



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3100/2017

ATAS/506/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 juin 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à ATHENAZ (AVUSY), assistée
par sa mère, Madame B_____

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Rosa GAMBA et Larissa
ROBINSON-MOSER, Juges assesseures**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1996, représentée par sa mère, a déposé, le 28 octobre 2013, une demande de prestations de l'assurance-invalidité à l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI). Elle indiquait avoir eu beaucoup de difficulté lors de son parcours scolaire, raison pour laquelle elle avait été scolarisée dans le privé. Elle avait besoin d'aide pour sa future formation professionnelle. Elle terminerait sa scolarité obligatoire en juin 2014, l'année de ses 18 ans. Son souhait le plus cher était d'intégrer un apprentissage dans la coiffure ou l'esthétique. Malheureusement, la concurrence était rude et la sélection des maîtres d'apprentissage se faisait sur les résultats et le parcours scolaire. Elle avait déjà été, à maintes reprises, évincée. Elle espérait que l'OAI pourrait l'aider à entrer dans la vie active et à devenir ainsi indépendante.
2. Le 7 mars 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il ordonnait une expertise neuropsychologique qui serait confiée à Monsieur C_____, psychologue, spécialiste FSP en neuropsychologie et psychothérapie.
3. Dans son rapport du 8 avril 2014, l'expert a conclu que le bilan neuropsychologique mettait en évidence :
 - un QI total déficitaire de 67, qui était compatible avec un retard mental léger, avec une inhomogénéité assez prononcée entre l'indice de compréhension verbale et les trois autres indices (raisonnement perceptif, mémoire de travail et vitesse de traitement), en défaveur du premier ;
 - une pauvreté lexicale au niveau du langage, mais pas de troubles de la compréhension ;
 - un déficit en mémoire de travail et des troubles de la mémoire épisodiques, avec un apprentissage pauvre en condition verbale et visuelle et une dégradation nette de la trace mnésique en rappel différé dans les deux conditions; le profil général était compatible avec des troubles mixtes de la restitution et du stockage.

Malgré le faible niveau de différenciation intellectuelle, les fonctions exécutives étaient préservées. L'intensité attentionnelle était grosso modo normale dans les tâches simples, mais altérée dans les tâches plus complexes associant rendement et sélectivité (laquelle était préservée); l'attention divisée était en ordre. Il n'y avait pas de signe de défaut d'effort face au test chez cette expertisée. La question se posait de sa capacité à apprendre dans le contexte d'une formation intégrée, au mieux sous forme d'une AFP (attestation fédérale de formation professionnelle). Le niveau de l'efficacité intellectuelle et le déficit mnésique laissaient plutôt entendre qu'une formation n'était pas possible pour le moment, même si un certain niveau d'acquisition scolaire de base (arithmétique, écriture) était présent. La capacité de travail dans l'économie normale apparaissait aléatoire du fait de ces déficits. Au vu du jeune âge de l'expertisée et des possibilités d'amélioration, un passage par une structure pouvant assurer le renforcement des acquisitions scolaires et une

amélioration des compétences verbales ainsi que des stages dans différents métiers, en vue d'une éventuelle AFP à initier d'ici un ou deux ans, apparaissait actuellement comme l'attitude la plus conforme aux limitations cognitives de l'expertisée. La capacité de travail et, notamment, le rendement pourraient être évalués secondairement, dans le cadre des stages.

4. Le 6 octobre 2016, l'OAI a accepté de prendre en charge les coûts supplémentaires de la formation professionnelle initiale, sous la forme d'une mesure de soutien à l'insertion professionnelle auprès de D_____ (ci-après D_____) du 2 octobre 2016 au 31 mars 2017.
5. L'OAI a adressé à l'assurée le 18 octobre 2016 une décision lui octroyant l'indemnité journalière dès le 3 décembre 2016 durant la période de réadaptation et lui adressait des décomptes valables pour la période du 1er janvier au 2 décembre 2016 et du 3 décembre 2016 au 2 avril 2017.
6. Le 8 décembre 2016, Monsieur E_____, coordinateur en insertion professionnelle de D_____, a informé l'OAI des difficultés qu'il rencontrait avec l'assurée. Les retours, suite aux quelques jours de stage, étaient très positifs. Elle avait une bonne technique et aimait vraiment ce qu'elle faisait. Toutefois, son engagement en dehors des stages était proche de zéro. Elle ne faisait pas les travaux demandés (recherches de formations complémentaires et d'instituts dans lesquels elle aimerait faire un stage, listes des compétences et des pratiques qu'elle maîtrisait, notamment). Pour tenter de masquer ces manques, elle inventait à chaque rendez-vous un nouveau projet et expliquait que, du coup, elle n'avait pas effectué les tâches demandées. Les deux derniers projets étaient de s'installer comme indépendante pour proposer ses services aux EMS et foyers pour handicapés. Un délai de dix jours lui avait été imparti pour voir avec sa mère si elle pourrait s'appuyer sur l'entreprise de celle-ci pour démarrer cette activité, apprendre un texte de présentation de cette activité (préparer avec l'équipe de D_____), faire des fiches de présentation des différents massages qu'elle pouvait proposer et faire une liste du matériel nécessaire pour démarrer son activité. L'assurée n'avait rien fait dans le délai et avait annoncé un nouveau projet de formation en onglerie. Encore une fois, elle avait amené une bonne idée, mais n'avait rien entrepris pour la faire avancer. Depuis quelques semaines, elle avait un copain. Quatre rendez-vous lui avaient été donnés ainsi qu'un ultimatum. Si elle ne montrait pas un réel changement dès la semaine suivante, la fin du suivi avec D_____ serait requise. L'assurée possédait le potentiel pour travailler en entreprise; elle devait juste se décider « à abattre la forêt qu'elle avait dans les mains ».
7. Selon une note de travail du gestionnaire de l'OAI du 9 février 2017, l'assurée avait repris contact avec Madame F_____, psychologue-psychothérapeute, depuis peu et bénéficié de deux séances. Selon la psychologue, c'était une jeune femme qui avait des capacités d'élaboration limitées et qui présentait une fragilité émotionnelle. Elle l'avait déjà suivie en 2012, dans le contexte de la séparation de

ses parents, pour un accompagnement dans cette période émotionnellement difficile, avec un comportement violent du père. Ce suivi s'était arrêté en 2014.

8. Selon un avis établi le 18 mars 2017 par la docteure G_____, médecin SMR, l'assurée avait démontré des compétences professionnelles et des ressources personnelles suffisantes durant sa formation. L'activité d'esthéticienne apparaissait adaptée à ses limitations fonctionnelles et était exigible à 100% dès la date de l'obtention du diplôme.
9. Selon un rapport établi le 25 avril 2017 par Madame H_____, de D_____, il était évident que les limites de l'assurée altéraient son autonomie professionnelle et personnelle de manière importante. D'après les difficultés constatées durant les six mois d'accompagnement, il était estimé qu'elle n'était pas capable de répondre aux exigences de base d'une entreprise du marché de l'emploi et qu'elle devait être dirigée vers un emploi en milieu protégé.
10. Selon un rapport final sur mesures d'ordre professionnel du 28 avril 2017, l'OAI avait pris en charge dans le cadre d'un mandat de réadaptation, une formation dispensée par I_____ du 8 septembre 2014 au 30 septembre 2016. À l'issue de sa formation professionnelle en esthétique, elle avait obtenu le certificat de « praticienne esthétique ». Pour la soutenir dans ses démarches d'insertion professionnelle, augmenter ses perspectives de trouver un emploi et d'obtenir une capacité de gain, l'OAI avait encore pris en charge une mesure de soutien à l'insertion professionnelle auprès de D_____ du 2 octobre 2016 au 31 mars 2017. Le médecin conseil de l'OAI avait estimé le 18 mars 2017 que l'activité d'esthéticienne était adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée et exigible à 100% dès la date de l'obtention du diplôme. L'OAI avait procédé à une comparaison des gains selon l'art. 26 RAI dont il ressortait que l'assurée subissait une perte de gain de 20%. En conséquence, le mandat de réadaptation était liquidé.
11. Par courriel du 17 mai 2017, la mère de l'assurée a demandé des nouvelles à l'OAI. Elle se faisait énormément de soucis au sujet de sa fille, qui semblait de plus en plus mélancolique et triste. Cette dernière était certes en grande difficulté scolaire depuis sa petite enfance en raison de son retard de croissance, mais elle progressait régulièrement, ce qui permettait de maintenir l'espoir d'une vie future indépendante. Depuis un an, elle assistait à un recul et à une incapacité de discernement de sa fille qui s'intensifiait. Elle ne pensait pas que l'assurance-chômage était adaptée à ses besoins, car ce n'était pas de la mauvaise volonté de sa part de ne pas trouver un travail, mais bel et bien une incapacité à se retrouver dans un milieu professionnel actif et normal. Elle souhaitait que sa fille puisse s'épanouir en trouvant une place dans la société adaptée à ses compétences.
12. Par projet de décision du 19 mai 2017, l'OAI a rappelé qu'il avait pris en charge une formation dispensée par I_____, à l'issue de laquelle l'assurée avait obtenu le certificat de praticienne en esthétique. Afin de la soutenir dans ses démarches d'insertion professionnelle, celle-ci avait bénéficié d'une mesure de soutien auprès

de D_____, du 2 octobre 2016 au 31 mars 2017. Malheureusement, elle avait manqué plusieurs rendez-vous et n'avait pu obtenir que quelques stages. Le SMR estimait que l'activité d'esthéticienne était adaptée à ses limitations fonctionnelles et exigible à 100%. Sa réadaptation professionnelle étant achevée, elle pouvait réaliser un revenu qui excluait le droit à la rente. Son taux d'invalidité était de 20%, soit un taux insuffisant pour lui ouvrir un droit à une rente d'invalidité.

13. L'assurée a formé opposition au projet de décision de l'OAI le 19 juin 2017.
14. Par décision du 4 juillet 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision.
15. Le 19 juillet 2017, la mère de l'assurée, a formé, pour cette dernière, recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, faisant valoir que, depuis quelque temps, sa fille était de moins en moins capable de discernement. Elle ne pensait pas que l'assurance-chômage était adaptée à ses besoins. Ce n'était pas par mauvaise volonté que sa fille ne trouvait pas un travail, mais en raison de son incapacité à se retrouver dans un milieu professionnel actif et normal. Elle était actuellement suivie par le docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui lui avait fixé rendez-vous au 31 août suivant pour un bilan neuropsychologique auprès du docteur K_____.

À l'appui de son recours, elle a produit :

- un rapport établi par la directrice d'I_____, Madame L_____, le 25 mai 2017, indiquant que l'assurée avait suivi la formation théorique et pratique du programme d'esthéticienne dermo-hygiéniste. Pendant toute sa formation, cette dernière avait fait preuve de courage, mais les difficultés rencontrées dans l'intégration de la théorie professionnelle étaient importantes. Bien que capable de reproduire la gestuelle des soins, ce qui lui avait permis d'obtenir le certificat de formation pratique, mais non le diplôme de dermo-hygiéniste, ses formatrices avaient constaté qu'elle était dans l'incapacité à exercer de façon autonome. Ses difficultés ne lui permettaient pas de prendre les décisions adaptées aux différents cas qu'elle pouvait rencontrer en entreprise et, de ce fait, elle devait forcément être suivie en permanence pour que son travail soit supervisé. À la fin de son parcours de formation et après un entraînement constant, elle avait forcément atteint un niveau suffisant pour recevoir un certificat de formation pratique, mais il était fort douteux qu'elle soit capable d'être autonome, et cela, encore moins si elle n'avait pas pu évoluer depuis ;
- une appréciation de fin d'année établie par Madame M_____ de l'école N_____ (année 2009/2010), dont il ressort que l'assurée avait pu s'intégrer à sa façon. Sa bonté envers tous les élèves de la classe lui avait permis de se faire de bonnes amies. Souvent, elle était perdue dans les différentes situations de la vie quotidienne à l'école et dépassée par les exigences dans les apprentissages. Elle rêvait beaucoup, semblait être dans son monde à elle, mais elle donnait toujours le meilleur d'elle-même et travaillait dur pour ne pas perdre le fil. Malheureusement, elle n'avait pas pu poursuivre les cours de soutien depuis le

mois de février. Elle affrontait ses difficultés avec courage, mais elle était souvent déboussolée. Elle avait besoin de beaucoup de calme, de bienveillance et d'un grand soutien individuel, ce qui ne pouvait être assuré au sein de leur établissement.

16. Par réponse du 20 septembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il ressortait du rapport de réadaptation du 6 octobre 2016 que, selon la directrice d'I_____, l'assurée était capable de travailler de manière soignée et comprenait vite les tâches qui lui étaient confiées. Selon la directrice, elle pourrait faire une excellente praticienne en esthétique. Afin de soutenir l'assurée dans ses démarches d'insertion professionnelle et d'augmenter ses perspectives de trouver un emploi, l'OAI avait mis en place une mesure auprès de D_____. Selon un courriel du 8 décembre 2016 de D_____, les retours suite aux quelques jours de stage avaient été très positifs. Toutefois, l'engagement de l'assurée en dehors des stages était proche de zéro. Il convenait de constater que l'assurée s'était très peu investie dans les mesures de soutien à l'intégration professionnelle proposée pendant les six mois ayant suivi sa formation. Les stages effectués avaient été de courte durée, soit un stage de trois jours et un stage de cinq jours. Or, une durée de huit jours (sur six mois) n'était en aucun cas suffisante pour pouvoir déduire une quelconque absence de capacité de travail ou de difficultés dues à l'atteinte à la santé. Ceci d'autant plus que l'aptitude subjective de l'assurée était moindre, voire absente. Dès lors, les conclusions du stage ne pouvaient être suivies. S'agissant du courrier d'I_____ du 25 mai 2017, l'OAI était surpris par son contenu qui était en totale contradiction avec les constatations faites précédemment lors de la formation. En effet, tout au long de la formation qui avait été prise intégralement en charge par l'OAI, il n'avait jamais été fait état de difficultés de la recourante, tant dans la formation théorique que pratique, puis presque neuf mois après la fin de la formation, I_____ faisait état d'une impossibilité de la recourante à exercer une activité de façon autonome dans le domaine de l'esthétique. En l'occurrence, au vu du parcours de la recourante et de ses limitations fonctionnelles, celle-ci pouvait exercer des activités dans le domaine de l'esthétique telles que l'épilation, les soins du visage, le massage de bien-être, l'accueil des clients, le nettoyage des cabines, etc. Il s'agissait en effet d'activités simples qui respectaient ses limitations fonctionnelles et pour lesquelles elle avait été formée et avait réussi son diplôme. C'était ainsi à juste titre que l'OAI avait rendu une décision de réussite des mesures et de refus de rente d'invalidité. Par surabondance, la recourante pourrait également exercer dans d'autres domaines tels que ceux d'employée en intendance (nettoyages de bureaux, chambres), employée dans l'industrie légère (conditionnement), auxiliaire de vente (mise en rayons), serveuse, etc.
17. La recourante et sa mère ont été entendues par la chambre de céans le 21 mars 2018.
18. La recourante a produit à l'audience :

- un rapport établi le 3 septembre 2017 par le docteur O_____, neurologue FMH, et Madame K_____, psychologue, spécialiste en neuropsychologie FSP, qui avaient procédé à une évaluation des fonctions supérieures de l'assurée, dans le contexte d'une appréciation du fonctionnement intellectuel. Ils concluaient à un handicap intellectuel léger. Pour ce qui était de la sphère relationnelle, l'assurée se montrait adéquate dans le contact et collaborante. Si au début de la séance, elle s'était montrée relativement distante, elle avait établi progressivement une relation de confiance et pouvait se montrer authentique.

19. Le 27 mars 2018, la recourante a produit à la procédure un rapport établi le 20 mars 2017 dans lequel le Dr J_____ indiquait la suivre depuis le 28 avril 2017, en raison d'un trouble d'adaptation avec une réaction dépressive prolongée dans un contexte psychosocial difficile. La patiente n'arrivait pas à trouver sa voie sur le chemin de l'autonomie. Elle s'était trouvée tout d'abord en fin de droit de chômage et demandait actuellement de l'aide comme prestataire auprès de l'Hospice général de la ville de Genève. Ils avaient envisagé un bilan neuropsychologique le 31 août 2017 permettant d'attester son fonctionnement psychologique en relation à ses compétences intellectuelles. Il avait été constaté des difficultés, associées aux observations cliniques et aux limitations dans un certain nombre de tests qui témoignaient d'un fonctionnement intellectuel très faible, compatible avec une problématique développementale. Les troubles cognitifs avaient une incidence sur les performances dans certaines épreuves, et plus particulièrement dans celles appréciant la mémoire épisodique, le fonctionnement exécutif ou les capacités attentionnelles, épreuves qui avaient d'ailleurs été administrées en fin de séance. Les diagnostics retenus étaient un retard mental léger, d'autres troubles envahissants du développement et d'autres troubles anxieux mixtes. Concernant les questions occupationnelles, le Dr J_____ pensait qu'il n'était pas envisageable d'imaginer que la patiente pouvait fonctionner professionnellement sur le marché de travail libre, de manière autonome. D'après son évaluation, elle ne serait pas en mesure d'assurer une activité professionnelle. Il estimait ainsi que sa patiente répondait à tous les critères cliniques pour être mise au bénéfice d'une rente d'assurance invalidité avec un encadrement professionnel dans un milieu protégé.
20. Sur questions de la chambre de céans du 28 mars 2018, le Dr J_____ a précisé, le 26 avril 2018 que les diagnostics étaient un retard mental léger, des troubles envahissants du développement, un trouble panique en rémission partielle et un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission. La capacité de travail de l'assurée était de 0%. Une activité professionnelle compatible avec ses limitations lui paraissait possible. On pourrait l'imaginer dans des ateliers protégés. À la base de son évaluation clinique et intellectuelle, il constatait un fonctionnement intellectuel très faible, qui était compatible avec une problématique développementale. Les troubles cognitifs avaient une incidence sur les performances dans certaines épreuves et plus particulièrement dans celles appréciant la mémoire épisodique, le fonctionnement exécutif ou les capacités

attentionnelles. Ces limitations étaient sévères et ne permettaient pas à l'assurée de fonctionner correctement et de manière efficace dans un contexte professionnel ordinaire. Il supposait que son état psychique risquait de s'aggraver lors d'une confrontation à une réalité professionnelle où elle devrait s'adapter au rythme de travail compatible avec les exigences d'un employeur. L'état de santé s'était amélioré sur le plan affectif. Les diagnostics avaient un impact important sur la capacité de la patiente à rechercher un emploi. D'après leurs discussions en séance au sujet des recherches d'emploi ainsi que sur l'orientation professionnelle, l'assurée donnait l'impression d'être très détachée de la réalité professionnelle. Elle se montrait verbalement très motivée d'entamer des projets professionnels, mais il s'agissait, à son avis, de tentatives de récupération narcissique. Elle recherchait à se valoriser au travers de ses représentations mentales où elle travaillait et occupait une place active dans la société. Toutefois, son profil intellectuel ne lui permettait d'envisager que des activités simples et à un rythme pas trop intense.

21. Le 22 mai 2018, l'intimé a maintenu sa position, sur la base d'un avis établi le 15 mai 2018 par le SMR. Selon ce dernier, l'on ne pouvait pas, malgré les conclusions du Dr J_____, retenir une impossibilité pour la recourante d'exercer une activité simple et répétitive, dès lors que l'examen neuropsychologique du Dr C_____ ne montrait qu'un retard mental léger et que la recourante avait pu effectuer une formation d'esthéticienne sans problème. Le Dr J_____ retenait que la seule atteinte médicale pouvant jouer un rôle sur l'exigibilité médicale était le retard mental léger, ce qui confirmait l'évaluation de la situation médicale effectuée par le SMR le 18 mars 2017.
22. Le 20 juin 2018, la recourante a fait valoir que les faits de la cause démontraient qu'elle ne pouvait pas exercer une activité professionnelle dans le domaine esthétique ni dans le marché du travail en général. La décision du 4 juillet 2017 devait en conséquence être annulée et une rente entière d'invalidité lui être accordée. Subsidièrement, une expertise médicale judiciaire devrait être ordonnée.
23. Le 11 juillet 2018, l'intimé a maintenu sa position, faisant valoir que le fait qu'un médecin du SMR n'était pas titulaire d'une spécialisation ne justifiait pas en soi d'écarter son avis puisqu'un tel médecin, quelle que soit sa spécialisation, était en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport de son confrère. Le rapport de D_____ n'était pas suffisant pour déduire une absence de capacité de travail de la recourante, qui ne s'était pas investie dans la mesure proposée. Une capacité de travail de 100% dans des activités simples et pour lesquelles la recourante avait été formée était exigible.
24. Par ordonnance du 28 janvier 2019 (ATAS/67/2019), la chambre de céans, a considéré qu'au vu des rapports médicaux contradictoires figurant au dossier, il se justifiait d'ordonner une expertise psychiatrique et un examen neuropsychologique, qu'elle a confiée à la doctoresse P_____, FMH psychiatrie-psychothérapie, et à Madame Q_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP.

25. Selon le rapport établi par Mme Q_____ le 27 décembre 2019, une expertise neuropsychologique de la recourante avait été effectuée avec des tests de QI et un consilium avait eu lieu avec la Dresse P_____ le 26 novembre 2019. L'évaluation neuropsychologique mettait évidence, objectivement, sur la base des observations cliniques et des tests administrés, sur le plan cognitif, des performances déficitaires pour les différentes tâches qui touchaient la sphère du langage, en mémoire épisodique verbale et visuo-spatiale, dans le calcul oral, au niveau du raisonnement visuo-spatial, associées à des performances possiblement déficitaires en mémoire de travail. Sur le plan de la fatigue et de la résistance, aucune baisse de vigilance n'avait été constatée durant un peu moins de 3 heures d'entretien, ni même de distractibilité. L'expertisée n'avait demandé aucune pause. Les seules baisses étaient en lien avec un manque de motivation. Sur le plan du comportement en séance, l'expertisée avait montré très rapidement son exaspération face à cette situation de test et il était même apparu qu'elle réponde de manière complètement aléatoire lors de certains tests, en signe d'exaspération. Elle avait été peu persévérante et peu concernée à bien répondre. Elle avait montré son ennui à de nombreuses reprises, tant par ses propos, que par que par ses soupirs et ses attitudes comportementales. Elle n'avait pas semblé comprendre les enjeux de cette évaluation, bien que cela lui ait été expliqué. Il était difficile de se faire une idée exacte du potentiel réel de l'expertisée, et surtout d'une éventuelle évolution des acquis depuis 2014 et 2017, car elle n'avait pas de réelles plaintes cognitives, ou tout au plus des plaintes en lien avec ses propres motivations, parce que ses journées étaient composées d'activités peu stimulantes sur un plan cognitif. En conclusion, compte tenu du manque de motivation de l'expertisée, rendant l'interprétation de la présente évaluation délicate, il était difficile de préciser les troubles cognitifs exacts. Selon ce qui semblait établi et vérifié, il y avait une pauvreté sur le plan du langage, rendant les tâches en lien avec cette sphère plus sensible à de mauvaises performances. Le retard mental léger était confirmé (QI entre 60 et 70), et visiblement sans évolution, bien qu'à nouveau le manque de collaboration ne permettait pas de se prononcer avec certitude, étant donné que certains tests étaient meilleurs, d'autres moins bons et d'autres stables, retrouvant l'hétérogénéité déjà mentionnée en 2014 et 2017. Les capacités exécutives et attentionnelles étaient toujours préservées.

S'agissant de ses habitudes, l'expertisée avait indiqué, s'agissant de ses loisirs, qu'elle s'occupait du fils de son amie qui avait 5 ans. Elle voyait des amies le week-end et son petit-ami. Elle jouait tous les jours à des jeux sur son smartphone plusieurs heures de suite. S'agissant de sa journée-type, elle se levait vers 8h00, prenait son petit-déjeuner, s'occupait du fils de son amie, préparait à manger, rangeait la maison et faisait les courses. L'après-midi, elle allait parfois au parc avec le fils de son amie ou jouait avec lui. Sinon, elle jouait plusieurs heures sur son smartphone.

Sur le plan de l'employabilité, d'un point de vue strictement cognitif, il y avait une limitation, en lien avec son retard mental léger, qui ne lui permettait pas d'exécuter certaines tâches et donc certains types d'emplois. Un emploi avec une tâche routinière, sans prise d'initiative et de décision, semblait possible, Par contre, il s'agirait de trouver un emploi où les aspects en lien avec le langage soient peu présents. Il fallait que cet emploi ne la mette pas en échec, sans quoi la problématique motivationnelle ferait avorter le projet. Sur la base d'un emploi adapté aux limitations de l'expertisée, les limitations seraient uniquement motivationnelles et comportementales, en lien avec un probable trouble de la personnalité.

26. À teneur du rapport de la Dresse P_____, son expertise était fondée sur trois entretiens individuels, dont deux de plus d'une heure, et des entretiens avec la mère, le frère et la psychiatre de l'expertisée, ainsi qu'un entretien et plusieurs échanges de courriels avec Mme Q_____ et la lecture du dossier.

Pour le programme de ses journées, l'expertisée disait participer aux tâches ménagères, mais quand on lui demandait avec précision quelles tâches et comment elle le faisait, elle ne pouvait répondre. Elle se réveillait vers le début de l'après-midi. Elle pianotait ensuite sur son téléphone. Elle descendait au rez-de-chaussée vers 15h00. Elle prenait ce qu'il y avait dans le frigo et l'emmenait dans sa chambre. Elle ne cuisinait pas et pouvait manger des tartines de Nutella pendant plusieurs jours de suite. Elle ne pouvait pas donner de détails concernant ses achats alimentaires, quels produits elle aimait et quelles étaient ses préférences alimentaires. Elle regardait des séries TV pendant des heures, mais ne pouvait pas donner les titres de ces séries. Elle jouait à des jeux vidéo pendant quatre heures, par jour en moyenne. Elle se couchait tard et dormait sans insomnies. D'après les proches, sa forme physique se dégradait. Elle ne pratiquait aucune activité sportive et mangeait de façon anarchique. Elle avait actuellement un tic au niveau de la main droite lorsqu'elle était mal à l'aise. Elle était capable de faire sa propre lessive mais laissait celle-ci pendant trois semaines sur l'étendage. Ses parents ne lui donnaient plus d'argent, car elle en donnait à ses amis du moment et s'était fait racketter à plusieurs reprises. Selon ses proches, elle n'aidait pas aux tâches domestiques communes. Selon eux, elle n'avait aucune autre activité que de regarder la télévision, de jouer aux jeux vidéo et de voir ses amis du moment. Toutes les tâches administratives étaient gérées par les parents, l'expertisée ne s'occupait de rien.

L'anamnèse directe révélait que l'expertisée adoptait une attitude générale de gommage de ses difficultés. Quand on l'interrogeait, elle débutait de façon systématique par dire que tout allait bien. Puis lorsque l'experte demandait des détails l'expertisée répondait de façon peu précise, éludait les questions et n'arrivait pas à donner de précisions. Néanmoins, il était clair que le rythme de vie était extrêmement déstructuré. Les heures de coucher et de réveil étaient irrégulières. La tendance à l'hypersomnie diurne et l'inversion du rythme veille-sommeil étaient patents. L'élan vital était diminué de façon non homogène, pour tout ce qui ne lui

plaisait pas, mais maintenu pour certaines activités sociales. Elle ressentait de la tristesse de façon intermittente, mais des moments de joie également. Les colères étaient nombreuses, notamment en ce qui concernait ses relations avec sa famille. L'expertisée déclarait souffrir parfois d'angoisses, sans pouvoir décrire avec précision ce qu'elle ressentait alors.

Lors de l'examen clinique, elle avait été ponctuelle. Sa concentration était dans la norme. Elle avait des troubles mnésiques. Le contenu du discours était banalisant, normatif. Elle n'était pas consciente de ses troubles. Elle avait peu de projections ni d'inquiétudes par rapport à l'avenir. Pas d'idées noires ni d'idées de suicide. Pas de tristesse en entretien. Pas de pleurs. Elle ne semblait pas être consciente de sa situation professionnelle. Elle présentait par moments des signes modérés d'anxiété.

Sous discussion, l'experte a indiqué que l'expertisée n'avait pas donné l'impression de comprendre la mission d'expertise. Elle n'avait pas su dire lors de la première rencontre si ces entretiens étaient destinés à une rente ou à une formation. Après avoir été informée par l'experte, elle n'avait pas semblé éprouver d'anxiété à « être à l'AI ». Un quotient intellectuel à 64 avait été confirmé par l'examen neuropsychologique effectué par Mme Q_____. Le score obtenu correspondait aux évaluations menées par le passé. Selon la CIM-10, poser le diagnostic de retard mental léger (F70) requérait une certaine prudence car certaines de ses composantes étaient influencées par des facteurs sociaux et culturels.

Les critères CIM-10 pour le retard mental léger F 70 incluaient :

- une faiblesse des capacités cognitives : au cours de sa vie scolaire l'expertisée avait bien souffert de limitations cognitives ; elle avait doublé à plusieurs reprises et avait eu besoin de terminer sa scolarité obligatoire dans une école spécialisée. Elle a pu mener à bien une école d'esthétique, mais avait obtenu un certificat de massage et non pas un certificat d'esthéticienne, car elle avait eu des lacunes dans les branches théoriques nécessitant la mémorisation de certaines connaissances. Ensuite, lors du soutien à l'intégration professionnelle, il était mentionné que la responsable de stage avait dû répéter souvent les consignes car l'expertisée ne parvenait pas à les assimiler. L'utilisation de machines n'était pas envisageable. À l'examen neuropsychologique, les mémoires de travail étaient impactées, tout comme la mémoire épisodique (mémoire nécessaire à l'apprentissage). D'autres troubles cognitifs étaient également présents. L'anamnèse fournie par les proches corroborait une difficulté à apprendre et à tenir compte des expériences précédentes. Dans les rapports de stage effectués dans la période d'insertion professionnelle, il était précisé que l'expertisée mettait en place des stratégies pour éviter de montrer qu'elle n'avait pas effectué les tâches qui lui étaient demandées. Elle semblait en difficulté pour mener à bien une activité complète, comme écrire une lettre de motivation et l'envoyer.

- une faiblesse de la compétence sociale : dans le cas de l'expertisée, il avait été mentionné dans un rapport de stage qu'elle n'avait pas la bonne attitude avec les clientes de l'institut, non par manque de motivation, mais plutôt par manque de lecture des codes nécessaires pour répondre aux exigences de la clientèle d'un cabinet d'esthétique. Les proches décrivaient une attitude sociale naïve et inadaptée. Elle n'arrivait pas à ajuster son comportement à une situation donnée et se retrouvait de ce fait dans des situations problématiques. Lors de l'entretien neuropsychologique chez Mme Q_____, l'expertisée avait clairement fait preuve d'une attitude inadaptée dans un contexte de demande d'expertise motivée par un recours, ce qui correspondait à un âge mental de 9 à moins de 12 ans. Les évaluations neuropsychologiques effectuées entre 2014 et actuellement situaient le QI entre 64 et 67, en tous les cas, il était inférieur à 70.
- l'acquisition du langage : le bilan neuropsychologique de Mme Q_____ mettait en évidence une pauvreté du langage et cela était accentué par les difficultés de l'expertisée à élaborer sa pensée. L'experte avait dû parfois répéter les questions. L'examen clinique psychiatrique avait corroboré cette pauvreté du langage.
- l'autonomie dans les besoins quotidiens : l'expertisée était autonome pour se laver, s'habiller, manger et effectuer certaines tâches domestiques. Néanmoins, les proches décrivaient des problèmes d'autonomie dans les tâches domestiques, des problèmes d'hygiène personnelle ainsi qu'une tendance à ne pas cuisiner ni faire le ménage. L'expertisée vivait de ce fait dans un environnement direct (chambre) insalubre. Elle se nourrissait mal. Elle paraissait autonome mais, en pratique, elle était complètement dépendante de ses proches pour toutes les tâches administratives. Tous ces éléments permettent de poser le diagnostic de retard mental léger (F 70).

En effet, en plus des éléments qui permettaient de poser le diagnostic de retard mental léger (F 70), on pouvait constater d'autres éléments qui caractérisaient le fonctionnement habituel de l'expertisée. En premier lieu, on pouvait mentionner qu'elle vivait des ruptures, des à-coups dans ses vies professionnelle et sentimentale, elle passait de l'idéalisation à la « desidéalisation » de façon rapide et entière, sans nuances. Elle suivait ses impulsions du moment. Par exemple, si elle éprouvait des difficultés lors de ses stages, elle n'y allait plus pendant de longues semaines. Elle organisait régulièrement des soirées chez elle sans penser aux habitants de la maisonnée et aux conflits qui suivraient du fait du dérangement occasionné. Dans le cadre de l'expertise, elle était arrivée en état oppositionnel à l'examen neuropsychologique, alors qu'elle était en situation de demande de rente. Au premier entretien psychiatrique, son attitude était clairement irritée, oppositionnelle. Sur le plan anamnestique, l'expertisée avait montré une palette émotionnelle variée allant de l'irritabilité et l'opposition à la joie puis la tristesse. On pouvait de ce fait évoquer une labilité émotionnelle. Les capacités

d'anticipation étaient réduites et il y avait de fréquents éclats de colère ainsi que des conflits avec l'entourage (famille, amis). Les éclats de colère étaient souvent déclenchés par des critiques. L'expertisée pouvait difficilement rester seule longtemps. Elle était dépendante des jeux vidéo, s'engageait dans des relations intenses et instables, vivait d'intenses crises émotionnelles en rapport avec sa vie affective, vivait une dépendance affective à ses amis du moment, mais en changeait fréquemment. Les querelles avec la famille et les amis étaient fréquentes. Elle ne décrivait pas avec des mots un vide intérieur, mais l'examen clinique permettait de l'évoquer clairement.

Il n'y avait pas de gestes auto-agressifs. Néanmoins, il y avait suffisamment de critères pour poser le diagnostic de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F 60.3). Les trois critères minimums retenus pour poser ce dernier diagnostic étaient :

1. Incertitude concernant ses buts et ses choix personnels ;
2. Tendance à s'engager dans des relations intenses et instables amenant souvent à des crises émotionnelles ;
3. Sentiment de vide intérieur.

On pouvait ajouter des mécanismes de défense de type victimisation, projectivité et déni, qui étaient associés à ce trouble, de même qu'un syndrome de diffusion d'identité. Tout cela semblait présent de façon permanente et durable dans la façon qu'avait l'expertisée d'aborder ses relations interpersonnelles. Ce trouble pouvait être présent de façon physiologique au cours du développement, dans l'adolescence d'un individu. De ce fait, au vu de l'âge de l'expertisée, qui se situait encore dans une période de plasticité et d'évolutivité possible, il serait utile d'effectuer une réévaluation d'ici trois à quatre ans, afin de déterminer si ce trouble de la personnalité avait cédé ou s'il a persisté. La présence de ce trouble pouvait expliquer une péjoration de la situation décrite par les proches, car il apparaissait souvent au cours de l'adolescence. L'expertisée ne semblait pas se faire du souci pour l'avenir. Elle n'était pas ralentie et ne présentait pas de fatigabilité excessive. Elle présentait bien une tristesse, de façon intermittente, mais cela s'inscrivait dans un contexte de labilité émotionnelle et s'accompagnait d'une possibilité rapide de sortir de cette émotion pour passer à une autre tonalité émotionnelle. L'appétit et la libido étaient conservés. Le sommeil était perturbé avec une inversion du rythme nyctéméral. L'image de soi semblait de prime abord conservée, mais l'experte avait un doute à ce sujet. Il n'y avait pas de culpabilisations excessives. L'expertisée pouvait être abattue pendant plusieurs jours, mais elle sortait de cet abattement au gré d'une nouvelle relation sentimentale ou d'une nouvelle amitié. Il n'y avait donc pas actuellement d'éléments permettant de poser le diagnostic d'une dépression. Il n'y a pas davantage d'éléments en faveur d'une accélération de la pensée ni d'un trouble de type maniaque (bipolaire). L'expertisée décrivait de l'anxiété, mais de façon intermittente et modérée. Il n'était pas exclu qu'elle

présente des attaques de panique, mais cela n'a pas été constaté lors des entretiens d'expertise. Par ailleurs le stress occasionné par la situation d'expertise n'avait pas causé de syncopes lors des entretiens. Il faut ajouter à ce tableau clinique un manque de motivation manifeste, également évoqué dans le bilan neuropsychologique effectué dans le cadre de cette expertise bidisciplinaire.

Selon la CIM-10, l'expertisée souffrait d'un retard mental léger (F 70) depuis l'enfance. Ce trouble n'était en théorie pas complètement invalidant sur le plan de la capacité de travail, puisque l'individu qui en était atteint pouvait en principe s'acquitter d'une tâche quotidienne routinière, simple, manuelle. Dans le cas de l'expertisée il était difficile d'imaginer que cela soit réalisable. En effet non seulement elle avait de la difficulté à apprendre de nouvelles consignes, mais elle avait également de la difficulté à se rappeler des consignes. Elle avait besoin de quelqu'un qui la guide et l'encadre en permanence. Elle oubliait, vivait dans un déni complet de ses difficultés et n'emmagasinait pas les conséquences de ses expériences passées. De ce fait, l'experte considérait que dans ce cas précis et dans un milieu du travail standard et rémunéré, la capacité de travail était de 0%. Par contre dans le cadre d'un milieu protégé et encadré en permanence, de type atelier protégé, la capacité de travail devrait débiter à 50% et pourrait aboutir à 100% après évaluation sur le terrain.

L'expertisée souffrait également d'une personnalité émotionnellement labile de type borderline (F 60.3). Ce trouble était présent depuis 2016, selon les dires de la famille, et cela correspondait bien à ce que l'on savait de ce trouble, qui était structurel, qui apparaissait lors de l'adolescence, mais qui pouvait régresser au cours de la vie adulte, une fois l'adolescence passée.

Ce trouble n'était pas invalidant en lui-même quand bien même il était à l'origine de nombreuses difficultés sur les plans familial et relationnel et pouvait être à l'origine également de nombreuses difficultés professionnelles. En association avec le retard mental léger, il compliquait considérablement la situation, car la présence d'une victimisation et d'une projectivité rendaient les apprentissages encore plus difficiles. L'individu qui en souffrait n'était pas forcément enclin à se remettre en question lors des difficultés rencontrées dans l'existence et dans la vie professionnelle.

Selon l'experte, il n'y avait pas d'exagération des symptômes. Il y avait une concordance entre l'examen clinique et l'anamnèse. Il n'y avait pas de traitement médicamenteux pour les diagnostics posés actuellement. La compliance était bonne, l'expertisée se rendait à ses entretiens psychothérapeutiques. Cela pouvait paraître contradictoire puisqu'elle considérait ne pas avoir de troubles psychiques. Néanmoins, il semblait que la qualité de l'alliance avec son psychothérapeute soit la clé de cette bonne compliance. Elle rencontrait d'importantes difficultés dans tous les domaines de la vie. Ses ressources étaient mauvaises. Elle n'avait pas pu mettre à profit l'aide dont elle avait bénéficié (aide à l'insertion professionnelle

notamment et aide de ses proches). L'experte ne voyait pas comment l'expertisée pourrait être autonome sur les plans professionnel et administratif après le départ du frère et de la mère. Une curatelle pourrait être envisagée avec un curateur neutre au vu des problèmes familiaux évoqués plus haut.

27. Dans son écriture du 28 janvier 2020, la recourante a estimé que les rapports d'expertise devaient se voir reconnaître pleine valeur probante. Ils confirmaient qu'elle ne pouvait pas être intégrée au marché du travail en raison de ses atteintes et n'envisageaient que la possibilité de tenter une activité partielle en atelier protégé.
28. Par écriture du 28 janvier 2020, l'intimé se référant à un avis du SMR du 27 janvier 2020, a estimé que le rapport de Mme Q_____ confirmait les deux précédents bilans neuropsychologiques figurant au dossier. En revanche, le rapport de la Dresse P_____ ne pouvait être suivi. L'experte psychiatre retenait, comme diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail, un retard mental léger et un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline. L'experte concluait à une capacité de travail nulle dans le marché équilibré du travail.

Le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline ne pouvait être retenu. Aucun des médecins ayant suivi la recourante n'avait jamais retenu ce diagnostic. En outre, et comme l'indiquait le SMR les troubles du comportement de l'assurée étaient dus et justifiés par son retard mental et contrairement à ce qu'indiquait l'experte psychiatre, ils ne relevaient pas d'un trouble de la personnalité. D'un point de vue psychiatrique, la recourante ne présentait pas de comorbidité psychiatrique justifiant une incapacité de travail totale dans le marché équilibré du travail.

Enfin, une analyse en bonne et due forme des indicateurs permettait de relever que la recourante avait des ressources mobilisables, au même titre que celles de son entourage (famille et amis). La description d'une journée-type changeait selon l'experte. Lors de l'expertise psychiatrique, la recourante avait indiqué ne faire pratiquement aucune tâche à la maison et se lever tard, alors que lors de l'expertise neuropsychologique, elle avait indiqué se lever vers 8h, prendre le petit-déjeuner, s'occuper du fils de son amie, préparer à manger, ranger la maison et faire les courses. L'après-midi, elle allait parfois au parc avec le petit ou jouait avec lui. Sinon, elle jouait sur son smartphone durant des heures. L'analyse de la vie quotidienne et sociale indiquait qu'il n'existait pas une limitation uniforme dans toutes les activités de la vie quotidienne et montrait que la recourante disposait de ressources personnelles préservées. Elle avait ainsi une capacité de travail de 100%, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Dans son avis du 27 janvier 2020, Madame R_____, médecine interne, du SMR, a estimé que le diagnostic de trouble de la personnalité ne pouvait pas être retenu, relevant que le psychiatre traitant de la recourante ne l'avait jamais évoqué.

À ce propos, la CIM-10 précisait que le retard mental s'accompagnait d'une immaturité émotionnelle et sociale, ce qui était le cas chez l'assurée. En effet, celle-

ci présentait une faiblesse de la compétence sociale, une attitude sociale naïve et inadaptée, un manque de lecture des codes nécessaires pour avoir la bonne attitude en société, comme le décrivait par ailleurs l'experte psychiatre. L'immaturité émotionnelle s'inscrivait dans le cadre du retard mental. Les troubles du comportement de l'assurée étaient dus et justifiés par son retard mental et ne relevaient pas d'un trouble de la personnalité. Lorsqu'elle était motivée, l'assurée était tout à fait capable de se concentrer, n'avait pas de troubles de l'attention, ni de mémorisation, comme cela avait été constaté lors des deux expertises. En effet, selon l'experte neuropsychologique, lorsque l'assurée était motivée, il n'y avait aucun trouble mnésique ou attentionnel, et après 3 heures d'entretien, il n'avait pas été constaté de fatigabilité, ni de baisse de vigilance ni de distractibilité, mais de bonnes capacités exécutives et attentionnelles. L'experte psychiatre n'avait pas retrouvé au status de fatigabilité, de trouble de l'attention ou de la concentration, ni de ralentissement psychomoteur. L'élan vital était maintenu pour les activités sociales qui plaisaient à l'assurée. Ainsi, le trouble du comportement, avec immaturité sociale et émotionnelle, était à englober dans le diagnostic de retard mental léger. Cela entraînait des limitations fonctionnelles cognitives et comportementales bien décrites par l'experte neuropsychologue, et une pleine capacité de travail dans une activité strictement adaptée (simple, répétitive et non intellectuelle).

29. Le 11 février 2020, la recourante a encore observé que la Dresse R_____ était généraliste et ne l'avait pas examinée ni même rencontrée. Elle retenait les conclusions de la neuropsychologue, mais omettait certains éléments qui étaient en défaveur de sa position. Ainsi, dans ses conclusions, Mme Q_____ avait évoqué qu'une capacité de travail semblait possible. Contrairement aux allégations du SMR, il n'était par ailleurs nullement mentionné un taux de capacité de travail et pour cause, il y avait lieu de se référer au consilium avec l'experte psychiatre, qui mentionnait une totale incapacité de travail. Le SMR mentionnait la dernière phrase du rapport de Mme Q_____, soit que dans un poste adapté les limitations seraient uniquement motivationnelles et comportementales, mais passait sous silence les derniers mots, soit que ces limitations seraient en lien avec un probable trouble de la personnalité. Ces derniers mots donnent un tout autre éclairage de la situation. De plus, Mme Q_____ avait retenu des performances déficitaires pour les différentes tâches qui touchaient la sphère du langage, en mémoire épisodique verbale et visuo-spatiale, dans le calcul oral, au niveau du raisonnement visuo-spatial associées à des performances possiblement déficitaires en mémoire de travail. Dans ses conclusions, Elle retenait qu'une activité adaptée devrait tenir compte de son retard mental, être routinière, sans prise d'initiative et de décision. En d'autres termes, comme le relevait l'experte psychiatre, la recourante devait être guidée et encadrée en permanence, ce qui était manifestement incompatible avec une activité dans l'économie libre. Le SMR poursuivait en indiquant que le trouble de la personnalité retenu par l'experte psychiatre ne pouvait pas être admis au motif qu'il n'avait pas été annoncé auparavant et que, selon le généraliste du SMR, qui

n'avait jamais rencontré la recourante, le trouble du comportement avec immaturité sociale et émotionnelle qu'elle présentait était englobé dans le retard mental et ne constituait pas un trouble de la personnalité. Le SMR concluait dès lors à une totale capacité de travail dans une activité adaptée. Il admettait toutefois que ce qu'il qualifiait d'immaturité émotionnelle incluait que la recourante présente notamment une faiblesse de la compétence sociale, une attitude sociale naïve et inadaptée et un manque de lecture des codes nécessaires pour avoir une bonne attitude en société. Il était ainsi manifeste que, même sous une autre appellation, la description du SMR ne permettait pas de retenir de capacité de travail dans l'économie libre. Dans son écriture du 28 janvier 2020, outre se rallier à l'avis SMR, l'intimé retenait, de sa propre initiative, qu'il n'existait pas de limitation uniforme dans toutes les activités de la vie quotidienne, alors même que l'experte psychiatre préconisait des mesures de curatelle. Le raisonnement de l'intimé était fondé sur la différence entre la description de la journée type faite à la neuropsychologue et à la psychiatre. Cette différence résultait du fait que la neuropsychologue avait pris note de ce que lui avait déclaré la recourante, alors que la psychiatre, qui avait vu plusieurs fois la recourante, lui avait demandé des précisions. Le questionnement de l'experte psychiatre avait permis de relever que, concrètement, la recourante ne faisait pratiquement rien, ce qui avait également été confirmé par ses proches qui vivaient avec elle. L'intimé avait par ailleurs omis que, compte tenu de la gravité de la situation, une mesure de curatelle était envisagée par l'experte psychiatre. Tant le SMR que l'intimé oublièrent que dans leurs conclusions en consilium, les experts confirmaient celles de D._____ et du Dr J._____. Les conclusions du SMR étaient donc dénuées de valeur probante et il fallait s'appuyer sur les expertises judiciaires qui remplissaient l'intégralité des réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur. Par conséquent, la décision du 4 juillet 2017 devait être annulée et une rente entière d'invalidité devait lui être accordée.

30. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
3. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité.

4. 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.

5. a. 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 malade, 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 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

b. En 2017, 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 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 (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7).

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).

c. 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), à l'aide des indicateurs suivants :

c.a. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés.

c.b. Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation.

c.c. La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

c.d. Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées.

c.e. Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le

biais de son réseau social. Il faut s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie.

c.f. Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

c.g. Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée.

6. Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective.

La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2).

-
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).
- c. 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.a. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).
- c.b. 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).
-

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, l'intimé a refusé une rente d'invalidité à la recourante en se fondant sur un rapport de son médecin-conseil qui concluait que l'activité d'esthéticienne était adaptée à ses limitations et exigible d'elle à 100%.

La recourante a fait valoir qu'elle était totalement incapable de travailler dans le domaine de l'esthétique et dans le marché du travail ordinaire, sur la base d'un rapport du Dr J_____.

La chambre de céans considérant que les rapports médicaux au dossier étaient contradictoires et lacunaires a ordonné une expertise psychiatrique et neuropsychologique.

Les parties ne contestent pas la valeur probante de l'examen neuropsychologique, mais l'intimé conteste celle de l'expertise de la Dresse P_____.

Le rapport d'expertise de cette dernière répond a priori aux réquisits pour se voir reconnaître une valeur probante.

L'intimé, se référant à un avis du SMR, a fait en particulier valoir que c'était à tort que la Dresse P_____ retenait un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, parce qu'aucun des médecins ayant suivi la recourante n'avait retenu ce diagnostic et que les troubles du comportement de celle-ci étaient dus et justifiés par son retard mental. La CIM-10 précisait que le retard mental s'accompagnait d'une immaturité émotionnelle et sociale, ce qui était le cas chez la recourante. En effet, celle-ci présentait une faiblesse de la compétence sociale, une attitude sociale naïve et inadaptée, un manque de lecture des codes nécessaires pour avoir la bonne attitude en société, comme le décrivait par ailleurs l'experte psychiatre. Son immaturité émotionnelle s'inscrivait donc dans le cadre du retard mental.

L'appréciation de la Dresse R_____, qui conteste l'un des diagnostics posés par la Dresse P_____, ne suffit pas à remettre en cause la valeur probante de l'expertise de cette dernière, dès lors que ce médecin du SMR n'est pas spécialisée en psychiatrie et qu'elle ne fait pas valoir d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. Elle procède seulement à une autre appréciation du cas, sur la seule base du dossier et sans avoir elle-même entendu la recourante.

Comme la Dresse R_____ l'a relevé, le retard mental s'accompagne d'une immaturité émotionnelle et sociale, ce qui peut expliquer que les psychiatres traitants de la recourante n'aient pas posé le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, comme l'a fait l'experte psychiatre.

Cette dernière a motivé de façon détaillée ce diagnostic, en s'appuyant sur les constats faits par la famille de la recourante depuis 2016, les informations sur son comportement ressortant du dossier, les déclarations de l'expertisée lors de leurs entrevues ainsi que sur l'expertise neuropsychologique, et en examinant les critères du diagnostic selon la CIM-10 (F 60.3). Sa démonstration est convaincante et n'est pas sérieusement remise en cause par celle de la Dresse R_____.

L'experte a retenu que le diagnostic de retard mental léger n'était en théorie pas complètement incapacitant, mais qu'il l'était dans le cas de la recourante, puisqu'elle avait non seulement de la peine à apprendre de nouvelles consignes, mais également à s'en rappeler et qu'elle avait besoin d'être guidée et encadrée en permanence. Le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline compliquait considérablement la situation, car la présence d'une victimisation et d'une projectivité rendait les apprentissages plus difficiles.

Il en résulte que le premier indicateur développé par le Tribunal fédéral est rempli, à savoir que la recourante souffre d'une atteinte grave en lien avec les diagnostics posés, qui la limite dans ses apprentissages et sa capacité de travail.

Le deuxième indicateur est également rempli, la prise en charge médicale régulière par le Dr J_____ n'ayant pas permis d'améliorer les compétences de la recourante et des médicaments n'étant pas susceptibles de le faire.

L'experte a relevé une bonne compliance de la recourante, qui se rendait à ses entretiens psychothérapeutiques.

Le critère de la comorbidité psychique est également rempli, puisque le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline aggrave les limitations de la recourante liées au diagnostic de retard mental léger. Son importance limite concrètement ses ressources, de sorte qu'elle a besoin d'être guidée et encadrée en permanence.

L'experte a relevé, s'agissant du complexe de personnalité de la recourante, qu'elle avait des mécanismes de défense qui l'amenaient à minimiser sa part de responsabilité dans ses difficultés relationnelles et professionnelles. Sa conscience des autres était immature et partielle et son contrôle des affects mauvais. Ses ressources étaient mauvaises, dès lors qu'elle n'avait pas pu mettre à profit l'aide dont elle avait bénéficié à l'insertion professionnelle ni celle de ses proches. Son père était absent et sa mère et son frère décrivaient un phénomène d'usure et ne souhaitaient plus s'investir autant qu'auparavant pour soutenir la recourante.

Enfin, l'experte a constaté que la recourante avait d'importantes difficultés dans tous les domaines de la vie.

Il résulte des considérations qui précèdent que les indicateurs posés par le Tribunal fédéral pour déterminer si une atteinte psychique est invalidante sont manifestement remplis, contrairement à ce que considère l'intimé.

Le fait que la recourante ait décrit de façon différente sa journée-type aux deux expertes, ne suffit pas à remettre en doute cette conclusion. Le fait que la recourante puisse ne pas avoir un discours constant est même de nature à confirmer ses difficultés. Elle a pu être influencée par sa volonté de se montrer sous le meilleur angle pour se faire bien voir et en raison du déni de ses troubles psychiques, sans prendre conscience, en raison de son léger retard mental, du fait qu'elle n'était pas constante dans ses déclarations. La description de sa journée à Mme Q_____ ne correspond manifestement pas à la réalité, qu'elle a manifestement enjolivée, selon les indications données par ses proches. Comme la recourante l'a soulevé, la Dresse P_____ ne s'est pas contentée des déclarations de la recourante, mais lui a posé des questions, ce qui peut également expliquer les différentes versions de sa journée type. Il faut enfin relever que dans les deux versions, la recourante a admis passer de longues heures à jouer sur son smartphone.

Ainsi, l'expertise de la Dresse P_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Sur cette base, il convient de retenir que la recourante est totalement incapable de travailler sur le marché ordinaire.

10. Selon le rapport final sur les mesures d'ordre professionnel du 28 avril 2017, l'OAI a pris en charge, dans le cadre d'un mandat de réadaptation, une formation dispensée par I_____ du 8 septembre 2014 au 30 septembre 2016, à l'issue de laquelle, la recourante a obtenu le certificat de « praticienne esthétique ». Pour la soutenir dans ses démarches d'insertion professionnelle et augmenter ses perspectives de trouver un emploi et d'obtenir une capacité de gain, l'OAI a encore pris en charge une mesure de soutien à l'insertion professionnelle auprès de D_____, du 2 octobre 2016 au 31 mars 2017, en lui versant des indemnités journalières pendant cette période. Le médecin-conseil de l'intimé a estimé, le 18 mars 2017, que l'activité d'esthéticienne était adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée et exigible à 100% dès la date de l'obtention du diplôme et le mandat de réadaptation a en conséquence été liquidé.
11. Selon l'art. 16 LPGA, 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.

Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du

Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2).

Selon l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré (al. 1). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 (al. 2). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

12. En l'espèce, il est établi que la recourante est totalement incapable de travailler dans le marché normal depuis plus d'un an. Elle a déposé une demande de prestations à l'OAI en 2013. Elle a ainsi droit à une rente d'invalidité entière, à l'issue des mesures octroyées par l'intimé, pendant lesquelles elle a reçu l'indemnité journalière, soit dès le 1^{er} avril 2017.
13. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire peuvent être mis à la charge de l'OAI (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), si ce dernier a procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire sert à pallier des manquements commis dans la phase d'instruction administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).
14. En l'espèce, une expertise judiciaire a été ordonnée par la chambre de céans le 28 janvier 2019, qui a considéré que cette mesure d'instruction était nécessaire, au vu des rapports médicaux contradictoires figurant au dossier. Il se justifie, en conséquence, de mettre les frais de l'expertise à la charge de l'intimé.
15. La recourante obtenant gain de cause et ayant été assistée d'un conseil, elle a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA).
16. L'intimé, qui succombe, sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision rendue le 4 juillet 2017 par l'intimé.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2017.
5. Alloue à la recourante, à charge de l'intimé, une indemnité de CHF 2'000.-, à titre de dépens.
6. Met les frais de l'expertise judiciaire, à hauteur de CHF 7'372.50 à la charge de l'intimé.
7. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
8. 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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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