

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1402/2018

ATAS/301/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 avril 2019

9^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CHÂTELAINE, représentée par
APAS-association pour la permanence de défense des patients et
des assurés

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Maria COSTAL et Anny SANDMEIER,
Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1987, a obtenu un certificat fédéral de capacité de designer en octobre 2006, puis un bachelors en beaux-arts (option arts visuels, pôle peinture/dessin) en juillet 2012, avant d'effectuer un semestre (2012-2013) à la Haute école pédagogique de Lausanne en master d'enseignement des arts visuels. Elle a dû arrêter ses études en février 2013 pour des raisons de santé, alors qu'elle envisageait de devenir professeure de dessin pédagogique.
2. Le 7 février 2014, elle a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente ou de mesures professionnelles. Elle souffrait d'un trouble de l'humeur et d'un trouble de la régulation émotionnelle depuis environ 2005.
3. Dans un rapport du 7 avril 2014, la doctoresse B_____, interne au service des spécialités psychiatriques – troubles de l'humeur – des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a diagnostiqué avec incidence sur la capacité de travail, un trouble affectif bipolaire « épisode actuel dépression légère sans syndrome somatique (F31.30) » présent depuis 2009, ainsi qu'un trouble « du déficit attentionnel et hyperactivité » de l'adulte (F90.0) mis en évidence en 2011. Sans incidence sur la capacité de travail, elle a diagnostiqué un trouble de la personnalité émotionnellement labile (F60.31) présent depuis 2009, ainsi qu'un trouble mental et comportemental dû à la consommation d'opioïdes (F11.22) existant depuis 2011 (en régime de remplacement et sevrage actuel). L'assurée était connue pour un trouble affectif bipolaire de type 2 (F31), un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) et pour des antécédents de troubles alimentaires. Elle avait été évaluée le 7 mai 2009 au programme bipolaire, puis participé au programme CARE (cohérence, attention, relations et engagement) du 23 juin au 23 septembre 2009, à la suite de quoi elle avait été suivie aux abus de substances avec mise en place d'un traitement de substitution. En juin 2013, elle s'était présentée à nouveau au programme des troubles de l'humeur en décrivant une aggravation de ceux-ci depuis quelques mois, une tendance dépressive, ainsi qu'une aggravation des difficultés d'organisation et de concentration. Elle avait dû arrêter ses études en raison d'une importante difficulté à s'organiser, une tendance à la panique et une forte instabilité. Le tableau clinique était dominé par des angoisses qui n'étaient pas dues à une symptomatologie dépressive, mais à une difficulté d'organiser le déroulement des tâches, entravée par ses tentatives d'entreprendre plusieurs tâches en même temps. Elle passait d'activité en activité, se dévalorisant devant le non aboutissement de ses activités, puis prise d'un sentiment de panique, devait tout abandonner. Elle n'avait jamais exercé de profession auparavant, mais ne pourrait pas continuer ses études de professeur de l'art, la gestion d'une classe représentant trop de stress pour l'assurée. L'incapacité de travail était de 100 % depuis 2013 et de 50 % depuis le 2 janvier 2014. Les restrictions mentales et psychiques comportaient des difficultés d'organisation, de

concentration et d'attention, ainsi qu'une faible résistance au stress. Le rendement était réduit par ces difficultés. Une activité adaptée au handicap était possible depuis le 2 janvier 2014, qui consistait en un stage en graphisme que l'assurée parvenait à accomplir au prix d'une certaine désorganisation de sa vie privée. L'assurée devait pouvoir bénéficier de mesures d'accompagnement pour lui permettre une réadaptation vers le travail de graphiste.

4. Par courrier du 6 août 2014, l'assurée a demandé à l'OAI de lui octroyer des mesures de réinsertion professionnelle dans le cadre d'un stage de graphisme, non rémunéré qu'elle avait pu entamer en mars 2014.
5. Dans un rapport du 20 août 2014, la Dresse B_____ a confirmé le contenu de son précédent rapport. Elle a précisé que la diminution de rendement était de 20 % et que l'incapacité de travail était de 50 % depuis le 24 février 2014. Parmi les restrictions mentales et psychiques existantes, elle a également mentionné des difficultés dans les relations interpersonnelles. Une activité adaptée au handicap était possible depuis le 24 février 2014.
6. Par communications des 10 décembre 2014 et 27 mai 2015, l'OAI a pris en charge des mesures de réinsertion sous la forme d'un entraînement progressif à 50 % du 8 décembre 2014 au 13 septembre 2015 dans un poste de graphiste auprès de D_____, entreprise de réinsertion et de réadaptation socioprofessionnelle, assorties d'indemnités journalières.
7. Par communications des 2 septembre 2015 et 16 octobre 2015, l'OAI a prolongé la prise en charge des mesures de réinsertion sous la forme d'un entraînement progressif jusqu'au 6 décembre 2015, puis elle a interrompu ces mesures avec effet au 4 octobre 2015 qu'elle a remplacées par une mesure de travail de transition sous la forme d'un stage de graphiste en entreprise à 50 % dès le 5 octobre 2015 auprès de la maison d'édition C_____, assorties d'indemnités journalières.
8. Selon un rapport final de stage du 22 janvier 2016, l'assurée avait pris conscience qu'il lui manquait des compétences techniques pour travailler en tant que graphiste et qu'il y avait peu de débouchés dans le domaine de l'édition ce qui l'angoissait. L'anxiété était toujours présente et nécessitait de pouvoir varier les tâches et se déplacer physiquement durant ses heures de travail. Ses référents chez D_____ estimaient que la poursuite du stage était nécessaire pour permettre à l'assurée de continuer à travailler sur des points tels que sa capacité à communiquer, à travailler en équipe, ainsi qu'à reprendre confiance en elle et en son potentiel. À l'issue de cette évaluation, il avait été convenu de poursuivre le stage pour une durée maximale de trois mois avec la possibilité de l'interrompre à tout moment si l'assurée trouvait un autre stage plus pertinent ou avec une possibilité d'engagement à la clé.
9. Par communications des 27 janvier 2016, 1^{er} avril 2016 et 6 juillet 2016, l'OAI a prolongé la prise en charge de la mesure de travail de transition sous la forme d'un stage de graphiste en entreprise à 50 % auprès de C_____ du 11 janvier 2016 au

31 mars 2016, puis d'un stage en entreprise à 50 % auprès de E_____ (collectif ayant pour but de réaliser des projets et des événements artistiques dans l'espace public), du 1^{er} avril 2016 au 31 août 2016, assortie d'indemnités journalières. Il a également pris en charge une mesure de coaching individuel pour définir des pistes professionnelles du 25 janvier 2016 au 31 août 2016.

10. Par communications des 2 septembre 2016, 14 octobre 2016 et 23 décembre 2016, l'OAI a prolongé la prise en charge de la mesure de travail de transition sous la forme d'un stage en entreprise auprès de la bibliothèque municipale de F_____ du 1^{er} septembre 2016 au 16 octobre 2016, puis auprès de la cordonnerie Seror du 17 octobre 2016 au 29 janvier 2017, assortie d'indemnités journalières, avec coaching individuel.
11. Dans un rapport du 21 novembre 2016, le docteur G_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a diagnostiqué avec incidence sur la capacité de travail, un trouble anxieux non spécifié (F41.9) d'intensité moyenne à sévère et présent depuis plusieurs années. Il suivait l'assurée depuis le 30 juin 2015. Celle-ci présentait de longue date de l'anxiété sous différentes formes (crises de panique, ruminations) qui étaient très présentes au début du suivi et qui s'étaient un peu atténuées, ce qui lui avait permis de mieux s'investir à l'extérieur, dans ses projets et contacts sociaux.

Il avait constaté quelques troubles de la concentration et des variations des symptômes anxieux de l'assurée liées à sa situation professionnelle. L'évolution était nettement favorable depuis un mois environ mais nécessitait encore quelques mois pour une amélioration stable. Les restrictions consistaient en troubles de la concentration, anxiété relationnelle et une certaine fatigabilité. Elles se manifestaient par une limitation du temps de travail ainsi que par la nécessité d'avoir un cadre clair et soutenant au travail. L'activité exercée était encore exigible à 50 %. Le rendement était réduit de 50 % dû à la difficulté de maintenir la concentration suffisamment longtemps et à la fatigue liée à l'anxiété. On pouvait probablement s'attendre dans quelques mois à une reprise de l'activité professionnelle.

12. Selon un avis du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 13 décembre 2016, il ressortait d'un entretien téléphonique du même jour avec le Dr G_____ que ce dernier ne retenait plus aucun des diagnostics posés auparavant et que l'assurée était médicalement sevrée des opiacés depuis une année. Au vu des discordances dans les diagnostics retenus et de l'absence d'augmentation de la capacité de travail lors des mesures de réinsertion, il y avait lieu de demander une expertise psychiatrique.
13. Dans un rapport final de mesures d'ordre professionnel du 20 mars 2017, la conseillère de l'OAI a précisé qu'en raison de l'absence de perspectives professionnelles à la boutique E_____, l'assurée avait débuté un stage auprès de la bibliothèque de F_____. Dès le début de celui-ci, elle avait présenté de très

importantes angoisses menant à un arrêt de travail dès le 14 septembre 2016. Selon la coach, l'assurée se sentirait mieux dans une activité manuelle plutôt qu'intellectuelle, qui serait bénéfique pour couper ses ruminations anxieuses. Étant donné que les mesures de réinsertion mises en place n'avaient pas permis d'atteindre à ce jour une capacité de travail exploitable dans l'économie ordinaire et qu'une expertise psychiatrique était requise, elle liquidait le mandat de réadaptation. L'assurée s'était annoncée auprès de l'Hospice général au terme des mesures de réinsertion ayant pris fin le 29 janvier 2017.

14. Par communication du 18 avril 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise psychiatrique était nécessaire et qu'elle serait réalisée par le docteur H_____, psychiatre et psychothérapeute FMH. Des motifs pertinents de récusation à l'encontre de l'expert pouvaient être formulés dans un délai de dix jours.
15. Dans son rapport du 10 juillet 2017 consécutif à son examen du 9 mai 2017, le Dr H_____ a constaté la présence de signes d'anxiété avec un évitement de certaines actions liées à un travail administratif ou des postulations qui pourraient projeter l'assurée dans un projet professionnel. Celle-ci manifestait par moment des baisses d'humeur, mais pas tous les jours. D'après son entourage surtout, son humeur pouvait par moment être euphorique. Elle pouvait être agitée, irritable, présenter une grande communicabilité, voire être logorrhéique avec des fuites des idées, mais ne présentait pas de délire. Au vu de ces éléments, l'expert a retenu un diagnostic différentiel de trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission (F31.7), sans influence sur la capacité de travail. L'assurée avait également des difficultés à maintenir son attention (décrites anamnestiquement), peinait à terminer des projets, à organiser ses activités et travaux, évitait les tâches nécessitant des efforts sur le plan mental, soit des éléments qui correspondaient à un trouble de déficit de l'attention sans hyperactivité (F90), sans influence sur la capacité de travail. Elle présentait également des difficultés interpersonnelles, des efforts effrénés pour éviter l'abandon, des relations interpersonnelles parfois intenses sur le plan sentimental, des comportements de gestes auto-agressifs, des idées noires et suicidaires, une instabilité d'humeur et un sentiment chronique de vide. Elle pouvait être irritable plus que colérique, parfois avait des éléments de symptômes dissociatifs. Ces éléments correspondaient à un trouble de la personnalité borderline (F60.31), sans influence sur la capacité de travail. Les symptômes liés à ces trois diagnostics étaient à l'origine des limitations fonctionnelles évoquées par l'assurée, à savoir la relation avec le stress, l'anxiété qui la plaçait souvent dans une pensée d'échec, les difficultés voire les peurs de faire un choix, les difficultés de concentration et par moment de chute dépressive très profonde avec des idées noires. Le diagnostic de troubles anxieux non spécifiés comportait des éléments qui pouvaient entrer dans la définition de n'importe lequel de ces trois diagnostics. Selon le téléphone du 6 juillet 2017 avec le docteur I_____ du programme des troubles de l'humeur des HUG, il n'y avait selon lui pas de trouble anxieux non spécifié. Ce médecin soutenait les diagnostics retenus par l'expertise. Il doutait

concernant le trouble bipolaire mais admettait qu'une crise inaugurale avait pu avoir lieu anciennement d'après l'histoire médicale de l'assurée. Il n'y avait pas de mesures thérapeutiques envisagées ou exigibles autres que celles en cours afin d'améliorer la santé ou la capacité de travail. Il n'y avait pas d'exagération, d'augmentation ou de simulation des symptômes, ni d'incohérence sociale par rapport aux capacités physiques. L'expert retenait qu'un environnement peu stressant, plus manuel qu'intellectuel, à raison d'une activité à un taux progressif, à réévaluer dans la première année, serait adapté pour l'assurée.

16. Par avis du 15 décembre 2017, le SMR a considéré, au vu des trois diagnostics retenus comme non incapacitants par l'expert, que celui-ci avait bien expliqué les raisons l'ayant amené à poser ces diagnostics et à les considérer comme non incapacitants. Par conséquent, il fallait admettre que l'assurée n'avait pas présenté d'atteinte à la santé pouvant justifier une incapacité de travail durable.
17. Par projet de décision du 22 janvier 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Selon les éléments médicaux en sa possession, l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé permettant de justifier une incapacité de travail durable. Par conséquent, les conditions liées à l'octroi d'une rente d'invalidité n'étaient pas remplies. D'autres mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées dans sa situation.
18. Par courrier du 9 février 2018, l'assurée a fait part de ses objections. Elle souffrait de troubles bipolaires, ainsi que de troubles borderline depuis l'âge de quinze ans et suivait divers traitements médicaux depuis cette époque. Son état de santé subissait d'importantes fluctuations et sa capacité de travail ainsi que les actes de la vie quotidienne s'en trouvaient affectés. L'OAI ne disposait pas de tous les éléments nécessaires pour statuer sur sa demande de rente.
19. Par décision du 6 avril 2018, l'OAI a confirmé sa position. Il a considéré que l'assurée n'avait pas amené de nouveaux éléments médicaux attestant d'une aggravation de son état de santé.
20. Par acte du 27 avril 2018, l'assurée a recouru contre ladite décision. Elle a fait grief à l'intimé d'avoir statué sur la base d'un dossier incomplet, qui ne comportait pas de rapport de son psychiatre actuel, le docteur J_____, psychiatre et psychothérapeute FMH. Elle a produit dans la procédure un rapport de ce dernier daté du 11 avril 2018. Selon ledit rapport, le Dr J_____ suivait la recourante depuis le 20 octobre 2017. Le refus de l'intimé de prendre en charge une réadaptation professionnelle ne correspondait pas à ses observations, ni à celles de ses prédécesseurs dès lors que la recourante bénéficiait de suivis psychiatriques depuis l'âge de quinze ans pour des troubles des apprentissages et des conduites avec ses pairs, ainsi que des troubles relationnels et du comportement alimentaire de type anorexique. Avec l'âge, ses troubles avaient évolué vers un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline et un trouble affectif bipolaire diagnostiqué en 2009. L'évolution avait tout d'abord été défavorable en 2009-2010 avec une dépendance aux opiacés en tant que forme d'automédication

pour ses troubles psychiques, puis favorable sur le plan des consommations avec une abstinence de toxiques. En revanche, le trouble affectif bipolaire de type 2 et le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline persistaient. Ils avaient justifié non seulement les suivis médicaux jusqu'ici, mais également de nombreux arrêts de travail ou d'interruptions des études de manière répétée depuis une dizaine d'années. La capacité de travail actuelle était de 50 à 60 % dans un milieu protégé. Malgré cette adaptation professionnelle, la recourante avait été à nouveau en arrêt de travail en février 2018. L'atteinte consistait en des épisodes de détresse émotionnelle, une perte d'élan vital, des pensées suicidaires, des insomnies, une inattention, des oublis, une irritabilité, des troubles relationnels, une alternance d'épisodes d'effondrement dépressif et d'épisodes d'élévation de l'humeur, des prises de risques et des comportements impulsifs.

21. Dans son complément de recours du 9 juillet 2018 consécutif à la constitution d'un mandataire, la recourante a conclu préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique et à l'audition en confrontation des Drs H_____ et J_____. Au fond, elle a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 6 avril 2018 et à la reconnaissance de son droit à toutes les prestations de l'assurance-invalidité. Elle a reproché au rapport d'expertise d'être mal structuré et de ne pas différencier ses plaintes des éléments ressortant de l'anamnèse. Ses conclusions étaient incompréhensibles et non motivées. L'expert retenait les mêmes diagnostics que les psychiatres traitants, mais contrairement à ces derniers considérait qu'ils n'étaient pas incapacitants sans expliquer pourquoi il évaluait différemment sa capacité de travail. Il confirmait que les diagnostics posés étaient à l'origine des limitations fonctionnelles évoquées par la recourante. En retenant notamment qu'une activité exercée à un taux progressif à réévaluer la première année dans un environnement peu stressant serait adaptée, on ne comprenait pas si l'expert confirmait ou infirmait la capacité de travail de 50 % admise par les psychiatres traitants. Par conséquent, les conclusions de l'expertise étaient contradictoires. De plus, l'expert mentionnait de nombreuses limitations fonctionnelles sans en tirer aucune conséquence sur sa capacité de travail ou sur son rendement, ni expliquer pourquoi aucune de ces limitations fonctionnelles liées à des diagnostics graves n'avait d'impact sur sa capacité de travail. Dès lors, l'expertise du Dr H_____ n'avait aucune valeur probante, de sorte qu'il y avait lieu de suivre l'avis de ses psychiatres traitants qui renaient une capacité de travail de 50 % dans un environnement adapté et bienveillant. Le fait qu'elle ne pouvait travailler que dans un certain type d'environnement avait pour corollaire une diminution de son rendement qui devait être chiffrée. L'intimé avait totalement ignoré que son atteinte à la santé l'empêchait d'exercer l'activité de professeur d'art, ce qui devait être pris en considération dans le calcul de sa perte de gain. La recourante avait droit à la poursuite des mesures de réadaptation afin de lui permettre de mettre en œuvre sa capacité résiduelle de travail.

Elle a produit un nouveau rapport du Dr J_____ daté du 4 juin 2018 qui se prononçait sur le rapport d'expertise du Dr H_____. Il confirmait les diagnostics posés par l'expert et les limitations fonctionnelles décrites. En revanche, il ne rejoignait pas les conclusions de l'expert selon lequel ces diagnostics n'influençaient pas la capacité de travail de la recourante. Il lui apparaissait contradictoire de retenir des diagnostics avec des limitations fonctionnelles tout en considérant que ces mêmes diagnostics étaient sans influence sur la capacité de travail. Par conséquent, il n'était pas justifié d'exiger une activité de plus de 50 % dans un environnement adapté, bienveillant, avec peu d'administratif et une flexibilité des horaires. Il ne partageait pas forcément l'idée d'un travail plus manuel qu'intellectuel, sauf si l'expert entendait cela sur le plan de la charge administrative. À son avis, le pronostic était réservé eu égard à la sévérité des troubles et à leur durée. Le pronostic de l'expert se basait davantage sur l'espoir de la recourante pour son avenir que sur ses observations médicales.

22. Dans sa réponse du 30 juillet 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'expertise du Dr H_____ avait pleine valeur probante dès lors qu'elle remplissait toutes les conditions requises à cet effet par la jurisprudence. À l'appui de son écriture, il a produit les avis du SMR des 16 mai et 18 juillet 2018, selon lesquels les rapports du Dr J_____ n'apportaient aucun élément médical permettant de s'écarter des conclusions de l'expert ou de retenir une aggravation de l'état psychique de la recourante, de sorte qu'il fallait s'en tenir aux conclusions de l'avis du SMR du 15 décembre 2017.

Dans son avis du 16 mai 2018, le SMR a relevé que dans son rapport du 11 avril 2018 le Dr J_____ considérait que la recourante devait bénéficier d'une réadaptation professionnelle et ce faisant avait confirmé la possibilité d'une activité professionnelle adaptée. Il décrivait un tableau psychique sombre avec une symptomatologie dépressive importante en opposition totale avec le status décrit par l'expert. Il ne précisait pas quels étaient la fréquence des épisodes dépressifs et l'état actuel de la recourante. Il n'y avait aucune description précise de l'état psychique de celle-ci.

Dans son avis du 18 juillet 2018, le SMR s'est prononcé sur le rapport du Dr J_____ du 4 juin 2018. Il a relevé que le psychiatre traitant n'apportait aucun argument pour justifier que la recourante n'avait pas eu d'activité lucrative depuis 2013 en raison de ses atteintes psychiques. Il a également précisé que, contrairement à ce que semblait retenir le Dr J_____, l'expert avait clairement expliqué que le trouble affectif bipolaire était actuellement en rémission, de sorte qu'il ne justifiait plus de limitations. Le psychiatre traitant n'apportait au demeurant aucun élément médical permettant de retenir une aggravation de l'état de santé de la recourante. Au vu des éléments objectifs de l'examen de l'expert, il fallait considérer que le trouble bipolaire était en rémission.

23. Dans sa réplique du 23 août 2018, la recourante a exposé que contrairement à ce que prétendait le SMR dans son avis du 12 juillet 2018 (recte : 18 juillet 2018), le

Dr J_____ avait motivé les raisons pour lesquelles il estimait que le trouble bipolaire n'était pas en rémission, à savoir qu'il provoquait des limitations fonctionnelles importantes d'ailleurs décrites par l'expert. Elle a persisté dans ses conclusions.

24. Dans sa duplique du 18 septembre 2018, l'intimé a considéré que le dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé de la recourante et sur sa capacité de travail, de sorte que la mise en œuvre d'une instruction complémentaire s'avérait inutile. Il a confirmé ses conclusions.
25. La chambre de céans a transmis cette écriture à la recourante en lui accordant un délai pour faire part de ses éventuelles observations et joindre toutes pièces utiles, délai qu'elle n'a pas utilisé.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Le délai de recours court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Malgré leur libellé, les conclusions de la recourante doivent être interprétées en ce sens qu'elles tendent à la condamnation de l'intimé au versement de prestations. Il ne s'agit dès lors pas d'une action en constatation, laquelle ne serait pas recevable en raison de son caractère subsidiaire par rapport à une action formatrice (ATF 129 V 289 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 149/06 du 11 juin 2007 consid. 5.2).

Par conséquent, est litigieux le taux d'invalidité de la recourante et plus particulièrement sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

5. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 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 (al. 2).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

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 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

b. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

c. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, 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 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue

juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant

pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
9. En l'espèce, au terme des mesures de réinsertion professionnelle prises en charge par l'intimé du 8 décembre 2014 au 29 janvier 2017 et qui ont consisté tout d'abord en un entraînement au travail progressif à 50 % dans une entreprise de réinsertion jusqu'au 4 octobre 2015, puis en un stage en entreprise à 50 %, la conseillère en réadaptation de l'intimé a observé que lesdites mesures n'avaient pas permis à la recourante d'atteindre une capacité de travail exploitable dans l'économie ordinaire.

Au vu de cette situation et des discordances dans les diagnostics posés par les psychiatres traitants de la recourante, l'intimé a mis en œuvre une expertise psychiatrique. Son dossier ne comporte pas le questionnaire adressé à l'expert. Toutefois, au vu des motifs justifiant l'expertise, il est hautement vraisemblable que l'expert devait se prononcer sur la capacité de travail de la recourante tant dans l'activité qu'elle aurait réalisé sans l'atteinte à la santé que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Devant la chambre de céans, la recourante dénie toute valeur probante à ce rapport d'expertise au motif qu'il est non seulement confus et incomplet, mais que ses conclusions sont contradictoires et non motivées. Il convient donc en premier lieu d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du 10 juillet 2017, étant précisé qu'en dehors de leur caractère incapacitant, il n'y a pas de divergence significative entre les conclusions des Drs J_____ et H_____ au sujet des diagnostics posés, à savoir trouble affectif bipolaire en rémission pour l'expert et sans rémission pour le psychiatre traitant, trouble de la personnalité borderline et trouble de déficit de l'attention sans hyperactivité pour l'expert, respectivement avec hyperactivité pour le psychiatre traitant.

Dans son rapport d'expertise, le Dr H_____ ne s'est pas expressément prononcé sur la capacité de travail de la recourante, mais a retenu comme adapté un environnement de travail peu stressant dans une activité plus manuelle qu'intellectuelle exercée à un taux progressif, à réévaluer durant la première année. Ce faisant, l'expert semble admettre qu'au jour de l'expertise, la recourante ne présentait pas une capacité de travail entière dans une activité adaptée, mais un taux partiel de capacité de travail qui devait être augmenté progressivement. Or cette appréciation de la capacité de travail de la recourante paraît peu claire, compte tenu de l'affirmation de l'expert selon laquelle les diagnostics retenus ne seraient pas incapacitants. L'expert n'a du reste nullement expliqué pourquoi il arrivait à cette conclusion, ni précisé si l'interaction entre les diagnostics non incapacitants entraînait au final une incapacité de travail. Si tel devait être le cas, force est de constater que l'expert n'a pas examiné les différents critères permettant de reconnaître un caractère incapacitant aux atteintes à la santé psychique. Il sied au demeurant de relever que les diagnostics posés et les limitations fonctionnelles retenues, à savoir les situations stressantes, l'anxiété avec pensée d'échec, les difficultés voire les peurs de faire un choix, les difficultés de concentration et les chutes dépressives très profondes par moments avec idées noires permettent de douter de l'existence d'une pleine capacité de travail sur le marché libre du travail.

En définitive, l'expertise ne respecte pas les exigences de motivation requises par la jurisprudence sur la valeur probante des rapports médicaux. Outre son caractère lacunaire, voire contradictoire, elle manque de clarté quant à l'évaluation de la capacité de travail de la recourante. Il y a donc lieu de considérer que l'expertise ne revêt aucune valeur probante, à tout le moins en ce qui concerne la question de la capacité de travail de l'intéressée.

Reste à apprécier la valeur probante du rapport du Dr J_____ du 11 avril 2018. Ce rapport mentionne les troubles psychiques suivants : épisodes de détresse émotionnelle, perte d'élan vital, pensées suicidaires, insomnies, inattention, oublis, irritabilité, troubles relationnels, alternance d'épisodes d'effondrement dépressif et d'épisodes d'élation de l'humeur, prises de risques et comportements impulsifs. Ainsi que l'a relevé à juste titre le SMR dans son avis du 16 mai 2018, la symptomatologie décrite par le Dr J_____ est sombre avec une symptomatologie

dépressive importante. Cette appréciation est ainsi en contradiction avec le trouble bipolaire en rémission posé par l'expert. Le rapport du Dr J_____ ne se prononce par ailleurs pas sur la fréquence des épisodes dépressifs de la recourante, ni n'indique s'ils étaient à l'origine du nouvel arrêt de travail de l'intéressée en février 2018. Il retient une capacité de travail actuelle de 50 à 60 % dans un milieu protégé, sans toutefois examiner les différents indicateurs de la grille d'analyse retenue par la jurisprudence, qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. Par conséquent, son rapport n'a pas davantage de valeur probante.

Quant aux différents avis du SMR, ils ne permettent pas non plus d'évaluer de manière complète l'état de santé de l'assurée. Ils se limitent en effet à confirmer les diagnostics de l'expertise, tout en renvoyant à des explications qui n'y figurent pas. Dans son avis du 15 décembre 2017, le SMR relève en effet que l'expert a bien explicité les raisons qui l'avaient amené à considérer les diagnostics comme non incapacitants, alors que, comme on l'a vu, aucune explication n'avait été fournie à ce sujet. Il en va de même de l'avis du 18 juillet 2018, dans lequel le SMR expose que l'expert a clairement expliqué que le trouble affectif bipolaire était en rémission, alors que cette appréciation était, elle aussi, dénuée de motivation.

Au vu de l'instruction incomplète de la situation médicale de la recourante, la chambre n'est pas en mesure de statuer sur son droit à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité, faute de renseignements fiables sur l'existence d'une incapacité de travail durable. Par conséquent, il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire.

10. La recourante sollicite également une confrontation entre l'expert et son psychiatre traitant.

a. Le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans que cela n'entraîne une violation du droit d'être entendu, s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves en général : ATF 131 I 153 consid. 3 ; ATF 130 II 425 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_42/2015 du 29 mai 2015 consid. 5.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 136 I 229 consid. 5.3 ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

b. En l'espèce, la mesure d'instruction sollicitée par la recourante a pour but de démontrer que sa capacité de travail ne dépasse pas 50 % dans le meilleur des cas. Dans la mesure où aucune valeur probante n'a été accordée ni à l'expertise du Dr H_____, laquelle a servi de base au refus de prestations, ni au rapport du psychiatre traitant de la recourante, la confrontation des deux médecins n'est pas susceptible de modifier l'issue du litige. Il n'y a partant pas lieu de procéder à la mesure d'instruction requise en ce sens par l'intéressée.

11. a. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

b. En l'espèce, au vu des défauts de motivation et du manque de clarté du rapport d'expertise – voire de ses contradictions –, ainsi que de l'absence de valeur probante des avis du SMR et de l'absence d'un examen global dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves dans le rapport du Dr J_____, l'intimé aurait dû procéder à une instruction médicale complémentaire du dossier, ce qu'il n'a pas fait. Par conséquent, son instruction de l'état de fait est lacunaire.

Au vu de cette situation, il convient de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique afin de compléter l'instruction sur l'effet incapacitant des troubles psychiques de la recourante au regard de la grille d'analyse du Tribunal fédéral, respectivement sur la question de l'activité que la recourante aurait exercé sans invalidité au cas où un tel effet incapacitant devait être retenu. En effet, si une perte de gain de 20 % environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010 consid. 5). Dès lors, la question des mesures d'ordre professionnel ne peut pas être tranchée tant que la question d'une capacité de travail n'est pas établie par un rapport médical ayant pleine valeur probante.

12. Il se justifie, en conséquence, d'admettre le recours, d'annuler la décision du 6 avril 2018 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.

La recourante ayant obtenu gain de cause à l'aide d'un avocat, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 6 avril 2018.
3. Renvoie le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants consistant notamment en la mise en œuvre d'une expertise médicale psychiatrique examinant les divers indicateurs de la grille d'analyse retenus par la jurisprudence.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante un montant de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie NIERMARÉCHAL

Eleanor McGREGOR

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le