoluer vers une reprise du travail à 50% à partir de mi-septembre 2012. Ce spécialiste réservait cependant à la même époque l'éventuelle nécessité pour sa patiente de retrouver un nouvel employeur et faisait mention des efforts de réadaptation déjà entrepris à cet effet (dos. AI 4/2; 14.2/5-6). Lors de son appréciation du 31 juillet 2012 à l'attention des organes de l'AI, le psychiatre traitant a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique, selon la cote F33.00 de la CIM-10. Il a précisé que depuis la prise en charge à sa consultation courant 2003, l'assurée avait présenté trois épisodes de décompensation dépressive avec des périodes consécutives d'incapacité de travail et qu'à chaque fois, les aptitudes professionnelles avaient pu être entièrement restaurées en quelques mois. Ainsi, à fin novembre 2003, un premier épisode dépressif moyen, induit probablement par des facteurs saisonniers et renforcé par une situation conflictuelle au lieu de travail, a généré une incapacité de travail à 100% de décembre 2003 à fin mai 2004. Après un changement d'emploi, l'état de santé s'est lentement amélioré, ce qui a permis à l'assurée de retrouver un nouvel emploi comme secrétaire, tout en réalisant néanmoins qu'elle avait été mal orientée professionnellement à l'adolescence et qu'un travail dans le domaine social lui conviendrait bien mieux. En automne 2006, une nouvelle dépression a contraint la recourante à abandonner son emploi et la situation s'est améliorée, respectivement stabilisée, après un séjour de plusieurs mois à l'étranger. L'assurée a présenté un troisième épisode dépressif au début 2012 en raison d'un burn-out lié à une situation de mobbing auprès de l'institution qui l'employait comme éducatrice sociale en cours de formation. Le psychiatre traitant a estimé que cette situation professionnelle réactivait d'anciens schémas cognitifs négatifs et menaçait de déboucher sur une chronicisation du trouble dépressif. Dans ces conditions, une incapacité de travail entière et définitive a été attestée dès début avril 2012 au poste de travail d'alors, sans préjudice de la possibilité pour l'assurée de poursuivre sa formation sociale et de trouver un autre emploi d'éducatrice associé à celle-ci (dos. AI 9/2-11). A l'appui de sa prise

de position du 28 septembre 2012 à l'attention de l'assureur perte de gain, le même spécialiste a repris ces exigibilités et attesté, après une amélioration médicale temporaire, un épisode dépressif à nouveau moyen (pour tout ce qui précède: dos. AI 39.5/4-5).

Lors de son appréciation intermédiaire du 1^{er} février 2013 à l'attention de l'AI, le psychiatre traitant a confirmé son évaluation notamment diagnostique du 31 juillet 2012 (épisode dépressif léger) et précisé que l'assurée avait été exclue de sa formation sociale, faute d'avoir retrouvé un emploi dans la branche après son licenciement. En l'état, le même spécialiste émettait un pronostic favorable et reconnaissait la possibilité de maintenir à terme une capacité de travail entière sous traitement médicamenteux et psychothérapeutique ce, à la condition toutefois expresse que sa patiente puisse travailler dans le domaine social et poursuivre sa formation d'éducatrice sociale (dos. AI 23/1-5). Dans le cadre de ses objections formulées le 20 décembre 2013 à l'encontre de la préorientation du 6 décembre 2013, le psychiatre traitant a posé le diagnostic, qui datait selon lui de cinq semaines, d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11 de la CIM-10). Un emploi à 20% comme jardinière au début de l'été 2013 se serait soldé par un échec en raison de douleurs aux genoux alors expliquées, par le généraliste traitant, par une problématique musculaire dans le cadre d'une somatisation liée à la dépression. La maladie dépressive récurrente rendrait l'assurée vulnérable au stress social et professionnel, mais le psychiatre traitant indique avoir lui-même pu constater que sa patiente recouvre plus facilement la santé lorsque la thérapie est associée à des mesures socioprofessionnelles, le seul traitement psychiatrique s'avérant de fait insuffisant pour une stabilisation clinique. En l'état, faute de perspectives sur le plan professionnel, l'assurée ne serait pas parvenue à sortir de son état dépressif et présenterait toujours une humeur dépressive à un degré nettement élevé. D'après la même source médicale, à défaut de parvenir à protéger l'assurée contre ces facteurs socioprofessionnels exogènes, le pronostic s'avère défavorable et la situation médicale menace de se chroniciser (dos. AI 29/1-3). Le 26 août 2014, le psychiatre précité a adressé un ultime rapport à l'AI, dans lequel il a fait état d'un trouble dépressif récurrent,

épisode actuel moyen (F33.00 de la CIM-10), ainsi que d'une aggravation de la maladie depuis juillet 2012. Il explique cette situation par une réactivité accrue au stress émotionnel induite par une forme de dépression causée par des facteurs neurobiologiques, génétiques, biographiques, cognitifs et saisonniers (dos. AI 51/3-11).

3.2.3 Par le biais d'une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le SMR a diagnostiqué en date du 19 août 2013 un trouble dépressif récidivant depuis 2003 avec un épisode actuellement léger sans syndrome somatique (F33.00 de la CIM-10), respectivement a fait état d'un épisode dépressif de gravité moyenne (F33.10 de la CIM-10) du 1^{er} avril 2012 au 30 juillet 2012. Sur ces bases, cette même doctoresse a estimé qu'une incapacité de travail temporaire entière était donnée depuis le 1^{er} avril 2012 et qu'à partir du 31 juillet 2012, la recourante n'était restreinte qu'à hauteur de 20 à 30% au maximum dans sa capacité de travail (moyennant un pensum à 100% et une perte de rendement de 20 à 30% ou un pensum de 70 à 80% et un rendement entier). Le profil d'exigibilité précité se référait à une activité définissant clairement le cahier des charges et les horaires de travail, excluant le travail de nuit et en équipe, offrant d'effectuer des pauses régulières et écartant en début d'engagement toute pression liée aux performances, moyennant une augmentation progressive de celles-ci en cours d'emploi (dos. AI 27/2-3). Dans une prise de position ultérieure du 12 septembre 2014, la même spécialiste du SMR a confirmé le diagnostic retenu en dernier lieu par le psychiatre traitant et retenu un trouble dépressif récidivant, épisode actuel moyen (F33.1 de la CIM-10). Soulignant la bonne compliance thérapeutique de l'assurée et les rémissions répétées de la maladie en cours d'évolution clinique, la doctoresse précitée a estimé que l'assurée était en mesure de recouvrer une capacité de travail de 80 à 100% à moyen ou à long terme (dos. AI 53/2 et 54/1).

3.2.4 Le médecin conseil de l'assureur perte de gain, par ailleurs spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, a pour sa part retenu le diagnostic d'un trouble dépressif récidivant, épisode actuel de gravité moyenne, et celui d'un status après une triple décompensation avec arrêt de travail entre 2004 et sa propre évaluation

médicale le 29 juin 2012. Il a confirmé l'incapacité de travail à 100% attestée depuis le 2 avril 2012 et ce, probablement, jusqu'à septembre 2012 environ (dos. AI 39.5/6-7). Ce médecin et un confrère auprès du même assureur perte de gain se sont interrogés sur la nature de la maladie en cause, dès lors que l'assurée avait été en mesure de poursuivre sa formation d'éducatrice nonobstant l'incapacité de travail entière attestée dans l'emploi liée à cette formation. Tous deux ont de fait sollicité une évaluation interne (CM-Assessment) quant à la situation psychosociale, respectivement une collaboration étroite avec les organes de l'AI (voir leurs notices internes des 10 octobre 2012, 13 février et 13 mars 2013; dos. AI 39.5/1-3).

3.2.5 En date du 6 février 2014, l'actuel généraliste traitant, également spécialiste en médecine interne, a nié toute atteinte propre à fonder une invalidité au plan somatique et de fait invité l'Office AI, qui sollicitait son appréciation médicale, à s'adresser au médecin psychiatre suivant l'assurée en raison d'une grave dépression (dos. AI 40/7).

Un précédent généraliste traitant, à la demande de la recourante qu'il avait suivie par intermittence à sa consultation entre mai 1996 et mai 2006, a adressé le 30 août 2014 un rapport médical aux organes de l'AI. A son appui, il a fait état de problèmes physiques (urticaire, douleurs musculo-squelettiques de la ceinture scapulaire et de la nuque, toux) ainsi que d'une dépression récurrente entrecoupée d'épisodes hypomaniaques occasionnels. Dès lors qu'il hésitait entre une dépression borderline et une dépression majeure à composante endogène et qu'un diagnostic précis pouvait influencer l'efficacité du traitement, il avait adressé sa patiente au médecin psychiatre qui continuait de la suivre actuellement. Il indiquait encore que l'assurée lui avait toujours donné l'impression d'une personne de bonne volonté, intelligente et créative, qui méritait de trouver un travail stable adapté à ses restrictions (essentiellement, son instabilité d'humeur) et à ses ressources (présentes, mais pas constamment; dos. AI 51/2).

4.

Il y a lieu de déterminer si l'on est présence d'une atteinte à la santé psychique distincte des facteurs psychosociaux et socioprofessionnels.

4.1 Les facteurs précités étrangers à l'invalidité en tant que telle ne se distinguent souvent pas clairement de la souffrance médicalement objectivable. De telles circonstances extérieures ne figurent cependant pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la LAI. En conséquence, il n'existe aucun droit à une rente lorsque les troubles psychiques trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial et disparaissent si les facteurs extérieurs s'effacent eux-mêmes. Certes, en présence d'un trouble psychique de nature malade attesté par des spécialistes, le caractère invalidant de l'atteinte ne peut être nié déjà au motif que des facteurs sociaux défavorables influencent le tableau clinique. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est cependant essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie (ATF 127 V 294 c. 5a; SVR 2012 IV n° 52 c. 3.2). Ce n'est que si et dans la mesure où ils entretiennent une maladie psychique devenue autonome ou aggravent ses conséquences - survenant elles-mêmes indépendamment des éléments étrangers à l'invalidité - que les facteurs psychosociaux et socioculturels peuvent influencer indirectement l'invalidité (ATF 139 V 547 c. 3.2.2; SVR 2010 IV n° 19 c. 5.2). Par ce biais, l'on tient dès lors compte des possibles interactions entre les troubles qui se manifestent sur les plans physique et psychique et l'environnement social, même si cela doit être compris de manière nettement moins étendue que dans le modèle biopsychosocial constituant une conception souvent défendue par la médecine moderne (SVR 2008 IV n° 62 c. 4.2).

4.2 Au cas particulier, l'ensemble des médecins impliqués dans le suivi de l'assurée ont été unanimes à diagnostiquer chez cette dernière un trouble dépressif récidivant ou une dépression récurrente avec des épisodes dépressifs de gravité le plus souvent moyenne, parfois associés à un syndrome somatique (en l'absence toutefois de toute atteinte sur ce dernier plan médical propre à relever de l'AI). Ce diagnostic a été

expressément confirmé par une spécialiste en psychiatrie du SMR, laquelle a par ailleurs repris à son compte les divers stades d'évolution clinique attestés dès 2003 par le psychiatre traitant. Ainsi, après un épisode dépressif sévère (semble-t-il unique, à l'instar de l'hospitalisation qui s'en est suivie) sans symptôme psychotique dans le courant juin 2000, il est admis que la recourante a présenté un épisode dépressif de gravité moyenne de décembre 2003 à fin mai 2004, à l'automne 2006, puis à compter d'avril 2012. Ce dernier épisode dépressif a, il est vrai, fluctué vers des phases d'acuité légère dans le courant juillet 2012, puis en février 2013 ce, de manière temporaire toutefois étant donné les épisodes dépressifs de degré à nouveau moyen diagnostiqués dès fin septembre 2012, respectivement vers la mi-novembre 2013 (cinq semaines avant les conclusions émises le 20 décembre 2013 par le psychiatre traitant). En tous les cas, le même spécialiste a rétrospectivement évalué l'aggravation observée dans l'évolution clinique de sa patiente en datant le début de cette péjoration à juillet 2012 et, à l'appui de sa dernière appréciation y relative du 26 août 2014, a au surplus confirmé l'épisode dépressif moyen en cours (c. 3.2.2 supra).

L'ensemble des éléments médicaux précités ne permettent par conséquent pas de conclure à un épisode dépressif moyen (F32.1 de la CIM-10) non invalidant en tant que tel, non pas en raison d'une gravité ou d'une acuité insuffisante, mais du caractère passager de ce trouble dont la durée atteint en moyenne six mois, rarement davantage qu'une année. Bien plus, l'on est ici en présence d'une maladie dépressive qui se manifeste par des épisodes dépressifs d'une gravité la plupart du temps moyenne et d'une durée supérieure à une année, conformément à la cote F33.11 de la CIM-10. En ce sens, le diagnostic psychiatrique de trouble dépressif récidivant avec épisode dépressif régulièrement moyen implique chez l'assurée une atteinte importante à l'intégrité psychique non seulement en raison de la gravité et de l'acuité de l'atteinte, mais également du fait de sa durabilité, laquelle constitue aussi un critère déterminant s'agissant des dépressions persistantes. Cela étant, en accord avec les appréciations médicales au dossier, l'on ne saurait non plus dénier d'un point de vue juridique une portée invalidante à la symptomatique dépressive de gravité moyenne qui persiste chez l'assurée de manière pour l'essentiel constante

depuis avril 2012 (pour tout ce qui précède: VGE IV 2011/1108 du 22 mai 2012 c. 5.2 et la jurisprudence du Tribunal fédéral [TF] citée en la matière).

4.3 Certes, des facteurs exogènes influencent en l'occurrence également le tableau clinique, à mesure qu'une situation de stress vécue dans l'environnement social ou professionnel accroît chez l'assurée le risque d'une décompensation psychique. Il est également vrai que l'intéressée a présenté dans le passé des épisodes dépressifs avec un trouble de l'adaptation (F43.21 de la CIM-10, réaction dépressive prolongée; dos. AI 51/3) et qu'une partie de ses difficultés professionnelles semble trouver une explication dans une mauvaise orientation professionnelle à l'adolescence (c. 3.2.2 supra). Lorsqu'un trouble psychique est attesté par un spécialiste et que le diagnostic médical précise très clairement que cette atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie, le caractère invalidant de cette dernière ne saurait cependant être déjà nié au seul motif que des facteurs psychosociaux défavorables imprègnent l'anamnèse clinique (c. 4.1 supra in fine). Le fait, par ailleurs, que les personnes atteintes d'un trouble dépressif récurrent risquent de décompenser plus facilement en situation de stress social et que la durée de la maladie puisse se prolonger à défaut d'un réaménagement de la situation psychosociale ne signifie pas que la maladie dépressive soit elle-même déclenchée par des facteurs psychosociaux. Les mécanismes d'interaction entre ces divers paramètres du tableau clinique ont en effet été très soigneusement exposés par le psychiatre traitant, en ce sens que la maladie est générée chez l'assurée par des facteurs neurobiologiques, génétiques, biographiques, cognitifs et saisonniers et, de fait, se singularise clairement par rapport au contexte social, lequel peut tout au plus réactiver une vulnérabilité psychique accrue au stress, elle-même toutefois générée par la maladie et revêtant ainsi un caractère invalidant autonome (pour tout ce qui précède: c. 3.2.2 supra et dos. AI 51/3-7). Il s'ensuit que les problématiques psychiques ne se confondent pas au cas particulier avec les facteurs psychosociaux et qu'une cause médicale distincte explique les limitations encourues par l'assurée et l'incapacité de travail qui en découle.

4.4 Il suit de ce qui précède que c'est à tort que l'Office AI a nié chez la recourante l'existence d'une atteinte à la santé invalidante au sens de

l'art. 8 LPGA. Etant donné la durée dans laquelle il s'inscrit, le trouble dépressif avec épisodes dépressifs moyens récurrents diagnostiqué chez l'assurée revêt indéniablement un caractère maladif autonome par rapport aux facteurs psychosociaux également présents. Peu importe que ces mêmes facteurs influencent cas échéant indirectement l'invalidité, par le fait d'entretenir la maladie psychique devenue autonome ou d'en aggraver les conséquences, survenant elles-mêmes indépendamment des éléments étrangers à l'invalidité.

La décision contestée doit par conséquent être annulée et le dossier renvoyé à l'Office AI afin qu'il se prononce sur les autres conditions du droit à la rente, en particulier l'existence d'une incapacité de travail et de gain déterminante dans un emploi adapté aux handicaps, cas échéant après octroi à l'assurée de mesures de réadaptation professionnelle (aucune décision formelle n'ayant été rendue à ce stade par l'intimé). En l'état du dossier, le renvoi de la cause à l'Office AI pour instruction des points litigieux se justifie pleinement, dès lors qu'il touche à des questions qui n'ont pas du tout été éclaircies par l'assureur social qui, en s'éloignant de toutes les appréciations médicales (y compris celle de son SMR), a nié toute atteinte invalidante et refusé toute prestation. Il est d'ailleurs à juste titre requis par la recourante dans ses conclusions subsidiaires. Une instruction à ce niveau par le TA violerait le droit d'être entendue de l'assurée et la priverait d'une instance de décision (TF 9C_243/2010 du 28 juin 2011 c. 4.4.1.4); elle aurait pour conséquence en outre de restreindre les investigations à mener à la date de la décision ici contestée (ce qui serait inadéquat compte tenu du fait que des mesures de réadaptation ne peuvent être exclues).

5.

Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre le recours et d'annuler la décision du 17 février 2015, ainsi que de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il procède à une instruction complémentaire au sens des considérants, puis rende une nouvelle décision.

5.1 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 étant représentée en procédure par une mandataire professionnelle, elle a droit au remboursement de ses dépens (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 30 avril 2015, qui ne prête pas à discussion compte tenu de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, sont fixés à Fr. 3'926.25 (honoraires de Fr. 3'600.-, débours de Fr. 35.40 et TVA de Fr. 290.85).

5.2 Les frais de la procédure de recours fixés forfaitairement à Fr. 800.- sont mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 et 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

5.3 La demande d'assistance judiciaire et de désignation d'une mandataire d'office déposée par la recourante, devenue sans objet, est rayée du rôle du Tribunal.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et 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 la somme de Fr. 3'926.25 (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.

4. La demande d'assistance judiciaire et de désignation d'une mandataire d'office déposée pour la procédure de recours, devenue sans objet, est rayée du rôle du Tribunal administratif.

5. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la mandataire de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

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).