

200.2015.963.AI

ANP/BEJ

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

Jugement du 15 mai 2017

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
P. Annen-Etique, greffière



A. _____
représentée par **B.** _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 1^{er} octobre 2015

En fait:

A.

A. _____, née en 1963, divorcée, ne dispose d'aucune formation professionnelle certifiée et a essentiellement travaillé dès 1981 en tant qu'ouvrière, hormis une période d'une douzaine d'années durant laquelle elle a interrompu ou réduit son activité lucrative pour se consacrer à l'éducation de ses trois enfants (nés en 1987, 1990 et 1991). A compter de juillet 2004, elle a été régulièrement suivie au sein d'une structure psychiatrique auprès de laquelle elle a dû être hospitalisée à six reprises entre la date précitée et novembre 2009. Une première demande de mesures professionnelles de l'assurance-invalidité (AI) remplie le 21 décembre 2009, en raison d'une dépression, a été rejetée par décision du 17 mai 2010. L'assurée a été licenciée à fin octobre 2010, puis a à nouveau séjourné à trois reprises au sein de la structure médicale précitée entre septembre 2010 et janvier 2013. Un nouvel emploi commencé en août 2011 lui a été résilié pour fin avril 2013 (dossier [dos.] AI 26/3-4).

B.

Les 1^{er}/5 mars 2013, l'assurée a formé une demande de rente et de mesures professionnelles auprès de l'AI en invoquant une dépression récurrente depuis 2004. Saisi du dossier, l'Office AI Berne s'est enquis de l'appréciation des services psychiatriques traitants (actualisée à deux reprises) et, faute d'exigibilité, a nié en date du 8 mai 2013 le droit à des mesures professionnelles. Sur recommandation de son service médical régional (SMR), l'Office AI a ensuite ordonné une expertise psychiatrique établie le 9 décembre 2014. Après avoir renoncé à une instruction médicale complémentaire auprès de l'expert précité recommandée par le SMR, l'Office AI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande (selon préorientation du 18 juin 2015). Malgré les objections formulées par les services médicaux précités conjointement avec l'assurée, l'Office AI a rendu le 1^{er} octobre 2015 une décision confirmant son préavis.

C.

Par acte daté du 3 novembre 2015, l'assurée, désormais représentée, a recouru contre cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite des frais et dépens, elle conclut principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité entière et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé en vue d'une expertise psychiatrique et d'une nouvelle décision. Au plan formel, elle requiert l'octroi de l'assistance judiciaire et, après avoir complété sa demande le 12 novembre 2015, elle a adressé le 17 novembre 2015 au Tribunal une formule de requête d'assistance judiciaire remplie le 14 novembre 2015. A cette occasion, elle a encore précisé que sa requête ne tendait pas uniquement à la dispense des frais judiciaires, mais également à la désignation de son avocate en tant que mandataire d'office. Dans sa réponse du 11 décembre 2015, l'Office AI a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. La mandataire de la recourante a envoyé une note d'honoraires du 15 décembre 2015.

En droit:

1.

1.1 La décision du 1^{er} octobre 2015 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de la recourante à des prestations de l'AI. L'objet du litige, quant à lui, porte sur l'annulation de cette décision et l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'instance précédente 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 constituée, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]), art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI,

RS 831.20] et art. 15 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 TA 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).

2.2 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, ont droit à une rente les personnes assurées dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir leurs travaux habituels ne peut pas être établie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), et qui ont 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 sont invalides (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c).

Aux termes de 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 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). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 141 V 281 c. 2.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4). 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, 2016 IV n° 2 c. 4.2).

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 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 moyens de preuve 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 213 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Dès l'abord, l'on précisera que nonobstant la nouvelle annonce intervenue auprès de l'AI les 1^{er}/5 mars 2013, la pratique relative à l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), qui prévoit (en renvoyant à l'al. 2 de la même disposition) qu'une nouvelle demande ne peut être examinée que si celle-ci établit de façon plausible que l'invalidité de la personne assurée s'est modifiée de manière à influencer ses droits, ne trouve pas application au cas particulier. A l'appui de sa décision initiale du 17 mai 2010 entrée en force, l'intimé a en effet nié le droit à des prestations en raison du fait que la recourante avait été en mesure de reprendre son emploi usuel et qu'elle pouvait ainsi être considérée comme réadaptée de manière appropriée sous l'angle professionnel (le licenciement signifié par l'employeur pour fin octobre 2010 [et non mai 2010 comme mentionné au dos. AI 15; voir les indications probantes ressortant du compte individuel [CI] de l'assurée; dos. AI 26/3] ayant été motivé par des motifs économiques [dos. AI 15 précité]). Un examen matériel complet du droit aux prestations propre à fonder une base de comparaison suffisante par rapport à la situation qui prévalait à la date

de la décision ici contestée faisait par conséquent défaut (TF 8C_519/2007 du 10 septembre 2008 c. 4).

3.2 Dans sa décision contestée et sa réponse au recours, l'Office AI a reconnu une entière valeur probante à l'expertise établie le 9 décembre 2014 par le Dr C. _____, médecin neurologue et psychiatre par ailleurs spécialisé en médecine des assurances, et, sur cette base, a confirmé la présence d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel de degré moyen. En revanche, il a considéré qu'il lui incombait d'apprécier selon ses propres critères le point de savoir si la recourante subissait une perte de gain entière pour tout type d'emploi ainsi qu'attesté dans l'expertise précitée. Au cas particulier, l'Office AI a retenu que l'exercice d'activités de loisirs régulières par l'assurée contredisait une possible atteinte de sa capacité de travail et que la présence de problèmes psychosociaux permettait également d'exclure une atteinte invalidante à la santé du point de vue de l'AI.

La recourante se rallie pour sa part à l'entier des conclusions émises dans le cadre de l'expertise psychiatrique et fait grief à l'intimé de s'en être distancié pour définir ses exigences professionnelles résiduelles. Elle estime que l'appréciation rendue par l'Office AI ne fait pas le poids face aux estimations très précises de l'expert relatives à la capacité de travail ainsi qu'aux constatations de ses propres médecins et thérapeutes rendant compte de 9 hospitalisations entre 2004 et 2013 suite à une décompensation de son trouble dépressif et de multiples tentamens consécutifs. De plus et même si un tel avis complémentaire s'avère à ses yeux de toute façon superflu vu les constatations sans équivoque pour elle retenues dans l'expertise, elle souligne que l'intimé a pris sa décision sans réinterroger l'expert, alors même que son propre SMR le lui avait recommandé.

4.

Au plan médical, le dossier fait pour l'essentiel état des éléments suivants.

4.1 A l'instigation du SMR, l'assurée a été soumise à un examen personnel d'ordre psychiatrique effectué le 4 décembre 2014. Dans son rapport d'expertise y relatif du 9 décembre 2014, le spécialiste mandaté par l'AI a diagnostiqué, avec influence sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans symptômes psychotiques ni syndrome somatique (F33.10 selon la Classification internationale des maladies [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) et, sans répercussions au plan économique, une accentuation de traits de la personnalité avec des composantes émotionnellement immatures, impulsives, dépendantes et évitantes (CIM-10 Z73.0 [recte: Z73.1]). Les limitations encourues au plan psychique, mental et social remontent selon l'expert à 2004, mais se sont surtout manifestées dès 2012 au plus tard, sous forme d'une baisse de l'élan avec tendances au retrait, de fluctuations d'humeur, d'un manque de tolérance à la frustration et d'une impulsivité. Selon l'expert, il résulte de cette vulnérabilité une sollicitation à l'effort réduite et un risque accru d'une nouvelle décompensation très rapide en cas de surcharge ressentie en tant que telle et ce, malgré une motivation au travail sans faille. Hormis le fait d'accroître les symptômes anxio-dépressifs, il est encore souligné dans le rapport d'expertise que la reprise d'une activité lucrative (même à un taux réduit et dans un environnement idéalement calme) entraînera de nouvelles tendances suicidaires. Sur ces bases, une incapacité de travail de 20% au moins est attestée depuis 2004 et, dès 2012 au plus tard, l'expert retient que l'assurée n'est plus du tout en mesure d'intégrer durablement le marché de l'économie. Nonobstant une bonne compliance médicamenteuse et thérapeutique, le pronostic est qualifié par l'expert d'incertain et de défavorable à moyen ou long terme.

4.2 Les propres services psychiatriques traitants se sont pour leur part également prononcés sur la situation médicale en date du 22 avril 2013. Diagnostiquant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2) depuis juillet 2004, ils ont attesté une incapacité de travail entière du 30 mars au 15 avril 2012, puis de façon continue à 100% dès le 12 novembre 2012. Rappelant que l'assurée a séjourné à 9 reprises dans leurs services entre 2004 et 2013, ils mentionnent avoir eux-mêmes constaté chez elle une fragilité profonde de l'axe narcissique remontant à l'enfance et dont les assises sont rapidement

atteintes, ce qui se traduit par des passages à l'acte répétés avec des tentamens médicamenteux. Selon eux, la recourante a toujours voulu travailler lorsque son état psychique le lui permettait, mais elle se sent rapidement vulnérable en cas de difficultés affectives (séparation, décès d'un proche) où apparaît alors un tableau clinique de dépression grave. Ils relatent que les restrictions mentales encourues lors de ces épisodes dépressifs consistent dans des difficultés majeures de l'attention et de la concentration, une réduction presque totale des capacités d'adaptation, un apragmatisme ainsi que de la fatigabilité. D'après eux encore, les différents licenciements subis par l'assurée en raison de ses absences à son poste ont progressivement fragilisé celle-ci et renforcé l'idée chez elle de ne pas avoir de valeur vis-à-vis d'un futur employeur. Au final, ils excluent que la recourante soit en mesure de reprendre son activité professionnelle, respectivement d'améliorer sa capacité de travail. A la demande de l'intimé, ces services ont transmis les rapports médicaux relatifs aux hospitalisations évoquées ci-dessus. Dans un rapport médical intermédiaire du 5 septembre 2013, ils ont précisé que des facultés d'adaptation extrêmement réduites associées à un stress très important sur fond d'anxiété permanente avaient un impact très fort sur les aptitudes professionnelles de leur patiente. Selon eux, les difficultés psychiques, qui vont en se renforçant, proviennent d'un tableau clinique global influençant dans son ensemble l'état de santé, ce qui exclut de préserver une activité professionnelle partielle ou dans un domaine d'activité limité. Ces conclusions ont été confirmées le 6 février 2014.

4.3 Dans le cadre des objections formulées à l'encontre de la préorientation, les services psychiatriques traitants se sont adressés une première fois à l'intimé le 13 juillet 2015, contestant au vu des éléments médicaux et psychopathologiques la présence d'un état de santé péjoré par des facteurs de stress psychosociaux. Ils précisent que l'assurée a vécu durant l'enfance de multiples événements ayant entravé la constitution d'un narcissisme positif minimum ainsi qu'entraîné une première atteinte psychique non diagnostiquée ni traitée à l'époque, et que la répétition de ces traumatismes a également influencé le développement psycho-affectif de leur patiente. En conséquence, ils diagnostiquent une personnalité anxieuse (évitante; F60.6), un trouble des conduites avec

dépression (F92.0), des événements entraînant une perte de l'estime de soi pendant l'enfance (Z61.3), des difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne de son entourage immédiat (Z61.4), de même que des difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne étrangère à son entourage immédiat (Z61.5). En date du 5 août 2015 et désormais conjointement avec la recourante, les services médicaux précités ont à nouveau contesté la réorientation en insistant sur le fait que tant l'expert mandaté par l'AI qu'eux-mêmes ont fait état de diagnostics médicaux entravant de manière importante la capacité de gain et que l'on est ainsi loin chez l'assurée d'une simple humeur dépressive réactionnelle à des facteurs de stress psychosociaux. Selon eux, l'intimé n'explique de plus en rien les raisons pour lesquelles il estime que des facteurs étrangers à l'invalidité influenceraient de manière concrète la situation médicale, ni ne nomme explicitement ceux-ci. Ils relèvent encore que l'assurée n'est toujours pas en mesure d'assumer un emploi dans l'économie libre malgré la résorption des facteurs de stress psychosociaux et que ces paramètres, vu également l'intensité, la gravité et la fréquence des troubles psychiques, ne peuvent jouer un rôle déterminant dans l'état actuel de la patiente.

5.

A juste titre, l'expertise psychiatrique du 4 décembre 2014, effectuée sur mandat des organes de l'AI, n'est pas remise en question par les parties. Celle-ci, élaborée sur la base d'un entretien personnel avec l'assurée, comporte en effet une anamnèse détaillée au plan socioprofessionnel et rapporte au surplus les données subjectives de l'intéressée quant à ses plaintes, ses habitudes quotidiennes, ainsi que sa prise en charge médicamenteuse et spécialisée. Les avis des autres médecins consultés ont été très largement retranscrits dans l'expertise, démontrant une étude fouillée et consciencieuse du dossier. Le spécialiste consulté a également soigneusement consigné les constatations objectives découlant de ses propres observations au plan psychopathologique, ainsi que des tests psychométriques (Hamilton-Depression-Scale et Montgomery-Asperg Depression Rating Scale [MADRS]) et de laboratoire effectués sur la

personne de l'assurée. Le contexte médical est clairement décrit et la validité matérielle des diagnostics retenus à l'issue de ces investigations ne prête à bon droit pas non plus à discussion. L'expertise psychiatrique mandatée par l'AI répond dès lors aux exigences posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (c. 2.4 et 2.5 supra).

6.

6.1 Est en revanche litigieux le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimé s'est écarté des estimations de l'expert psychiatre aux fins d'évaluer selon ses propres critères la capacité résiduelle de travail de l'assurée. L'invalidité est une notion de nature juridique qui ne coïncide pas nécessairement avec la notion médicale de la maladie ou de l'invalidité. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne peuvent ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales (ATF 140 V 193 c. 3.1 et 3.2 avec références).

6.2 La lecture du rapport détaillé établi par l'expert en psychiatrie révèle que ce dernier, tant sur la base de sa propre impression pendant la durée de l'expertise que des données biographiques et anamnestiques au dossier attestant de décompensations psychiques récidivantes dès le début de l'année 2004 et de traitements en milieu médical stationnaire, a confirmé le trouble dépressif récidivant diagnostiqué par ses confrères. L'expert mentionne des symptômes présents depuis plus d'une dizaine d'années avec une intensité variable et impliquant un suivi psychiatrique régulier. Selon lui, il n'est pas possible d'expliquer l'origine de la maladie et l'on part en doctrine médicale du modèle dit de vulnérabilité (Vulnerabilitätsmodell) qui postule une prédisposition génétique de la personne concernée associée à certains facteurs déclencheurs (life events). En l'espèce, l'anamnèse familiale est décrite comme clairement positive (vu les antécédents psychiatriques chez la mère et la sœur de l'intéressée) et il est

précisé que cette dernière a elle-même connu un premier épisode dépressif avec tentative de suicide suite à sa séparation d'avec son mari, ce qui a entraîné une profonde remise en question et de nouvelles contraintes professionnelles (augmentation du taux d'occupation). L'expert rappelle qu'après la première admission de l'assurée en 2004 en milieu médical stationnaire, d'autres hospitalisations ont régulièrement suivi, souvent après des tentamens liés à des relations sentimentales désastreuses et à d'autres facteurs de surcharge personnelle. Dans ce contexte, il évoque la présence de traits de personnalité accentués contrariant une confrontation avec le réel et expliquant l'absence d'une remission nette et complète entre les différents épisodes dépressifs, mais exclut un véritable trouble de la personnalité au sens de la CIM-10. Nonobstant une légère amélioration ressentie depuis début 2014, un suivi et une relation thérapeutique solides, une médication adéquate et une bonne compliance, il constate que la recourante continue de présenter une symptomatique dépressive de degré au moins moyen et qu'elle peine depuis longtemps à maintenir un niveau constant de fonctionnement social, les plus petites contrariétés pouvant déboucher sur des dégradations très marquées de son état de santé, ce qui implique un environnement personnel et thérapeutique très soutenant.

6.3 Face à cette évaluation matériellement étayée et bien documentée, l'appréciation que lui substitue l'intimé et qui ne peut s'appuyer sur aucun élément médical concret, encore moins spécialisé, ne peut à l'évidence emporter conviction à un degré de vraisemblance prépondérante (degré de preuve valable en droit des assurances sociales; ATF 138 V 218 c. 6). En l'espèce, il n'est aucunement litigieux que l'assurée souffre d'une dépression récurrente, épisode actuel (en tout cas) moyen (F33.1). En présence comme en l'occurrence d'une problématique psychique du cercle des troubles dépressifs, le Tribunal fédéral (TF) a précisé qu'un caractère de maladie invalidante ne pouvait être conféré à une telle affection de caractère léger ou au maximum de sévérité moyenne que s'il est démontré qu'elle résiste au traitement, que le trouble en question soit récurrent ou épisodique (ATF 140 V 193 c. 3.3; TF 8C_489/2016 du 29 novembre 2016 c. 5.2 et références; voir aussi

SVR 2016 IV n° 51 [= TF 8C_131/2016 du 14 juillet 2016] c. 5.3.1 et 52 [= TF 8C_13/2016 du 14 avril 2016] c. 4.2).

Or, tel est bien le cas en l'espèce, puisque l'expert mandaté par l'intimé a spécifié de manière univoque que l'affection psychique n'était plus accessible à d'autres mesures thérapeutiques que celles déjà en cours et que vu l'actuelle chronicisation de cet état maladif, une nouvelle évaluation médicale ne s'avérait pas indiquée dans les cinq ans à venir. L'expert a confirmé à plusieurs reprises la parfaite adéquation des traitements mis en place et la bonne compliance de la recourante (vérifiée par une analyse de laboratoire, n'ayant par ailleurs révélé aucun indice d'abus d'alcool). Hormis la relative stabilité médicale qu'ont permis de restaurer les prises en charge en milieu stationnaire consécutives aux diverses décompensations psychiques, les traitements instaurés dans le cadre du suivi régulier de l'assurée (une fois par semaine à l'époque de l'expertise) n'ont jusqu'alors pas pu déboucher sur une rémission durable du trouble dépressif. Dans cette continuité, on ne saurait non plus affirmer que les conclusions de l'expert sont elles-mêmes influencées par des considérations étrangères à l'invalidité, par le fait qu'elles mentionnent la présence sous-jacente de traits accentués de la personnalité ressortant à la catégorie Z de la CIM-10 et dénués quant à eux de toute portée invalidante du point de vue de l'AI (TF 8C_131/2016 du 14 juillet 2016 c. 5.2; SVR 2012 IV n° 52 c. 3.1). Ces traits pathologiques, distincts au cas particulier d'un trouble de la personnalité à part entière propre à influencer de manière décisive le trouble dépressif récidivant, ne sont en effet évoqués dans l'expertise que pour expliciter les mécanismes qui favorisent chez l'assurée les épisodes répétitifs de décompensation psychique. Dans le cadre de leurs objections contre la préorientation, les psychiatres traitants ont au reste pour leur part même attesté la présence d'un véritable trouble spécifique de la personnalité (personnalité anxieuse évitante; F60.6; c. 4. 3 supra). Quoi qu'il en soit, la vulnérabilité psychique de l'assurée est ici indissociable de son état dépressif qui seul induit le risque accru de décompensation en cas de surcharge personnelle et motive ainsi, à lui seul déjà, les conclusions de l'expert relatives aux exigences professionnelles. Cela étant, il faut admettre que la limitation de la capacité de travail de l'assurée est la conséquence d'une atteinte à la santé relevant de l'AI et de surcroît

diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée. Cette conclusion apparaît d'autant renforcée qu'elle rejoint ici l'appréciation des psychiatres traitants, dont le suivi en milieu ambulatoire et stationnaire s'étend sur un laps de temps de plus d'une dizaine d'années et peut ainsi pour le moins témoigner d'un recul suffisant pour apprécier les limitations médicales encourues.

6.4 C'est à tort que l'Office AI, dans son prononcé, a cherché à confiner la problématique psychique ici en cause au seul champ socioculturel ou psychosocial de la personne assurée concernée. En présence d'un trouble psychique de nature malade attesté par des spécialistes, le caractère invalidant de l'atteinte ne peut en effet déjà être nié au motif que des facteurs sociaux défavorables influencent le tableau clinique. De tels éléments interviennent dans pratiquement tous les cas de troubles psychiques, en particulier dépressifs. Or, en l'occurrence, l'ensemble des thérapeutes impliqués dans le suivi de l'assurée ainsi que le propre expert mandaté par l'AI ont attesté la présence chez cette dernière d'un trouble psychique de caractère autonome et leur diagnostic médical précise sans ambiguïté que cette atteinte à la santé équivaut à une maladie psychique. L'expert a du reste expliqué le rôle déclenchant que pouvaient endosser certains événements, mais a aussi relevé que la recourante n'avait, depuis des années, pas connu de véritable rémission en raison de ses prédispositions, se manifestant notamment par certains traits de caractère accentués, et qu'elle était devenue sensible à la moindre contrariété. Il a aussi insisté sur le caractère chronique et fixé du trouble. Dans ces circonstances, peu importe dès lors que des facteurs psychosociaux et socioculturels imprègnent le cas échéant l'anamnèse (pour tout ce qui précède: ATF 127 V 294 c. 5a; SVR 2012 IV n° 52 c. 3.2).

Il apparaît aussi, bien qu'aucune problématique médicale assimilable à un trouble somatoforme douloureux (TSD) n'ait été identifiée, que l'Office AI s'est laissé influencer par la jurisprudence du TF relative à ce genre d'atteintes dans sa décision et sa réponse au recours. Cette jurisprudence, sur la base d'un catalogue d'indicateurs, procède à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée en fonction, d'une part, des facteurs de

contrainte restreignant celle-ci et, d'autre part, du potentiel de compensation disponible (ATF 141 V 281 c. 3.6). Ainsi, l'intimé, dans son argumentation, tient-il compte de ressources adaptatives qu'il a décelées dans la structure de vie quotidienne de la recourante, en qualifiant l'emploi du temps de cette dernière de «journée active et sociale», et évoque au surplus l'absence d'isolement social de l'intéressée, ses activités bénévoles semi-hebdomadaires, la garde régulière de sa petite-fille au moins une fois par semaine, ainsi que la promenade quotidienne de son chien (voir réponse du 11 décembre 2015, p. 3, ch. 9). Par rapport à l'évaluation du caractère invalidant d'un trouble dépressif, des indicateurs de ressources peuvent tout au plus servir d'indices dans l'examen de l'épuisement ou non des possibilités thérapeutiques, mais n'ont pas la même signification qu'en cas de TSD. Or, l'expert a aussi tenu compte de ces éléments en marquant la différence entre le marché ordinaire du travail et les occupations quotidiennes décrites. Il a vu en celles-ci la mise en place, grâce au soutien thérapeutique, d'une structure quotidienne. Il en a recommandé la consolidation en développant les activités bénévoles ou au sein d'autres groupes ou institutions, vu les tendances au retrait observées chez la recourante. Les occupations quotidiennes mises en exergue par l'intimé dès lors demeurent en soi sans incidence sous l'angle de l'exigibilité de ce qu'on peut attendre de la recourante pour surmonter les diminutions de sa capacité de gain. Elles ne changent rien aux conclusions de l'expert soulignant l'absence de rémission significative en dépit de l'exploitation optimale de toutes les possibilités thérapeutiques déjà en place.

6.5 Le SMR, après que l'intimé lui eut soumis la question de savoir s'il estimait justifiée l'estimation d'une incapacité totale de gain posée par l'expert, ne s'est pas prononcé à ce sujet. Il a suggéré à l'AI de requérir une évaluation médicale complémentaire auprès du spécialiste qui avait été mandaté et qui avait examiné la recourante. L'Office AI a renoncé à s'adresser encore une fois à l'expert. Dans son rapport, ce dernier n'a laissé planer aucun doute sur les raisons qui l'ont mené à conclure à un caractère totalement invalidant du trouble dépressif de gravité au moins moyenne diagnostiqué. Il a exposé de façon convaincante le constat de la résistance aux traitements. On voit mal comment l'expert aurait pu revenir sur son évaluation en précisant ses arguments. C'est donc à raison que

l'intimé ne l'a pas sollicité une nouvelle fois. Une instruction médicale complémentaire ne s'avère pas nécessaire.

6.6 En conséquence, il convient de se fonder sur l'avis probant de l'expert psychiatre mandaté par l'intimé et de retenir chez la recourante une incapacité de travail et de gain entière, pour des motifs psychiques, dans n'importe quel type d'activité lucrative depuis l'année 2012 (c. 4.1 supra). L'assurée a par ailleurs déposé sa demande de prestations AI courant mars 2013, de sorte qu'un droit à une rente pourrait prendre naissance six mois plus tard, soit à partir du 1^{er} septembre 2013. A cette dernière date, le délai de l'art. 29 al. 1 LAI et celui d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b LAI étaient échus. Il y a par conséquent lieu d'accorder à la recourante le droit à une rente entière à compter du 1^{er} septembre 2013.

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, le recours est admis, dans la mesure où l'assurée peut prétendre une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} septembre 2013. L'intimé procédera au calcul du montant des rentes dues à la recourante.

7.2 L'assurée obtenant gain de cause dans la présente procédure et étant représentée par une mandataire professionnelle, elle a droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 15 décembre 2015 qui ne prête pas à discussion, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA en cas de représentation par un organisme de conseils juridiques reconnu d'utilité publique (tarif horaire de Fr. 130.-; voir notamment la circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales en cas de telle représentation, visible sur le site www.justice.be.ch/ta -> Téléchargements & publications), sont fixés à un montant de Fr. 1'139.70 (honoraires: Fr. 1'001.-; débours: Fr. 54.30; TVA: Fr. 84.40).

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

7.4 Vu l'issue de la procédure, la demande d'assistance judiciaire est devenue sans objet et doit donc être radiée du rôle.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée annulée. Une rente entière d'invalidité est allouée à la recourante à partir du 1^{er} septembre 2013. Le dossier est retourné à l'Office AI Berne afin qu'il procède au calcul et au versement de la rente accordée à la recourante.
2. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 1'139.70 à titre de dépens.
3. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
4. La demande d'assistance judiciaire déposée par la recourante est rayée du rôle du Tribunal.

5. Le présent jugement est notifié (R):

- à la mandataire de la recourante,
- à l'intimé,
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

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).