RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4231/2019 **ATAS/793/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 août 2021

3ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Manuel MOURO — recourante

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Claudiane CORTHAY et Andres PEREZ, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1985, a effectué sa scolarité obligatoire au Cap Vert. Arrivée en Suisse à l'âge de 16 ans, elle a entamé un apprentissage de coiffeuse en 2004.

2. Le 7 juin 2004, l'assurée demandé à l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) la prise en charge d'une orthèse tibiale avec talonnette en raison de séquelles de poliomyélite au membre inférieur droit, qui lui a été refusée le 26 juin 2007 (cf. courriels échangés en décembre 2010 entre différents intervenants de l'OAI).

   Avait notamment été versé au dossier de l'assurée un rapport du 22 décembre 2006, du docteur B_____, spécialiste FMH en neurologie, retenant le diagnostic séquelles de poliomyélite de la petite enfance, avec paraparésie à nette prédominance du membre inférieur droit. L'assurée disait s'être totalement adaptée à son handicap physique et ne rencontrer aucune gêne particulière ou limitation dans les activités de la vie quotidienne. L'apprentissage de coiffeuse s'était déroulé sans difficultés notables, les enseignants n'ayant à aucun moment formulé de réserves quant à la capacité de l'intéressée à assumer son activité professionnelle. Conserver une position assise ou debout induisait une tension douloureuse dans le pied gauche, obligeant l'assurée à se mobiliser et à changer de position, mais il ne s'agissait là que d'une gêne légère à modérée, peu invalidante, rapidement régressive. Le port des chaussures orthopédiques amenait une nette amélioration par une stabilisation des chevilles. Le Dr B_____ ne retenait pas de diminution de la capacité de travail, mais soulignait que cette appréciation devrait être nuancée en fonction du cadre de travail et d'éventuels aménagements au long cours.

3. En mars 2011, l'assurée a effectué un stage d'évaluation proposé par l'office cantonal de l'emploi (OCE). Le bilan de stage, du 1er avril 2011, la décrivait comme une personne volontaire, avec un esprit positif et une attitude chaleureuse. L'assurée était cependant inactive professionnellement depuis 2006 et son niveau scolaire, notamment en français, était insuffisant. Une mesure d'investigation approfondie de ses possibilités réelles en terme d'aptitudes devait être réalisée préalablement à tout projet de formation ou de profession.

4. Le 8 août 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, qui, en date du 29 septembre 2014, a nié à l'assurée le droit à toute prestation (rente ou mesure de réadaptation) au motif qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et que le degré d'invalidité ne s'élevait qu'à 10% (réduction accordée pour tenir compte des limitations fonctionnelles), soit un taux insuffisant pour ouvrir droit à un reclassement.

Cette décision a été rendue sur la base d'un dossier comportant notamment :

- le rapport d'un entretien de détection précoce du 15 juillet 2011, au cours duquel l'assurée avait expliqué avoir rencontré des difficultés à rester debout toute une journée, souffrir de douleurs dorsale et boiter de la jambe droite ; elle aimait son métier de coiffeuse, mais il lui était difficile de l'exercer dans ces conditions, de sorte qu'elle n'avait jamais pu le faire à l'issue de sa formation ;
- un rapport du 25 janvier 2012 du docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, émettant l'avis que l'activité habituelle n'était plus exigible en raison des séquelles de poliomyélite ;
- le rapport établi suite à un stage d'observation mis sur pied par l'OAI auprès des établissements publics pour l'intégration (EPI), du 13 août au 9 novembre 2012, qui, tout en relevant l'engagement de l'assurée, parvenait à la conclusion qu'elle n'était pas réadaptable dans le circuit économique ordinaire en raison de ses limitations physiques, scolaires, cognitives et psychiques ; ses rendements n'étaient pas exploitables ; seules des activités avec des consignes simples dans un cadre protégé étaient envisageables ; l'intéressée avait pu découvrir le métier de styliste ongulaire, mais cette activité restait très incertaine : l'assurée souffrait du regard des autres sur son handicap ; elle devrait surmonter sa timidité et développer sa curiosité pour pouvoir prétendre un tel poste, après formation ; elle se disait néanmoins prête à tout mettre en œuvre pour trouver un poste à temps partiel qui lui convienne ; enceinte, elle voulait profiter de ses derniers mois de grossesse pour accueillir son enfant dans les meilleures conditions possibles ;
- un rapport du 27 novembre 2012 du Dr B_____, confirmant le diagnostic retenu en 2006 ; sa patiente ne rapportait aucune modification de la faiblesse du pied droit, mais, au fil des années, rencontrait une plus grande difficulté à s'adapter à ce trouble moteur ; le status neurologique restait superposable à celui de 2006, sans évolution telle qu'attendue dans le cadre de séquelles de poliomyélite ; cependant, le handicap en résultant, dans le cadre professionnel en particulier, s'était accentué en raison d'un manque d'endurance physique en position debout prolongée et de la survenue, dans ce contexte, de douleurs lombaires basses et des membres inférieurs, d'origine ostéo-articulaire et musculaire ; une activité de 100% en tant que coiffeuse n'était pas envisageable, mais une activité à 50%, oui ;
- un rapport rédigé le 10 mai 2013 par Madame D_____, psychologue, et la doctoresse E_____, cheffe de clinique au service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (HUG), consultées par l'assurée suite à la perte de son bébé survenue en février 2013, retenant le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive brève (réaction de deuil – F43.20) ; les praticiennes suivaient l'assurée depuis le 22 mars 2013 ; au début, celle-ci disait « être à bout », ne plus dormir, entretenir de nombreuses ruminations et flash-back ; se replier sur elle-même et avoir perdu intérêt pour les relations sociales ; début avril 2013, l'assurée avait indiqué aller mieux, reprendre contact avec ses amies, sortir et avoir un meilleur sommeil ; souffrant d'un manque d'affection, elle avait pu recevoir plus

d'attentions grâce à sa grossesse et avait ainsi trouvé un rôle à jouer ; le pronostic était favorable, les symptômes en rémission, mais les intervenantes ne pouvaient se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée ;

- les avis émis en dates des 28 mai et 20 décembre 2013 par le docteur F_____, du service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), considérant qu'il n'existait plus d'atteinte psychiatrique justifiant une incapacité de travail et qu'il convenait donc de reprendre la réorientation professionnelle ;
- un nouvel avis du SMR du 3 avril 2014, concluant à une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (trouble de l'oculomotricité empêchant les activités nécessitant une acuité visuelle parfaite, difficultés à la marche et en cas de station debout prolongée, avec parésie du membre inférieur droit).

5. Le 24 août 2017, l'assurée a déposé une demande de moyens auxiliaires en alléguant souffrir de problèmes auditifs depuis trois ou quatre ans et, par décision du 12 mars 2018, l'OAI lui a reconnu le droit à la prise en charge d'un appareil acoustique monaural.

   En effet, dans un rapport du 7 décembre 2017, le docteur G_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, avait attesté d'une perte auditive à gauche de 100% et, à droite, de 10% selon l'audiogramme vocal et de 0,3% selon l'audiogramme tonal. La perte auditive globale était de 52,5%. L'assurée avait présenté une surdité brusque à gauche, avec perte totale de l'audition. Elle était très gênée professionnellement, dans la vente, et socialement.

6. Quelques mois auparavant, le 17 mars 2017, l'assurée avait déposé une nouvelle demande de prestations, en alléguant une aggravation de son état de santé.

   Ont été versés au dossier, notamment :

   - un rapport d'examen neuropsychologique effectué le 10 novembre 2016 au département des neurosciences cliniques des HUG, mettant en évidence, sur le plan comportemental, un ralentissement psychomoteur et une fatigabilité et, sur le plan thymique, des signes de la lignée anxio-dépressive sur la base d'une échelle d'auto-évaluation ; étaient relevés : une lecture hésitante, un dysfonctionnement exécutif marqué par un défaut d'auto-activation, des difficultés de programmation, des erreurs non corrigées dans une tâche d'inhibition, un léger déficit de flexibilité mentale, des difficultés en mémoire à court terme et en mémoire de travail dans les modalités visuo-spatiale et auditivo-verbale, des difficultés en mémoire épisodique et en modalité verbale, avec une courbe d'apprentissage relativement plate et des difficultés attentionnelles touchant la vitesse de traitement ; ce profil cognitif d'intensité légère à modérée était caractérisé par un trouble attentionnel/exécutif et mnésique peu spécifique d'origine multifactorielle (en lien avec une fatigabilité et un trouble thymique), avec un retentissement dans les activités quotidiennes et professionnelles ; les difficultés objectivées dans les fonctions instrumentales étaient en partie imputables au niveau d'acquisition ;

- les objectifs et un bilan de stage en revalorisation de matériel électronique effectué auprès de l'entreprise RÉALISE du 17 novembre 2014 au 19 février 2016 ; l'assurée était décrite comme volontaire et proactive ; elle ne pouvait être affectée à des postes impliquant d'écrire ou lire des consignes et ne pouvait travailler debout ou à des postes nécessitant déplacements et ports de charge ; sa capacité d'apprentissage était lente, mais s'améliorait s'agissant d'activités l'intéressant (informatique) ; néanmoins, ses difficultés de lecture et de français faisaient que cette piste devait être écartée en raison de sa lenteur et de son incapacité à effectuer l'ensemble de l'activité d'effacement des données ; il n'avait pas été possible de déterminer de projet professionnel réaliste et réalisable ; par ailleurs, le moral de l'assurée n'était pas bon : elle pleurait chaque fois qu'était évoquée sa situation et, au vu des contrôles médicaux, une dépression était possible ; selon RÉALISE, l'assurée ne pourrait pas accéder au marché de l'emploi sans un suivi psychologique et une amélioration de sa capacité d'apprentissage ; elle devait encore développer de nombreuses compétences et, malgré le suivi individuel dont elle avait bénéficié, les choses n'avançaient que peu ; une insertion sur le marché du travail n'apparaissait pour l'heure pas réaliste et comme l'intéressée n'était pas au bénéfice de prestations de l'assurance-invalidité, une insertion en atelier protégé risquait de s'avérer difficile ; les conditions d'une prolongation de stage chez Réalise n'étaient pas remplies ; il était impossible d'avancer sur des objectifs professionnels si rien n'était mis en place pour lever les nombreux freins de l'assurée ;

- un avis du 19 avril 2017 de la doctoresse H_____, spécialisée en médecine interne et médecin au SMR, estimant qu'une aggravation au niveau neuropsychologique avait été rendue plausible ; en effet, l'examen mettait en évidence un trouble cognitif d'intensité légère à modérée et un trouble attentionnel/exécutif et mnésique d'origine multifactorielle avec retentissement sur les activités quotidiennes et professionnelles ;

- un rapport du 21 juillet 2017 du docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, retenant le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), présent au moins depuis avril 2016 ; la capacité de travail exigible était de 0% dans l'activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée ; les limitations fonctionnelles consistaient en un ralentissement psychomoteur et une fatigabilité ; le médecin préconisait un examen médical supplémentaire et un bilan exhaustif de l'état de santé physique et psychiatrique de l'assurée afin de mieux déterminer sa capacité de travail.

- un rapport du 5 juin 2018 du Dr B_____ retenant les diagnostics de poliomyélite de la petite enfance, avec paraparésie à nette prédominance du membre inférieur droit, de céphalées migraineuses à caractère d'hémicrânie droite à prédominance périoculaire, de tremblement fin d'attitude et d'action, à caractère essentiel, d'épisode dépressif sévère dans les suites du décès prématuré d'un bébé à 36 semaines (en février 2013) et de troubles neuropsychologiques à prédominance attentionnelle, d'origine multifactorielle (thymique, fatigabilité), sans précision ; le status neurologique se révélait superposable à celui de 2012, avec une paraparésie à nette prédominance du membre inférieur droit et distalement ; le médecin estimait, d'un point de vue

strictement neurologique, qu'une activité à 50% - éventuellement à 70%, dans de bonnes conditions - était envisageable ; en revanche, il n'était pas exigible de l'assurée qu'elle exerçât une profession impliquant de rester constamment debout, de porter des charges, de monter ou descendre des escaliers de manière répétée ; dès lors, l'activité de coiffeuse devait être écartée ; sa patiente manifestait de l'intérêt pour la vente au détail, en magasin, pour autant qu'elle puisse s'asseoir la moitié de son temps de travail ; le médecin ne pouvait en revanche se prononcer quant à une éventuelle réduction de la capacité de travail du point de vue cognitif et psychique ; il ignorait en particulier si une rééducation cognitive avait été proposée à l'assurée afin de lui présenter des stratégies visant à pallier la lenteur cognitive et la fatigabilité ; il constatait par ailleurs que sa patiente n'avait pas bénéficié de mesures d'accompagnement visant à renforcer son potentiel physique, tel que proposé en 2012 ; de telles mesures ne pourraient augmenter en tant que telle sa capacité de travail, mais permettraient d'assurer à long terme une meilleure adaptation à toute activité professionnelle ; le médecin suggérait une évaluation par la consultation ambulatoire de rééducation orthopédique de l'Hôpital Beau-Séjour ;

- un avis émis par la doctoresse J_____, spécialisée en pédiatrie et médecin au SMR, du 7 février 2019, constatant que, depuis la décision rendue en 2014, l'assurée avait traversé un épisode dépressif sévère justifiant une incapacité de travail totale d'avril 2016 à août 2017 (date de l'arrêt du suivi psychiatrique) ; sur le plan somatique, il n'y avait pas d'aggravation depuis la date de la dernière décision, mais une persistance des séquelles de poliomyélite ; la capacité à exercer l'activité habituelle de coiffeuse était nulle, mais de 70% dans une activité adaptée depuis août 2017, conformément aux conclusions du Dr B_____ ; les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de station debout prolongée, pas de marche en terrain irrégulier, pas de montée régulière d'échelles ou d'escaliers, pas de travail nécessitant une motricité fine ou de la précision, vu le tremblement essentiel et nécessité de pouvoir alterner les positions ;

- une note du service de réadaptation du 26 avril 2019, retenant, à la lecture du dossier et au vu des mesures mises en place, qu'il faudrait privilégier les activités simples et répétitives ; de ce fait, des mesures de réadaptation n'étaient pas de nature à réduire le dommage.

7. L'OAI a alors calculé le degré d'invalidité en retenant une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée et en se fondant sur les salaires statistiques pour déterminer tant le revenu avec invalidité que celui après invalidité. Aucune réduction supplémentaire n'était appliquée, les limitations fonctionnelles ayant d'ores été déjà été prises en compte. Cela conduisait à un taux d'invalidité de 30%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

8. Le 13 mai 2019, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande de prestations et qu'il estimait que des mesures professionnelles ne se justifiaient pas.

9. L'assurée a contesté cette position en demandant qu'un degré d'invalidité de 60% lui soit reconnu.

   Elle reprochait au SMR d'avoir retenu une capacité de travail de 70%, alors que celle-ci n'était évoquée par le Dr B_____ que comme une éventualité incertaine et atteignable exclusivement dans de bonnes conditions. Par ailleurs, le dossier mettait en évidence des problèmes psychiques et cognitifs insuffisamment instruits. Il convenait donc de ne retenir qu'une capacité de 50%, hypothèse prioritaire retenue par le Dr B_____.

   Elle soutenait au surplus qu'une réduction supplémentaire du revenu d'invalide de 15% devrait être appliquée pour tenir compte de ses nombreuses limitations fonctionnelles.

10. Par décision du 14 octobre 2019, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée.

11. Celle-ci, en date du 14 novembre 2019, a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité de 60% et de mesures de réadaptation professionnelle.

    La recourante conteste pouvoir exercer une activité à 70% depuis août 2017.

    Elle soutient que sa capacité de travail n'est que de 50%, comme l'a retenu le Dr B_____ dans son rapport du 5 juin 2018.

    Pour le reste, elle maintient que le revenu d'invalide devrait être réduit de 15% puisqu'elle ne peut occuper un poste à temps plein en raison de sa fatigabilité, de ses limitations fonctionnelles, de sa capacité à n'effectuer que des activités légères et de ses connaissances de français très approximatives.

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

13. Dans sa réplique du 15 septembre 2020, la recourante a sollicité la mise sur pied d'une expertise judiciaire, l'annulation de la décision entreprise et l'octroi d'une rente entière.

    Elle rappelle qu'en sus de ses atteintes neurologiques, elle souffre d'une poliomyélite, de céphalées migraineuses, de tremblements à caractère essentiel et d'un épisode dépressif sévère. Elle estime que ses difficultés cognitives et sa fatigabilité n'ont pas été prises en considération dans l'évaluation de son degré d'invalidité. Par ailleurs, elle conteste que sa santé psychique se soit améliorée en août 2017 du seul fait qu'il a été mis fin au suivi psychiatrique.

    Elle répète que l'avis sur lequel se fonde le SMR n'envisage une capacité de travail de 70% qu'à certaines conditions et qu'il convient bien plutôt de ne retenir qu'une capacité de travail de 50%.

    Enfin, en raison de ses nombreuses limitations fonctionnelles, un abattement de 15 à 20% devrait être appliqué au revenu d'invalide.

La recourante expose qu'elle travaille dans un environnement protégé, au sein du foyer « K_____ », où elle vit. Elle est incapable d'occuper un emploi sur le marché usuel du travail.

À l'appui de sa position, elle produit un rapport établi le 9 mars 2020 par le Centre de la mémoire des HUG, suite à l'apparition de symptômes un an plus tôt environ, d'évolution lentement progressive. Ce rapport met en évidence :

- un déficit cognitif modéré, touchant les fonctions exécutives et attentionnelles, avec ralentissement, et le langage oral, sans atteinte instrumentale ;
- un déficit exécutif touchant le versant cognitif, caractérisé par un manque de flexibilité mentale spontanée et réactive, un manque d'inhibition et des difficultés de planification, ainsi qu'une recherche stratégique peu efficiente ;
- un déficit attentionnel avec des difficultés d'allocation des ressources attentionnelles, avec un rythme de travail et une capacité de concentration fortement diminués affectant la qualité des réponses (nombreuses omissions et erreurs) ; un ralentissement de la vitesse de traitement ;
- un déficit en mémoire épisodique visuelle dans une tâche de reconnaissance ; une mémoire à court terme et de travail altérée ; une altération des capacités langagières ; des difficultés d'accès lexical sur dénomination d'objets et fluence verbale.

Il souligne que les difficultés cognitives objectivées sont de nature à potentiellement limiter la capacité fonctionnelle dans les activités non routinières, surtout celles nécessitant un effort mental prolongé et un degré d'exigence modéré. Par ailleurs, des facteurs thymiques (avec un stress dans les tâches exigeantes et une tendance à l'abandon prématuré) et une fatigabilité influencent les rendements dans les tâches. Les facteurs culturels et de scolarisation ont une influence, sans expliquer l'entièreté du tableau clinique. Enfin, l'efficience intellectuelle telle qu'évaluée à l'aide d'une tâche non verbale (induction) est faible. Aucun traitement pro-cognitif (médicamenteux) ou à visée cognitive (non médicamenteux) n'est indiqué.

14. L'intimé a dupliqué le 29 septembre 2020, en persistant dans ses conclusions.

Il produit l'avis émis le 28 septembre 2020 par la doctoresse L_____, spécialiste FMH en médecine interne au SMR, qui estime que le nouveau bilan neuropsychologique est superposable à celui effectué en 2017 et qu'il ne montre pas d'aggravation sur le plan cognitif. Les atteintes cognitives sont compatibles avec une activité simple et répétitive. Ce rapport ne modifie dès lors pas l'appréciation du SMR : une activité adaptée aux limitations fonctionnelles déjà reconnues, simple et répétitive, demeure exigible.

EN DROIT

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

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

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

3. Le 1er janvier 2021, est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était alors pendant, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

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

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

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

6. 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 1er janvier 2008).

7. 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).

8. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

9. 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).

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.

b. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

c. 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).

d. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

e. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il

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

f. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêts du Tribunal fédéral 9C_65/2019 du 26 juillet 2019 consid. 5 et 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation

d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

10. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

11. 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).

12. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la

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

13. a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

    La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

    Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

    b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de

l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

c. Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). À cet égard, l'ESS 2018 a été publiée le 21 avril 2020; l'ESS 2016, le 26 octobre 2018 (étant précisé que le tableau T1_tirage_skill_level a été corrigé le 8 novembre 2018) ; et l'ESS 2014, le 15 avril 2016.

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2

[production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

d. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

e. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du

travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2).

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

14. En l'espèce, l'intimé a rejeté la demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité, estimé à 30%, est insuffisant pour ouvrir droit à une rente. S'agissant des mesures d'ordre professionnel, il a retenu que la recourante a déjà bénéficié de certaines mesures et que d'autres ne seraient pas de nature à réduire le dommage, puisque des activités de type simples et répétitives sont à privilégier.

Se pose en premier lieu la question de la capacité de travail à reconnaitre à la recourante, celle-ci contestant pouvoir exercer à 70% une activité adaptée depuis août 2017, comme l'a retenu l'intimé pour sa part, sur la base de l'avis du SMR.

Celui-ci, pour ce faire, s'est lui-même référé à l'avis du Dr B_____.

Or, celui-ci, dans son rapport du 5 juin 2018, a estimé la capacité de travail de sa patiente à 50% dans une activité adaptée. Certes, il a également évoqué un taux de 70%, mais à titre hypothétique, subsidiaire, et en précisant que cela dépendrait des conditions. Qui plus est, le médecin a souligné expressément que cette estimation de la capacité de travail ne prenait en compte la situation que d'un point de vue strictement neurologique et qu'il ne pouvait pas se prononcer quant à une

éventuelle réduction en raison des problèmes cognitifs et psychiques. Or, il ressort du dossier que la recourante souffre de nombreux autres problèmes de santé.

Tout d'abord, elle présente un trouble cognitif caractérisé par un trouble attentionnel / exécutif et mnésique d'origine multifactorielle, avec retentissement dans les activités quotidiennes et professionnelles, mis en évidence lors de l'examen neuropsychologique effectué en novembre 2016. Cet examen a été complété en mars 2020 par un bilan neuropsychologique mettant en évidence un déficit cognitif modéré, touchant les fonctions exécutives et attentionnelles et le langage oral. Le déficit exécutif touchant le versant cognitif est ainsi caractérisé par un manque de flexibilité mentale spontanée et réactive, un manque d'inhibition et des difficultés de planification, ainsi qu'une recherche stratégique peu efficiente. Le déficit attentionnel se manifeste par un rythme de travail et une capacité de concentration fortement diminués affectant la qualité des réponses, ainsi qu'un ralentissement de la vitesse de traitement. Au second plan, le bilan a mis en évidence un déficit de mémoire épisodique visuelle dans une tâche de reconnaissance, une altération de la mémoire à court terme et de travail, et des capacités langagières. Le bilan a conclu que les difficultés cognitives objectivées sont de nature à potentiellement limiter la capacité fonctionnelle dans les activités non routinières, surtout celles nécessitant un effort mental prolongé et un degré d'exigence modéré. Il a enfin relevé des facteurs thymiques et une fatigabilité influençant les rendements dans les tâches.

La recourante souffre en outre d'une perte auditive importante - 52,5% au total -, avec une perte totale à gauche. S'il ne ressort pas du rapport que cette perte auditive aurait une influence sur sa capacité de travail – étant au demeurant précisé que cette question n'a pas été posée au Dr G_____ – cela n'est pas exclu, au vu des problèmes attentionnels et exécutifs ressortant du bilan neuropsychologique.

Au vu du trouble cognitif et de la perte auditive importante, l'on peine à comprendre comment la Dresse J_____, qui a pourtant retenu comme autres atteintes incapacitantes un code d'infirmité et une atteinte fonctionnelle, a pu conclure à une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée, alors qu'il s'agit de l'estimation la plus optimiste effectuée par le Dr B_____, qui ne s'est déterminé que sur le plan neurologique.

De surcroît, la recourante a souffert d'un épisode dépressif sévère, en tout cas à compter d'avril 2016, conformément au rapport du Dr I_____ du 21 juillet 2017. La Dresse J_____ en a déduit une incapacité de travail totale d'un point de vue psychiatrique d'avril 2016 à août 2017, date à laquelle le suivi psychiatrique a cessé, alors qu'on ignore les raisons pour lesquelles il y a été mis un terme et que la recourante allègue toujours souffrir de problèmes psychiques invalidants.

Rappelons que la recourante a effectué deux stages, l'un aux EPI en 2012, l'autre auprès de RÉALISE entre novembre 2014 et février 2016. Le premier rapport de stage a mis en évidence qu'elle n'était pas réadaptable dans le circuit économique

ordinaire et a conclu à l'absence de rendements exploitables, seules des activités avec des consignes simples dans un cadre protégé étant envisageables. Le second rapport a également abouti à la conclusion que la recourante ne pourrait accéder au marché de l'emploi sans un suivi psychologique et une amélioration de sa capacité d'apprentissage et qu'à ce jour, une insertion sur le marché du travail n'était pas réaliste. Actuellement, la recourante vit dans un environnement protégé, au sein du foyer « K_____ ».

Eu égard à l'ensemble de ces éléments et des différentes atteintes à la santé dont souffre la recourante, l'intimé ne pouvait se contenter du seul rapport du Dr B_____, qui plus est, ne retenir que son estimation la plus optimiste, pour conclure que la recourante disposerait d'une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. Il aurait dû plutôt chercher à appréhender la situation de manière globale, afin de tenir compte des effets réciproques des différentes atteintes à la santé sur la capacité de travail, ce qu'il n'a pas fait.

Partant, la décision contestée repose sur une instruction insuffisante ne permettant pas à la Cour de céans de trancher le litige, même sous l'angle de la vraisemblance prépondérante.

La capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée ne peut pas être déterminée sans recourir à une expertise médicale. Au vu des différentes affections évoquées, seule une expertise pluridisciplinaire complète et satisfaisant aux réquisits jurisprudentiels topiques (ATF 125 V 351 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 731/02 du 25 juillet 2003 consid. 2), permettra de déterminer clairement l'éventuelle capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée. Il conviendra donc, dans le cadre de l'approche pluridisciplinaire, de solliciter, outre l'avis d'un neurologue, celui d'un neuropsychologue, d'un ORL et, cas échéant, d'un psychiatre, ceci afin d'apprécier l'incidence des différents diagnostics retenus sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Un renvoi à l'administration se justifie, en l'occurrence, au vu de l'absence totale, dans le dossier, d'une évaluation pluridisciplinaire des diverses atteintes à la santé.

15. Partant, le recours est partiellement admis, la décision du 14 octobre 2019 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision.

16. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 14 octobre 2019.
4. Renvoie le dossier à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante un montant de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Marie-Catherine SECHAUD	Karine STECK

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