

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née le _____ 1970, originaire de Macédoine, titulaire d'un permis C depuis le 12 décembre 2003, a travaillé en qualité d'aide de crèche avant d'occuper un emploi de polisseuse en horlogerie à plein temps.
2. Le 26 août 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'OAI ou l'intimé), invoquant une atteinte à l'ouïe, à la colonne cervicale, ainsi qu'une affection psychiatrique.
3. Par décision du 17 octobre 2014, l'OAI a nié à l'assurée le droit à un reclassement et à une rente d'invalidité.

Cette décision reposait sur un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 18 mars 2014 (médecine interne générale, oto-rhino-laryngologie, psychiatrie, rhumatologie et neurologie), retenant les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de cervicalgies chroniques (dans le contexte de troubles statiques et dégénératifs disco-vertébraux pluri-étagés sans compression radiculaire ou médullaire significative), de surdité totale droite et de surdité de perception gauche de degré moyen à sévère, appareillée; et celui, sans répercussion sur la capacité de travail, d'état dépressif léger (F32.0). Les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle de polisseuse en horlogerie et d'éducatrice de la petite enfance, mais complète dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (peu exigeante pour l'audition, de préférence en milieu calme avec peu de communication verbale, pas de travail en position fixe de la colonne cervicale, pas de port régulier de charges supérieures à 10 kilos, pas d'engagement physique lourd, possibilité de changements fréquents de position).

4. Saisie d'un recours contre la décision précitée, par arrêt du 6 octobre 2015 (ATAS/763/2015), la chambre de céans l'a partiellement admis, annulé cette décision en tant qu'elle refusait le droit à des mesures de reclassement, et renvoyé la cause à l'OAI pour mise en œuvre du reclassement.

Elle a en substance considéré que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 18 mars 2014 revêtait pleine valeur probante, que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis février 2012, et que la comparaison du revenu d'invalidé (CHF 45'815.-) avec le revenu de valide (CHF 57'457.10) aboutissait à un degré d'invalidité de 20%, certes insuffisant pour donner droit à rente d'invalidité, mais ouvrant le droit à une mesure de reclassement professionnel.

L'assurée a déféré cet arrêt au Tribunal fédéral en tant qu'il lui refusait le droit à une rente entière d'invalidité. Par arrêt du 26 avril 2016 (9C_869/2015), celui-ci a rejeté le recours.

5. Le 15 juin 2016, l'assurée a annoncé à l'OAI une péjoration de son état de santé, et a joint à cet effet le rapport du 30 mars 2016 du docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, posant les diagnostics de trouble de l'adaptation (F43.2), de trouble panique avec agoraphobie (F41.0) et d'épisode dépressif sévère (F32.2). Au status psychiatrique, le médecin a relevé un léger ralentissement psychomoteur, une thymie triste avec affects congruents chez une patiente qui semblait néanmoins lutter contre le masque de la tristesse, une anxiété visible, des idées de honte, de dévalorisation et de culpabilité non-délicirantes mais exagérées, un pessimisme marqué quant à l'avenir, sans idées suicidaires, ainsi que des troubles du sommeil majeurs avec une réduction de plus de deux heures par rapport à l'habitude. La durée inhabituelle de l'épisode dépressif était entretenue selon le médecin par un trouble de l'adaptation aux facteurs de stress toujours présents qu'étaient les handicaps physiques. L'assurée, qui prenait du Millepertuis, ne consultait plus le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, depuis novembre 2014. Le Dr B_____ recommandait à celle-ci un traitement médicamenteux antidépresseur, ainsi qu'une intervention psychothérapeutique adjuvante.
6. Lors d'un entretien avec l'OAI le 25 août 2016, dont le contenu a été retranscrit dans un rapport de réadaptation professionnelle, l'assurée a déclaré qu'elle aimerait travailler avec des enfants. Son interlocuteur lui a indiqué qu'en raison de son problème d'audition, cette activité ne semblait pas adaptée, et lui a proposé de la mettre au bénéfice d'un stage d'orientation aux Établissements publics pour l'intégration (ci-après: EPI), proposition que l'assurée a acceptée.
7. Par communication du 10 octobre 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais d'un stage d'orientation professionnelle aux EPI du 14 novembre 2016 au 19 février 2017.
8. Le 17 novembre 2016, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a attesté d'une incapacité de travail totale du 17 au 30 novembre 2016, qu'il a prolongée jusqu'au 15 janvier 2017.
9. Dans un rapport du 30 janvier 2017, les EPI ont mentionné que l'assurée, dès le début de la mesure, s'était plainte de l'environnement bruyant de l'atelier. Ils lui avaient alors proposé de travailler dans un espace plus calme (bureau, salle informatique), mais la mesure avait été interrompue par l'OAI le 16 décembre 2016 en raison de certificats médicaux d'arrêt de travail.
10. Par communication du 31 mars 2017, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il prenait en charge les coûts d'un reclassement auprès de l'Institut de formation pour adultes de Genève (ci-après: Ifage) du 3 avril au 30 juin 2017, consistant en cours privé de français afin que l'assurée développe ses compétences orales et écrites.
11. Par courriel du 13 juin 2017, la responsable pédagogique à l'Ifage a indiqué à l'OAI que vu la progression et l'implication de l'assurée, elle ne pouvait qu'encourager la poursuite des cours.

12. Par communication du 13 juillet 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais de la formation à l'Ifage dans le cadre d'un cours individuel de français du 8 août au 31 octobre 2017 – prolongé ensuite du 1^{er} novembre au 31 décembre 2017, puis jusqu'au 28 février 2018 –, ainsi que les frais de la formation en lecture labiale dans un cours en groupe auprès de la fondation romande des malentendants Forom Écoute du 25 septembre au 31 décembre 2017.
13. Dans un rapport intitulé « surveillance – MOP » du 30 novembre 2017, l'OAI a indiqué que dans le cadre d'un reclassement pour une éducatrice de la petite enfance en phase de reconnaissance du diplôme étranger, il allait proposer des stages de courte durée pour vérifier sur le terrain la faisabilité du métier en lien avec l'atteinte sensorielle. Le premier stage était prévu avec une population de la petite enfance, le second dans un EMS et le dernier avec une population d'adulte présentant un handicap physique.
14. Par communication du même jour, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'un stage pratique dans le cadre de l'orientation professionnelle était organisé auprès de la crèche Eve Seujet dans le groupe d'enfants 3-4 ans du 4 au 22 décembre 2017.
15. Dans un courrier non daté, l'assurée a expliqué à sa conseillère en réadaptation professionnelle être passionnée par le secteur de la petite enfance et avoir eu du plaisir à accomplir le stage dans une crèche, mais avoir rencontré des problèmes au niveau de son audition, avoir souffert de maux de tête et avoir subi une perte de la concentration en fin de journée. Son ouïe ne supportait pas les cris incessants des enfants.
16. Par communication du 11 janvier 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les coûts d'un reclassement auprès du Foyer E_____ – pour personnes âgées – au sein du secteur intendance du 1^{er} février au 1^{er} mai 2018.
17. Le 16 mars 2018, le Dr D_____ a attesté d'une incapacité de travail totale du 16 mars au 2 avril 2018.
18. Dans une note du 27 mars 2018, l'OAI, qui s'était entretenu avec l'assurée le 20 mars écoulé, a mentionné que celle-ci, qui effectuait un stage dans le secteur lingerie d'un EMS, était en arrêt de travail, le poste n'étant pas adapté à ses limitations fonctionnelles (cervicales et port de charges). Différents horizons professionnels avaient alors été envisagés, comme l'accompagnement de personnes âgées et l'esthétique. L'assurée allait être placée au terme de son arrêt de travail au Foyer E_____ dans le domaine des soins pour des activités d'accompagnement individuel des résidents (donner à manger, tenir compagnie, coiffage ou manucure, sorties).
19. Dans une note du 27 avril 2018, l'OAI, après un entretien avec les responsables du Foyer E_____, a indiqué que l'assurée était arrivée à plusieurs reprises en retard, sans justification. Elle utilisait son portable ou lisait les journaux pendant les horaires de travail. Elle n'avait pas su démontrer une motivation ou un intérêt pour les personnes âgées. Un manque important d'autonomie et d'initiative avait été

relevé, et l'assurée avait tendance à rapidement se lasser des tâches qui lui étaient confiées. Les responsables du foyer estimaient que l'assurée devrait privilégier une activité sans contact avec du public et sans devoir être intégrée à une équipe.

20. L'OAI a pris en charge les frais d'orientation professionnelle auprès de l'Organisation romande pour la formation et l'intégration professionnelle (ci-après: ORIF) du 2 mai au 13 juillet 2018.
21. Le 29 juin 2018, le Dr C_____ a attesté d'une capacité de travail nulle du 2 au 31 juillet 2018, prolongée du 1^{er} au 31 août 2018.
22. Par avis du 12 juillet 2018, le service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après: SMR) a relevé que le Dr C_____ n'avait fourni aucun renseignement permettant de se positionner sur la sévérité du trouble dépressif de l'assurée. Une expertise psychiatrique était nécessaire.
23. Dans un rapport du 13 juillet 2018, l'ORIF a relevé que l'assurée, dont la présence sur le site avait été de 41%, n'avait pas une grande aisance à l'ordinateur. Elle avait déclaré souffrir des cervicales en raison de la position devant l'ordinateur en dépit des moyens ergonomiques mis à sa disposition. Elle avait suivi la mesure sans réellement parvenir à se projeter dans un projet professionnel futur. Le deuil de certains projets professionnels semblait difficile (travail avec des enfants). Outre la déficience auditive, ses douleurs aux cervicales étaient un véritable frein à de nombreuses activités pratiques ou manuelles. Il lui avait alors été proposé de tester des activités de conditionnement léger, mais ce module n'avait pas été terminé. Pendant la mesure, elle avait été incitée à se montrer plus proactive et à tenter de rechercher des pistes de travail par elle-même.
24. Dans un rapport du 24 septembre 2018, Monsieur F_____, chiropraticien, a indiqué que l'assurée souffrait de douleurs inguinales depuis environ un mois. Des radiographies n'avaient pas montré de signes particuliers. Une échographie était prévue afin d'exclure une hernie inguinale, ainsi qu'une capsulite de la hanche.
25. L'OAI a confié la réalisation de l'expertise psychiatrique au docteur G_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 6 octobre 2018, l'expert, qui avait examiné l'assurée les 21 et 25 septembre 2018 et s'était entretenu avec le Dr C_____ le 21 septembre écoulé, a posé le diagnostic de dysthymie (F34.1), associée à une exagération des plaintes.

Cliniquement, l'humeur n'était que légèrement abaissée, le faciès expressif majoritairement souriant, la mimique et la gestuelle conservées et la prosodie riche, ce qui n'était pas en faveur d'une importante tristesse. Les pleurs à sept reprises durant l'examen lors de l'abord des sujets difficiles, courts (dix à trente secondes) et relativement épars, n'étaient pas en faveur d'une altération thymique sévère. L'expert a relevé une dramatisation, compte tenu du recours fréquent à des adjectifs et adverbes marqueurs d'intensité forte pour décrire les plaintes, des soupirs parfois ostensibles et de l'expression d'une profonde souffrance morale qui contrastait avec la détente globale et la mimique très majoritairement souriante. L'estime de soi était

objectivement abaissée, avec un sentiment d'échec vis-à-vis de la sphère professionnelle et des conditions psychosociales. L'assurée ne présentait pas de signe de fatigue, de ralentissement psychomoteur ou de fatigabilité cognitive. L'attention et la concentration demeuraient soutenues et la mémoire efficiente. Elle appréciait passer du temps à regarder des films ou des séries sur son Ipad, jouait régulièrement à un jeu cognitivement exigeant, rencontrait de la famille proche chez elle ou à l'extérieur trois fois par semaine, se promenait au bord du lac plusieurs fois par semaine et nageait dans une piscine deux fois par mois. Durant la période au cours de laquelle le Dr C_____ avait attesté d'une incapacité de travail totale, l'assurée avait participé du 28 juillet au 3 août 2018 dans les Balkans à une fête des trente ans de fin d'études avec ses anciens collègues, qu'elle avait beaucoup appréciée, sans difficultés notables en dehors de son hypoacousie. Peu avant, elle était partie en vacances en République dominicaine avec son époux du 11 au 23 juin 2018, et avait gardé des bons souvenirs de ce séjour.

Les plaintes thymiques de l'assurée ne résistaient pas à l'examen de leur cohérence. L'expert retenait une humeur légèrement dépressive, sans diminution significative de l'intérêt et du plaisir, et sans augmentation de la fatigabilité. En l'absence d'au moins deux des trois symptômes cardinaux de la dépression, un épisode dépressif même léger était écarté.

Après avoir expliqué les motifs pour lesquels il n'était pas d'accord avec les diagnostics posés par le Dr B_____ le 30 mars 2016, l'expert a relevé que, sur le plan thérapeutique, les possibilités n'avaient pas été exploitées de manière coopérative, optimale et durable. L'assurée avait interrompu son suivi psychiatrique de novembre 2014 au 30 mars 2016, ainsi que sa médication antidépressive (Cipralex). Le Dr C_____ avait déclaré avoir proposé à sa patiente une reprise de ce médicament, mais celle-ci refusait. L'absence de traitement antidépresseur actuel et l'arrêt prolongé de la prise en charge psychiatrique étaient des éléments en défaveur du poids de la souffrance alléguée.

L'assurée affirmait souffrir d'une anxiété paroxystique récurrente compatible avec des attaques de panique, une sensation d'oppression thoracique, une tachycardie et des tremblements accompagnés de pensées angoissantes tous les deux ou trois jours. Lors de ces épisodes, elle indiquait garder le contrôle de ses actes, n'être pas agitée et parvenir à s'apaiser seule. Durant l'expertise, de tels symptômes n'avaient pas été observés. L'éventuel trouble panique était de ce fait peu sévère sans ralentissement fonctionnel significatif.

Le diagnostic d'agoraphobie était écarté, l'assurée ne ressentant pas de gêne significative dans les situations d'exposition sociale, dans les lieux publics ou les endroits bondés. Elle pouvait quitter le domicile, sans inquiétude. Elle ne présentait pas non plus un trouble de la personnalité.

Les capacités d'adaptation de l'assurée étaient élevées. Elle bénéficiait d'un entourage social très présent et soutenant. Ses ressources mobilisables étaient donc

importantes. Il existait des divergences non conciliables entre les constatations objectives, les plaintes de l'assurée et les données de sa vie quotidienne. Les limitations d'activité n'étaient pas uniformes dans tous les domaines de la vie, avec une incapacité exprimée d'exercer toute activité professionnelle, alors que les intérêts et loisirs, comprenant des activités intellectuelles et physiques, étaient préservés.

L'expert a conclu que la capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité, sans diminution de rendement, depuis le début de sa vie lucrative. Il a exclu, au degré de la vraisemblance prépondérante, que celle-ci ait présenté auparavant des symptômes plus sévères justifiant que soit retenue une période d'incapacité de travail, ne serait-ce que partielle, sur une durée limitée.

26. Par avis du 16 novembre 2018, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise psychiatrique, et retenu que l'état de santé de l'assurée ne s'est pas modifié depuis l'avis du 1^{er} juillet 2014, qui reprenait les conclusions du rapport d'expertise du 18 mars 2014.
27. Dans un rapport final du 11 janvier 2019, le service de réadaptation professionnelle, après avoir rappelé les mesures mise en place, a relevé que l'échec des diverses mesures était lié à des facteurs subjectifs. S'appuyant sur le rapport d'expertise du Dr G_____, il a ajouté qu'aucune atteinte psychiatrique n'empêchait la mise en œuvre de mesures de réadaptation. Dans ce contexte, d'autres mesures n'étaient pas indiquées, car elles n'étaient pas de nature à réduire le dommage et n'étaient donc ni simples ni adéquates.
28. Dans un projet de décision du 20 juin 2019, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il entendait lui refuser l'octroi d'un reclassement et d'une rente, relevant que celle-ci n'était pas allée au terme des deux mesures d'orientation dont elle avait bénéficié, et que sur le plan médical, sa capacité de travail, nulle dans l'activité habituelle depuis le 10 février 2011, était totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 30 juin 2011. L'échec des diverses mesures mises en œuvre n'était pas lié à des facteurs médicaux. La comparaison des revenus avec invalidité (CHF 54'256.-) et sans invalidité (CHF 59'401.-) donnait un degré d'invalidité de 8,7%, inférieur aux 20% requis pour l'ouverture d'un droit au reclassement et aux 40% requis pour l'ouverture du droit à la rente.
29. Le 21 août 2019, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a contesté ce projet de décision.
30. Par décision du 2 septembre 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision, considérant que l'assurée n'avait pas apporté d'éléments susceptibles de modifier ses conclusions.
31. Par acte du 7 octobre 2019, l'assurée, sous la plume de son nouveau mandataire, interjette un recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière dès février 2011,

subsidiairement, à l'octroi d'un reclassement, et plus subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants.

La recourante conteste disposer d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 30 juin 2011. Elle fait valoir que la capacité de travail retenue par l'intimé est purement théorique, dès lors qu'au vu du nombre et de l'importance de ses limitations énumérées dans le rapport d'expertise du 18 mars 2014, aucune activité professionnelle n'est adaptée. Elle ajoute que c'est en raison de son état de santé que les différentes mesures d'ordre professionnel ont pris fin prématurément, si bien que sa capacité de travail, nulle dans toute activité, permet l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Elle expose ensuite que dans la mesure où son état de santé ne s'est pas amélioré depuis l'arrêt du 6 octobre 2015, son taux d'invalidité ne peut être inférieur à 20%. De plus, il convient, selon elle, d'opérer un abattement de 25% sur le salaire statistique, compte tenu de ses nombreuses limitations fonctionnelles et de son âge. Partant, son taux d'invalidité, supérieur à 20%, lui permet de bénéficier des mesures de reclassement.

32. Dans sa réponse du 19 novembre 2019, l'intimé conclut au rejet du recours.

Il relève, se référant à l'avis du SMR du 16 novembre 2018, que l'état de santé de la recourante ne s'est pas modifié depuis l'appréciation faite en juillet 2014, et rappelle les conclusions du rapport final du service de réadaptation.

33. Dans sa réplique du 10 février 2020, la recourante persiste dans ses conclusions et conclut préalablement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Elle allègue une aggravation de son état de santé sur les plans auditif et psychique.

À l'appui de sa position, elle produit:

- le résultat de l'audiogramme du 31 janvier 2020 établi par un audioprothésiste,
- un rapport du 4 février 2020 du Dr D_____, indiquant que suite à la cessation des mesures de reclassement professionnel, l'évolution médicale de sa patiente a été dominée par une nette péjoration du trouble dépressif récurrent avec incapacité secondaire à se confronter aux exigences de rendement professionnel habituellement attendues. Une nette diminution de la résistance au stress était constatée. L'aggravation thymique se traduisait principalement par une anhédonie, un isolement social progressif et une incapacité à réaliser les tâches de la vie quotidienne. D'autres éléments de la lignée dépressive étaient nettement identifiables et attestaient d'une nette aggravation du status psychologique. La situation médicale était clairement corrélée à une péjoration progressive du status otologique et rhumatologique et avait été amplifiée par l'incapacité de la patiente à poursuivre les mesures de reclassement, vécues comme une incapacité à se réinsérer socio-professionnellement. L'apparition de graves problèmes de santé de son mari ébranlait gravement les perspectives d'une stabilisation thymique ultérieure. Les cervico-brachialgies droite persistaient et il existait une

péjoration progressive de son hypoacousie gauche. L'audiogramme tonal effectué le 19 mai 2015 montrait une cophose droite déjà connue et une péjoration de l'audition à gauche (CPT de 82% contre 66% le 2 septembre 2014). Dans ce contexte, aucune activité n'était exigible;

- le rapport du 6 février 2020 du Dr C_____, mentionnant que depuis juillet 2019, la patiente présentait une forte symptomatologie négative avec un retrait social, des évitements anxieux en lien avec un trouble panique et une agoraphobie secondaire. L'épisode dépressif était entretenu par un avenir incertain et l'incompréhension de la non-reconnaissance de ses handicaps, ainsi que par la souffrance qui en découlait. Elle était incapable d'assumer un travail professionnel. La tentative de réadaptation, qui avait échoué, semblait le confirmer.

34. Dans sa duplique du 5 mars 2020, l'intimé expose que les mesures de reclassement professionnel tentées ont été abandonnées du fait de l'absence de motivation de la recourante. L'échec de ces mesures ne signifie donc nullement que l'exercice d'une activité professionnelle ne serait plus exigible. Par ailleurs, une nouvelle expertise ne se justifie pas en l'absence d'éléments médicaux objectifs nouveaux.

35. Sur quoi, 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), 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).

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

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la 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 (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA), compte tenu du report au lundi 7 octobre 2019 de l'échéance dudit délai tombée sur le dimanche 6 octobre 2019 (art. 38 al. 3 LPGA).

3. À titre liminaire, il y a lieu de relever que la décision de refus de rente d'invalidité du 17 octobre 2014 est entrée en force lorsque le 26 avril 2016 le Tribunal fédéral a rejeté le recours contre l'arrêt cantonal du 6 octobre 2015 la confirmant (cf. art. 61 de la loi sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 [LTF – RS 173.110]). Postérieurement à l'arrêt du Tribunal fédéral, par pli du 15 juin 2016, la recourante a annoncé à l'intimé une aggravation de son état de santé psychique en produisant un rapport du Dr B_____. Par la suite, elle a également versé au dossier des arrêts de travail établis par son psychiatre traitant. Il convient d'assimiler la lettre du 15 juin 2016 à une nouvelle demande, et de constater que l'intimé a examiné

matériellement cette demande, en mettant en œuvre une expertise psychiatrique. Il est partant entré en matière.

Le litige porte en conséquence, dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité entière et à une mesure de reclassement.

4. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI – RS 831.201]), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 consid. 5), pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; 130 V 343 consid. 3.5.2).
5. 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, mentale ou psychique 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 1^{er} janvier 2008).

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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

7. 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 maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 du 30 novembre 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, y compris aux troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant

de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs ; cf. ATAS/676/2019 du 26 juillet 2019 consid. 10a ; ATAS/856/2019 du 12 septembre 2019 consid. 6).

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

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).

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 des assurances 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. 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).
10. a. En l'espèce, il convient de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est péjoré entre le 17 octobre 2014, date de la décision rejetant la première demande de prestations, et le 2 septembre 2019, date de la décision querellée, rejetant la nouvelle demande de prestations.

b. La décision d'octobre 2014, entrée en force, s'appuyait sur un rapport d'expertise du 18 mars 2014 dont il ressortait que la recourante souffrait, avec incidence sur sa capacité de travail, de cervicalgies chroniques, de surdité totale droite et de surdité de perception gauche de degré moyen à sévère, appareillée; et sans répercussion sur la capacité de travail, d'état dépressif léger. Sa capacité de travail, nulle dans son activité habituelle de polisseuse en horlogerie et d'éducatrice de la petite enfance, était complète dans une activité adaptée peu exigeante pour l'audition, de préférence en milieu calme avec peu de communication verbale, sans travail en position fixe de la colonne cervicale, sans port régulier de charges supérieures à 10 kg, sans engagement physique lourd, et avec possibilité de changements fréquents de position.

c/aa. La décision querellée du 2 septembre 2019 se fonde sur un rapport d'expertise psychiatrique du 6 octobre 2018, posant le diagnostic de dysthymie (F34.1), associée à une exagération des plaintes.

c/bb. La chambre de céans observe que ce rapport remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, il comprend le résumé du dossier, l'anamnèse, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi que des conclusions motivées et convaincantes.

Sur le fond, l'expert, qui a pris en considération les indicateurs déterminants applicables aux troubles psychiques, développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux, a expliqué de manière circonstanciée les motifs pour lesquels il retenait une dysthymie non incapacitante (éventuellement un trouble panique, sans ralentissement fonctionnel significatif),

excluait d'autres diagnostics (agoraphobie, trouble de la personnalité), et s'écartait des diagnostics posés par le Dr B_____ en mars 2016 (étant du reste souligné que ce psychiatre n'a pas précisé dans son rapport que l'atteinte à la santé psychique entraînait d'éventuelles limitations fonctionnelles et impactait, cas échéant, négativement la capacité de travail de la recourante).

En particulier, l'expert a exposé que l'absence d'une médication antidépressive plaidait contre la sévérité alléguée de l'affection psychique. Par ailleurs, les limitations totales signalées liées à l'exercice d'une activité professionnelle résultaient d'une exagération des plaintes au vu du comportement observé (souples ostensibles, faciès expressif majoritairement souriant, absence de signe de fatigue, de ralentissement psychomoteur, de fatigabilité cognitive, de trouble de l'attention et de la concentration, ainsi que de la mémoire). La recourante bénéficiait en outre d'un réseau social positif, ses centres d'intérêts et loisirs étaient conservés (films, séries, jeux, promenade, piscine, fête, vacances), et elle était autonome dans les fonctions de la vie quotidienne (elle cuisinait, entretenait le logement, et effectuait les courses) quand bien même l'époux, les enfants et la belle-fille participaient également à la réalisation des tâches ménagères (cf. rapport d'expertise, p. 27).

Dans ces circonstances, on doit admettre avec l'expert que l'affection psychique de la recourante n'a pas valeur de maladie.

c/cc. Au stade de sa réplique – seulement –, la recourante a produit le rapport du Dr D_____ du 4 février 2020 et celui du Dr C_____ du 6 février 2020, relevant une aggravation de l'état de santé psychique survenue suite à la cessation des mesures de reclassement professionnel.

La chambre de céans constate cependant que les médecins traitants rapportent essentiellement les indications subjectives de la recourante, sans préciser si les plaintes de celle-ci étaient expliquées par les constatations objectives. En particulier, l'affirmation – très sommaire – du Dr D_____ selon laquelle « d'autres éléments de la lignée dépressive étaient nettement identifiables et attestaient d'une nette aggravation du status psychologique » ne saurait suffire pour discréditer les conclusions motivées et convaincantes de l'expert psychiatre, d'autant moins que ce dernier avait procédé à l'évaluation médicale complète de la recourante suite à la cessation de la mesure mise en place auprès de l'ORIF. Or, l'expert s'est prononcé quant à la capacité de travail de la recourante au vu de l'analyse des indicateurs jurisprudentiels, sur la base des déclarations de celle-ci, ainsi que de ses observations cliniques.

Il s'avère donc que les rapports des médecins traitants ne jettent pas le moindre doute sur la valeur probante des conclusions de l'expert psychiatre.

d. Sur le plan somatique, aucun médecin n'atteste que les douleurs inguinales survenues en août 2018 seraient incapacitantes. En ce qui concerne l'atteinte à l'ouïe, dans un courrier joint à la réplique, le Dr D_____ a fait état d'une péjoration de l'audition à gauche mise en évidence par un audiogramme tonal du 19

mai 2015 (soit cinq ans plus tôt), sans toutefois fournir plus d'éléments sur la capacité de travail de la recourante depuis lors. Enfin, quant au rapport de l'audiogramme du 31 janvier 2020 établi par un audioprothésiste (qui n'est pas médecin), aucun médecin ne s'est déterminé à ce sujet. Or, la chambre de céans doit pouvoir s'appuyer sur des rapports émanant de médecins pour pouvoir établir le droit à des prestations.

e. Force est donc de constater que l'état de santé de la recourante ne s'est pas péjoré depuis le précédent refus de rente, entré en force, au point de modifier sa capacité de travail résiduelle qui était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques.

f/aa. En l'absence d'une aggravation sensible de l'état de santé de la recourante depuis octobre 2014, son degré d'invalidité fixé à l'époque à 20% ne s'est donc pas modifié. Par ailleurs, la mesure de réadaptation n'ayant pas été réussie, il n'existait pas un motif de révision (arrêt du Tribunal fédéral du 9C_231/2016 consid. 2.1 a contrario), puisqu'un nouveau revenu d'invalidé ne pouvait dans ce cas pas être pris en considération. C'est ainsi à tort que l'intimé a procédé à de nouveaux calculs pour évaluer le taux d'invalidité de la recourante.

f/bb. On relèvera au passage que c'est à tort que la recourante, âgée de 49 ans à la date de la décision litigieuse, soutient que la capacité de travail retenue par l'intimé est purement théorique, et qu'il n'existe aucune activité professionnelle adaptée à son état de santé. Dans l'arrêt 9C_869/2015 du 26 avril 2016, opposant les parties, le Tribunal fédéral a déjà écarté cet argument (consid. 4), considérant que, sur le plan strictement médical, il n'existe aucun élément qui laisserait à penser qu'elle ne serait pas en mesure d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles, que sur le plan personnel et professionnel, la mise en valeur de sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée apparaît également exigible, vu qu'elle n'a pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré, et qu'enfin le marché du travail offre un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre important sont adaptées aux limitations de la recourante.

g. Sur le vu de ce qui précède, la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité.

h. L'expertise pluridisciplinaire requise par celle-ci est en conséquence inutile, de sorte que, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c), la chambre de céans n'y donnera pas suite.

11. La recourante réclame une mesure de reclassement.

12. a. Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1).

Le droit au reclassement suppose ainsi que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé.

b. Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGa a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid. 3.2 et les références).

c. Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1).

Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1 LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre à des mesures de réadaptation. En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références).

13. En l'espèce, la recourante a droit à un reclassement, puisqu'elle présente – toujours – un taux d'invalidité de 20%.

Dans l'arrêt 9C_869/2015 opposant les parties, le Tribunal fédéral a relevé que la mesure de reclassement allouée par la chambre de céans à l'époque (ATAS/763/2015) permettrait de cerner au mieux les compétences et capacités professionnelles de la recourante – qui ne peut plus exercer l'activité d'éducatrice pour la petite enfance et de polisseuse en horlogerie.

La chambre de céans observe qu'il était inutile de proposer à la recourante des stages pour vérifier sur le terrain la faisabilité du métier d'éducatrice de la petite enfance (cf. rapport du 30 novembre 2017), en particulier au sein d'une crèche, cette activité n'étant pas adaptée à son état de santé (cf. rapport d'expertise du 18 mars 2014, p. 22).

Si, les mesures tentées au Foyer E_____ dans le domaine des soins pour des activités d'accompagnement individuel des personnes âgées (cf. note du 27 mars 2018) ou auprès de l'ORIF dans des activités de conditionnement léger (cf. rapport du 13 juillet 2018) étaient certes compatibles à l'état de santé de la recourante, en revanche, cette dernière n'était pas motivée à exercer de telles activités (cf. note du 27 avril 2018 et rapport du 13 juillet 2018).

L'intimé considère alors que l'échec des diverses mesures est dû au manque de faculté subjective de reclassement dont faisait état la recourante.

La question de savoir si tel était le cas peut rester ouverte, car la chambre de céans constate quoi qu'il en soit que l'intimé, avant de clôturer le mandat de réadaptation, a omis de procéder à la mise en demeure formelle de la recourante requise par l'art. 21 al. 4 LPGA, ce qui constitue une violation du droit fédéral.

La cause doit dès lors être renvoyée à l'intimé, afin qu'il statue à nouveau sur le droit à une mesure de reclassement après avoir procédé à la sommation légale prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA.

14. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision querellée annulée, et le dossier renvoyé à l'intimé afin qu'il procède conformément au considérant 13.
15. Représentée par un mandataire, la recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de procédure, arrêtée en l'espèce à CHF 1'000.- (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 LPA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative, du 30 juillet 1986 [RFPA – RS/GE E 5 10.03]).
16. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Confirme la décision du 2 septembre 2019 en tant qu'elle refuse le droit à une rente d'invalidité.
4. Annule ladite décision en tant qu'elle refuse le droit à des mesures de reclassement.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour qu'il procède conformément au considérant 13.
6. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 1'000.- à titre de dépens, à la charge de l'intimé.
7. Met un émolument de CHF 200.- 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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