RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2541/2019 **ATAS/707/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 juin 2021

3ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à BERNEX, représentée par le Service de Protection de l'adulte (SPAd) recourante

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Christine WEBER-FUX et Claudiane CORTHAY, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1971 à Iskenderun (Turquie), s'est mariée en 1998 avec Monsieur B_____, né en 1954 à Cayirli (Turquie et estarrivée en Suisse le 8 janvier 2000. Deux filles sont issues de cette union : C_____, en 2002, et D_____, en 2004.

   Hormis au mois d'octobre 2001, l'assurée n'a jamais exercé d'activité professionnelle.

   Les époux A_____ et B_____ vivent séparés depuis le 15 mai 2004 et sont divorcés depuis le 18 janvier 2007.

2. Sur mesures protectrices de l'union conjugale, le Tribunal de première instance de Genève a, dans un premier temps, attribué à l'assurée la garde sur ses deux filles. Cependant, suite à plusieurs manquements (l'assurée n'a pas organisé la garde de ses enfants lors d'une hospitalisation qui était prévue et n'est simplement pas allée chercher ses enfants à la crèche, elle est restée passive face à la mauvaise santé de ses filles – retard psychomoteur important chez les deux enfants – et n'a pas collaboré avec le Service de protection des mineurs [SPMi]), la garde des filles a été transférée à leur père par ordonnance sur mesures pré-provisoires du 4 septembre 2006. L'assurée refusant de remettre ses filles à leur père, la police a dû intervenir à plusieurs reprises afin de faire exécuter la décision judiciaire. C'est pourquoi, par jugement du 18 janvier 2007, le Tribunal de première instance a accordé la garde et l'autorité parentale sur les enfants à leur père et réservé à l'assurée un droit de visite qui devait s'exercer, dans un premier temps, à raison de trois heures tous les samedis, dans un point de rencontre, à charge du curateur nommé de l'élargir si l'assurée se soumettait aux décisions de justice concernant ses enfants ainsi qu'aux traitements médicaux décidés pour leur bien ; l'objectif était de lui accorder au final un samedi sur deux sans la présence d'un tiers, puis un droit de visite usuel d'un week-end sur deux et la moitié des vacances scolaires. Par ailleurs, le Tribunal de première instance a confirmé l'institution d'une curatelle d'assistance éducative et de surveillance des relations personnelles en faveur des filles de l'assurée (cf. jugement de divorce du 18 janvier 2007).

3. Le 1er juin 2016, l'assurée a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : l'OAI) une demande de prestations en invoquant une dépression, des migraines, un taux de cholestérol important, un diabète, une anémie et une hypertension ayant entraîné une incapacité totale de travailler depuis septembre 2006.

4. Dans le cadre de l'instruction de la demande précitée, l'OAI a rassemblé divers documents :

   - Dans un rapport du 3 septembre 2016, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a expliqué avoir vu l'assurée à quatre reprises. La communication en français était difficile et insuffisante pour établir une relation thérapeutique et une évaluation psychiatrique. L'assurée adoptait souvent une attitude infantile et devait être examinée par un psychiatre de langue maternelle turque, afin d'évaluer la présence d'un trouble du développement mental.

   - Dans des rapports datés des 14 novembre et 16 décembre 2016, la doctoresse F_____, généraliste, a indiqué suivre l'assurée depuis quatre à cinq mois en raison d'une hyperthyroïdie, d'une obésité morbide, d'un diabète de type 2 et d'une polyarthrose. L'assurée était en outre en traitement psychiatrique au centre d'Onex, en raison d'un syndrome dépressif et d'attaques de panique. S'y ajoutaient des traitements orthopédique et gynécologique. Une expertise pluridisciplinaire était sollicitée. On ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.

   - Dans son rapport du 23 janvier 2017, la doctoresse G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu les diagnostics de tendinite du poignet, de suspicion d'algoneurodystrophie, de lombalgies et de troubles psychiatriques. La mobilisation du poignet était difficile. Le traitement consistait en séances de physiothérapie et prise d'antidouleurs. Le pronostic était réservé.

5. L'OAI a soumis le dossier de l'assurée à son service médical régional (SMR), lequel a considéré, le 7 novembre 2016, qu'une expertise psychiatrique en présence d'un traducteur s'avérait nécessaire.

6. Dans une note du 1er mars 2017, l'OAI a rappelé que l'assurée avait été scolarisée en Turquie et qu'elle était arrivée en Suisse en 2000. Elle n'avait pas de formation et n'avait jamais travaillé, les cotisations figurant au compte individuel provenant du partage des revenus de son ex-mari. L'assurée était bénéficiaire de l'Hospice général depuis le 1er juillet 2003. C'était donc un statut de ménagère qui devait être retenu.

7. Par ordonnance du 20 septembre 2017, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant a instauré une curatelle de représentation et de gestion en faveur de l'assurée.

8. Comme préconisé par le SMR, l'OAI a mandaté, pour expertise, le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui, dans son rapport du 11 juin 2018, rédigé après deux entretiens avec l'assurée avec l'aide d'un interprète, un entretien téléphonique avec la doctoresse I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assurée, et un bilan neuropsychologique, a retenu les diagnostics suivants : probable retard mental léger (F70), présent depuis l'enfance (avec répercussion sur la capacité de travail) et épisode dépressif léger (F32.0), présent depuis 2016.

L'expert psychiatre a retenu le diagnostic de probable retard mental léger, dès lors que pendant l'évaluation, il avait observé des défaillances au niveau intellectuel (très faibles capacités d'analyse et de raisonnement, de jugement et d'élaboration, attitudes infantiles en décalage avec la gravité de la situation). L'assurée avait commencé à présenter des difficultés pendant son enfance, notamment au niveau de la scolarité. Elle avait une performance faible aux cours et avait redoublé une année. Selon elle, elle avait réussi son cursus scolaire en primaire car les enseignants connaissaient son père. Elle manquait de motivation pour travailler et après sept ans d'école primaire, elle n'avait pas souhaité continuer sa scolarité, restant à domicile auprès de ses parents, qui ne l'avaient visiblement motivée ni pour continuer sa scolarité, ni pour trouver un travail. Elle avait donc vécu dans la maison familiale jusqu'à son mariage et n'avait pas de formation professionnelle, ni de métier. Cette absence de stimulation externe et de motivation pour avancer au niveau intellectuel à partir de l'adolescence avait probablement eu un impact négatif sur son intelligence. En arrivant à l'âge adulte, l'assurée présentait donc des capacités intellectuelles très faibles dans un contexte de régression dans un univers protecteur. Les éléments anamnestiques montraient, en outre, une impossibilité à assumer un emploi quelconque et l'installation dans une situation régressive dès le début de l'âge adulte. A son arrivée en Suisse, elle n'avait pu construire un réseau social important et n'avait pas appris la langue. Son comportement envers ses filles avait suscité des inquiétudes à cause de son immaturité et de son impossibilité à subvenir à leurs besoins. Enfin, après avoir perdu la garde de ses enfants, l'assurée n'avait pas pu construire d'autres projets et restait dans un état de passivité et de manque de motivation.

Sur le plan de l'humeur, l'assurée présentait une symptomatologie dépressive légère depuis 2016. Etant donné l'absence d'autres épisodes dépressifs avérés par le passé et de périodes de rémission notable les deux années précédant l'entretien, le Dr H_____ ne retenait pas le diagnostic de trouble dépressif récurrent. L'épisode dépressif léger, de longue durée, était à mettre en lien avec l'interdiction de l'exercice du droit de visite dont l'assurée faisait l'objet. Etant donné que l'épisode dépressif était léger, son impact sur la cognition était minimum. Partant, l'interaction des deux diagnostics retenus n'influençait pas considérablement le fonctionnement de base de l'assurée. Le manque total d'activité et de structure dans son quotidien pouvait en revanche péjorer la symptomatologie dépressive sur le long terme.

Le traitement psychiatrique dont bénéficiait l'assurée était adapté. Une option thérapeutique encore envisageable était une prise en charge ergothérapeutique, étant donné que l'assurée présentait des problèmes au niveau de la mobilisation et de la structuration de son quotidien. Une telle prise en charge était susceptible de l'aider à construire un programme d'activités et de le suivre de façon régulière. On pouvait également envisager des sorties accompagnées, lesquelles aideraient à la

mobilisation de l'assurée et pourraient amener à la diminution de la symptomatologie dépressive.

L'assurée présentait des difficultés au niveau du raisonnement, de l'attention, de la compréhension, des concepts et des interactions interpersonnelles compliquées (confrontation, argumentation, capacité à suivre des consignes complexes). En revanche, elle était capable de suivre des consignes simples et de s'adapter à un cadre clair et contenant. Elle présentait également des limitations dans la perception des sujets complexes, dans la vitesse de traitement de l'information et dans la mémoire du travail.

L'assurée était capable d'effectuer, à 100%, une activité adaptée à ses faibles capacités intellectuelles, à savoir une activité avec de faibles exigences au niveau du raisonnement, de l'attention et de la mémoire, telle qu'une activité manuelle sans interactions compliquées avec les autres. Les symptômes dépressifs et le probable retard mental n'étaient pas invalidants en milieu adapté non occupationnel. Le probable retard mental excluait toutefois une activité sur le marché du travail usuel ce qui n'était pas le cas de l'épisode dépressif léger. Une activité en milieu compétitif était en outre *a priori* exclue.

9. Le rapport du Dr H_____ a été soumis au SMR qui a considéré, le 24 août 2018, qu'il convenait d'en suivre les conclusions et de retenir l'absence d'atteinte à la santé invalidante, l'état dépressif et le retard mental léger n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail, entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées.

10. Se fondant sur le rapport du Dr H_____ et l'avis de son SMR, l'OA, par décision du 27 mai 2019, a rejeté la demande de prestations au motif que l'atteinte à la santé n'entraînait aucune incapacité de travail de longue durée.

11. Le 18 juin 2019, sous la plume de sa curatrice, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité.

    En substance, la recourante conteste les conclusions du Dr H_____ en alléguant que ses médecins, notamment les Drs F_____, I_____ et J_____, ont retenu une totale incapacité de travail.

12. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 16 juillet 2019, a conclu au rejet du recours.

    Il soutient que le rapport du Dr H_____ revêt une pleine valeur probante. Le tableau clinique est dominé par une problématique de nature essentiellement psychique et le dossier ne fait pas état de troubles somatiques susceptibles d'influencer la capacité de travail de la recourante.

13. Le 27 août 2020 s'est tenue une audience d'enquêtes au cours de laquelle la Dresse I_____ a expliqué qu'elle suit l'assurée depuis novembre 2016.

L'assurée souffrait alors de fortes attaques de panique et était incapable de s'occuper seule d'elle-même et de sortir de chez elle. A l'époque, elle était également privée de voir ses filles.

Sous traitement antidépresseur et anxiolytique, son état a évolué de façon favorable.

Avec le médecin traitant, la Dresse I_____ a également dû mettre en place un planning pour les médicaments, la recourante étant incapable de les prendre correctement, de sorte que ni sa tension, ni sa glycémie ou encore son cholestérol n'étaient maîtrisés.

La Dresse I_____ a également décelé un problème d'intelligence et malgré la curatelle, elle doit aider la recourante à gérer ses affaires.

La psychiatre est d'avis, s'agissant de l'expertise, que l'anamnèse est très bonne et l'évaluation neuropsychologique impeccable. En revanche, la Dresse I_____ n'avoir pas relevé les mêmes symptômes que le Dr H_____. Pour sa part, elle a constaté de légers symptômes psychotiques, alors que l'expert les a exclus, tout comme les troubles anxieux et les angoisses et ce, alors même que le Centre d'Onex a attesté que la recourante avait consulté régulièrement en état de panique. La Dresse I_____ a également constaté un énorme ralentissement psychomoteur qui n'a pas été évoqué, des troubles de la concentration et de la mémoire récente, ainsi qu'une somatisation. La recourante est très phobique; avec de nombreuses ruminations, des angoisses anticipatoires et contrairement à ce qu'ont indiqué les experts, une culpabilité importante et des remords.

Pour la Dresse I_____, la recourante a cherché à montrer le meilleur d'elle-même aux experts de peur d'être hospitalisée en milieu psychiatrique, d'une part, de se voir refuser l'accès à ses filles, d'autre part.

La Dresse I_____ s'étonne également que l'expert ait conclu à un épisode dépressif léger et non à un trouble dépressif récurrent, alors même que le médecin traitant et les médecins du Centre médical d'Onex ont attesté que la dépression et les troubles panique avaient toujours été là.

Enfin, la Dresse I_____ se dit surprise que le Dr H_____ ait conclu à une capacité de travail à 100%, malgré le retard mental et l'incapacité de la recourante à faire son ménage, ses courses, gérer ses affaires administratives, suivre des cours de français, etc.

Suite à l'introduction du traitement et au suivi intensif des deux médecins et de la voisine, il y a eu une légère amélioration, mais pas telle que semble l'avoir comprise l'expert. L'état dépressif , au mieux fluctué de sévère à modéré, mais en tout cas il n'a jamais été léger. Pour sa part, elle voit toujours une patiente perdue, tétanisée, en pleurs d'un bout à l'autre de l'entretien et incapable de gérer seule son quotidien.

14. A l'issue de l'audience, la recourante a persisté dans ses conclusions.

15. Par courrier du 25 septembre 2020, l'intimé en a fait de même en se référant à un avis du SMR.

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. A 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.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la Cour de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur la valeur probante du rapport du Dr H_____ du 11 juin 2018.

6. a/aa. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 vigueur dès le 1er janvier 2008). 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. 28 al. 2 LAI).

   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 ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; ATAS/502/2017 du 20 juin 2017 consid. 4b).

a/bb. Il y a atteinte à la santé mentale au sens propre lorsque le développement intellectuel est insuffisant et découle d'atteintes congénitales ou acquises (par exemple débilité, déficience mentale). Il y a par contre atteinte à la santé psychique lorsque les troubles sont d'ordre émotionnel ou cognitif (troubles de la perception), comme c'est le cas des personnes atteintes de schizophrénie, de dépression ou de troubles de la personnalité (FF 2001 3107).

b. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie-rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49%, de 50 à 59%, de 60 à 69% ou de 70% ou plus (art. 28 al. 2 LAI).

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 ; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

7. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut déterminer quelle méthode d'évaluation de l'invalidité appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale (ou, selon les circonstances, extraordinaire) de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI).

Un assuré appartient à l'une ou l'autre des trois catégories précitées en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Il faut tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). La volonté hypothétique de l'assuré doit être prise en considération ; son établissement soulève toutefois la difficulté qu'elle constitue un fait interne, qui ne saurait être considéré comme établi par la seule déclaration de l'assuré qu'à défaut d'atteinte à la santé il aurait exercé une activité lucrative à tel ou tel taux ; il faut qu'il puisse se déduire d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral I.693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1).

La question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse. Cependant, pour admettre l'éventualité que l'assuré aurait repris une activité lucrative partielle ou complète jusqu'à ce moment-là, il faut des éléments dont la force probante atteigne le degré de vraisemblance prépondérante reconnu habituellement en droit des assurances sociales (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

8. 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).

   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.

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).

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; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien

plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

9. a. 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).

   b. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

10. a. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur le rapport du Dr H_____ du 11 juin 2018 pour rejeter la demande de prestations de la recourante et lui nier tout droit à une rente d'invalidité. La recourante conteste quant à elle la valeur probante du rapport précité en s'étonnant du fait que celui-ci ne prenne pas en considération l'ensemble de ses troubles psychiques et physiques.

    Force est cependant de constater que le rapport précité remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel

document. Il contient le résumé du dossier, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Les conclusions du Dr H_____, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires et bien motivées.

Sur le fond, le psychiatre a retenu le diagnostic de retard mental léger (avec effet sur la capacité de travail) ainsi que celui d'état dépressif léger (sans effet sur la capacité de travail). L'assurée est capable d'exercer à 100% une activité adaptée à ses faibles capacités intellectuelles, à savoir avec de faibles exigences au niveau du raisonnement, de l'attention et de la mémoire, telle qu'une activité manuelle sans interactions compliquées avec les autres. Les symptômes dépressifs et le probable retard mental ne sont pas invalidants en milieu adapté non occupationnel. Une activité en milieu compétitif est cependant *a priori* exclue.

b. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

b/aa. Dans son avis du 24 août 2019, le SMR a considéré que la recourante ne souffrait d'aucune atteinte à la santé au sens de l'AI et que sa capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée. Le résumé du SMR s'écarte toutefois, sans raisons, du texte clair du rapport du Dr H_____. Certes, ce dernier a considéré que la recourante était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée, mais il a expliqué que celle-ci ne devait poser que des exigences faibles au niveau du raisonnement, de l'attention et de la mémoire, sans interactions compliquées. De plus, le Dr H_____ a également écrit, en page 12 de son rapport, en réponse à la question 4.7, que « le probable retard mental exclut une activité dans le marché usuel, ce qui n'est pas le cas pour l'épisode dépressif léger ». Et, en réponse à la question 6.3, page 14, l'expert psychiatre a encore précisé que « l'expertisée présente des limitations dans la perception des sujets complexes et dans la vitesse de traitement de l'information mais aussi dans la mémoire de travail. Par conséquent, un travail en milieu compétitif est *a priori* exclu ».

En d'autres termes, le SMR s'est écarté des conclusions nuancées du Dr H_____ sans fournir la moindre explication, de sorte qu'il ne saurait être suivi.

b/bb. De son côté, la Dresse I_____, entendue le 27 août 2020, a critiqué certains aspects de l'expertise du Dr H_____, notamment en ce qui concerne ses constatations cliniques, et elle s'est notamment étonnée qu'il conclue à une capacité de travail de 100% malgré le retard mental et l'incapacité de la recourante à tenir son ménage.

Force est toutefois de constater que si l'expert a certes retenu une capacité de travail entière, il a nuancé l'activité exigible, en précisant les exigences (activité avec de faibles exigences au niveau du raisonnement, de l'attention et de la mémoire) et l'environnement dans lequel elle devait être exercée (ni sur le marché du travail usuel, ni en milieu compétitif). Or, comme cela ressort des considérations qui suivent, une telle activité paraît irréaliste, ce qui revient à retenir une incapacité de travail à 100%. En présence d'une incapacité de travail à 100% du point de vue psychique, il n'est pas nécessaire d'instruire les aspects somatiques du dossier.

11. Compte tenu des conclusions du Dr H_____, l'intimé aurait en réalité dû se demander si des possibilités de travail réalistes existaient pour la recourante.

a. Comme indiqué précédemment, 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. 28 al. 2 LAI).

b. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

Le Tribunal fédéral a ainsi considéré, dans son arrêt 9C_984/2008 du 4 mai 2009, que l'assuré, qui souffrait d'une personnalité borderline et qui avait besoin de

pouvoir fonctionner de manière parfaitement autonome et en dehors de toute pression extérieure, dans un environnement protégé et confiné, ne pouvait offrir ce que l'on est en droit d'attendre d'un travailleur dans des rapports de travail qualifiés de normaux. Bien plus, notre Haute Cour a rappelé qu'à la différence de simples fluctuations conjoncturelles (ATF I 198/76 du 4 octobre 1976 consid. 2, in RCC 1977 p. 206), les modifications structurelles que peut connaître le marché du travail sont des circonstances dont il y a lieu de tenir compte en matière d'assurance-invalidité (ATF I 436/92 du 29 septembre 1993 consid. 4c et 5b). La structure actuelle du marché du travail n'offre plus les conditions qui permettaient encore à une personne comme le recourant, à l'aube des années nonante, de trouver un emploi et d'exercer par intermittence une activité lucrative. L'augmentation de la productivité au sein des entreprises, la pression sur la rentabilité ou encore les nécessités liées à la maîtrise des coûts salariaux pèsent sur les salariés qui doivent désormais faire preuve d'engagement et d'efficacité, s'intégrer dans une structure d'entreprise et, partant, montrer des facultés d'adaptation importantes. Si le marché du travail présentait par le passé une souplesse suffisante permettant, tant bien que mal, d'intégrer en son sein la personne du recourant, la nature et l'importance du trouble de la personnalité constitue, au regard des conditions actuelles du marché du travail, des obstacles irrémédiables à la reprise d'une activité lucrative salariée.

12. En l'espèce, il ressort du rapport du Dr H_____ que la recourante souffre d'un retard mental et qu'elle est capable d'effectuer, à 100%, une activité adaptée à ses faibles capacités intellectuelles, à savoir une activité avec de faibles exigences au niveau du raisonnement, de l'attention et de la mémoire, telle qu'une activité manuelle sans interactions compliquées avec les autres. Cela étant, si les symptômes dépressifs et le probable retard mental ne sont pas invalidants en milieu adapté non occupationnel, le probable retard mental exclut une activité sur le marché du travail usuel ainsi qu'une activité en milieu compétitif *a priori*.

    En résumé, l'activité adaptée ne peut s'exercer ni sur le marché usuel du travail, ni dans un milieu compétitif.

    Dans ces conditions, la recourante n'est de fait pas en mesure d'offrir ce que l'on est en droit d'attendre d'un travailleur dans des rapports de travail qualifiés de normaux. En effet, comme cela a été relevé *supra*, de nos jours, l'augmentation de la productivité au sein des entreprises, la pression sur la rentabilité ou encore les nécessités liées à la maîtrise des coûts salariaux pèsent sur les salariés, qui doivent désormais faire preuve d'engagement et d'efficacité, s'intégrer dans une structure d'entreprise et, partant, montrer des facultés d'adaptation importantes dont la recourante est manifestement dépourvue. Ainsi, les concessions démesurées qui seraient demandées à un éventuel employeur rendent l'exercice d'une activité lucrative incompatible avec les exigences actuelles du monde économique, ce qui a au demeurant été relevé par le Dr H_____ dans son rapport du 11 juin 2018, dès lors qu'il a expressément exclu une activité sur le marché usuel du travail et en milieu compétitif.

En conséquence, il convient d'admettre que la recourante n'est pas en mesure d'exploiter sa capacité résiduelle de travail sur le plan économique et de conclure à une incapacité de travail de 100%.

13. Cependant, malgré ce qui précède, une rente d'invalidité ne saurait être accordée à la recourante sans une instruction complémentaire sur les conditions d'assurance et le statut à lui accorder.

    En effet, la recourante est née en Turquie et est arrivée en Suisse à l'âge de 29 ans. Son retard mental est probablement congénital. Par conséquent la question des conditions d'assurance se pose. Or, ce point ne semble pas avoir été examiné par l'intimé.

    De plus, depuis son arrivée en Suisse, la recourante n'a, semble-t-il, travaillé qu'un seul mois, en octobre 2001. Dans une note du 1er mars 2017, l'intimé a évoqué un statut de ménagère. Ce point n'a toutefois jamais été investigué et aucune enquête ménagère n'a été effectuée, alors qu'il ressort tant du rapport du Dr H_____ que des déclarations de la Dresse I_____ que la recourante éprouve de grande difficultés à structurer son quotidien et à tenir son ménage.

    S'agissant essentiellement là d'aspects n'ayant pas été investigués plus avant par l'office intimé, la cause lui sera renvoyée pour instruction afin de respecter le principe du double degré de juridiction.

14. En conséquence, le recours est admis partiellement, par substitution de motifs. La décision du 27 mai 2019 est annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour examen des conditions d'assurance et du statut de la recourante puis nouvelle décision.

    La recourante étant représentée par sa curatrice, salariée d'une administration publique, il ne lui sera pas alloué de dépens. D'ailleurs la représentante n'y a, à juste titre, pas conclu.

    Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- au vu du sort du recours.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 27 mai 2019 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. 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-Catherine SÉCHAUD	Karine STECK

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