

GE_GERICHTE ATAS/301/2019 vom 9. April 2019

GE Cour de justice, 2019-04-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_301_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/301/2019 du 9 avril 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/301/2019 del 9 aprile 2019

Erwägungen

E. 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.

E. 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

A/1402/2018 - 9/18 - 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.

E. 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.

E. 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

E. 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).

A/1402/2018 - 10/18 - 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 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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 LPGGA. 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 LPGGA. 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

A/1402/2018 - 11/18 - 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

A/1402/2018 - 12/18 - 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

A/1402/2018 - 13/18 - 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.

A/1402/2018 - 14/18 - 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'élévation 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

A/1402/2018 - 15/18 - dépressive importante. Cette appréciation entre 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.

A/1402/2018 - 16/18 - 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

E. 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]).

A/1402/2018 - 17/18 - 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. 1bis LAI). *****

A/1402/2018 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.