

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1229/2025

ATAS/551/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 juin 2026

Chambre 8

En la cause

A_____

recourante

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Anne ROUX FOUILLET, présidente suppléante ; Yves MABILLARD,
Michael RUDERMANN, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante) est née le _____ 1979, célibataire, originaire d'Ethiopie, entrée en Suisse en 1997 et au bénéfice d'un passeport suisse depuis 2012. De 1999 à 2023, elle a travaillé comme femme de chambre, dame de buffet, employée polyvalente et nettoyeuse.
- b.** Dès 2010, l'assurée a été employée à 100% comme femme de chambre auprès de l'HÔTEL B_____.
- c.** Elle a été en incapacité de travail totale du 9 mai au 31 juillet 2022, ainsi que du 6 juin au 20 août 2023. Du 21 août au 31 août 2023, elle a été en incapacité de travail à 50%. Elle a à nouveau été en incapacité de travail totale dès le 1^{er} octobre 2023.
- d.** Son contrat de travail a été résilié avec effet au 31 mars 2024.
- B.** **a.** Dans un rapport du 16 février 2022, le docteur C_____, radiologue FMH, a indiqué que les données IRM du genou gauche de l'assurée parlaient en faveur d'un syndrome de friction fémoro-patellaire.
- b.** Dans un rapport du 6 juin 2023, le docteur D_____, radiologue FMH, a conclu à une gonarthrose fémoro-tibiale médiale modérée du genou gauche, et à un petit épanchement intra-articulaire. Sur radiographie du pied droit, le Dr D_____ a conclu à un éperon calcanéen et à une calcification partielle du tendon d'Achille au niveau calcanéen.
- c.** Le 8 août 2023, l'assurée a adressé à l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI ou intimé) un formulaire de détection précoce, en mentionnant qu'elle souffrait d'un problème au genou, en raison duquel elle avait eu des incapacités de travail en 2022, puis elle était en incapacité de travail totale depuis le 6 juin 2023.
- d.** Par courrier du 15 août 2023, l'OAI a répondu à l'assurée qu'il était parvenu à la conclusion, sur la base de ses investigations, qu'une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité était nécessaire.
- e.** Le 25 août 2023, l'assurée a déposé une demande de prestations pour adultes auprès de l'OAI en vue de l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente en raison de problèmes au genou et au pied depuis mai 2022.
- f.** Le 28 août 2023, en réponse à un questionnaire de l'assurance-maladie collective ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES SA, le docteur E_____, spécialiste en médecine manuelle, médecine physique et de réadaptation, a retenu comme diagnostic « éperon et tatalgie du talon G. » avec une évolution lentement favorable.

g. Le 11 octobre 2023, le Dr E_____ a attesté que l'assurée présentait des pathologies localisées essentiellement au niveau du rachis et des deux genoux, qui gênaient considérablement le travail de femme de chambre. Selon lui, son état nécessitait une prise en charge AI pour une autre activité.

h. Le 8 décembre 2023, le Dr E_____ rapportait des douleurs des genoux et du talon, avec une tentative de reprise à 50% sans succès.

i. Dans le « rapport d'évaluation IP » du 11 janvier 2024, la division réadaptation professionnelle de l'OAI a résumé les entretiens tenus les 6 décembre 2023 et 11 janvier 2024 avec l'assurée, ainsi que le contexte du dépôt de la demande de prestations. Ce rapport mentionnait notamment que l'assurée avait beaucoup de mal à comprendre le français, qu'elle ne pouvait pas écrire dans cette langue, qu'elle était beaucoup dans l'émotionnel et qu'elle pleurait, mais ne s'exprimait pas.

j. Par communication du 18 janvier 2024, l'OAI a informé l'assurée qu'il prendrait en charge une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle aux Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI), lesquels ont conclu que la mise en situation professionnelle était alors difficile, l'assurée ne se projetant pas dans ce type d'environnement (rapport des EPI du 5 avril 2024). La mesure de quatre semaines s'était déroulée à mi-temps et l'assurée avait été absente durant sept jours (absence justifiée par un certificat médical). Seules les tâches pratiques très simples et répétitives avaient été à sa portée. Elle n'avait démontré ni autonomie, ni initiative. Elle avait entretenu très peu de contact avec les autres personnes et n'avait sollicité l'encadrement que pour des questions très pratiques (heure de pause par exemple). Son tonus physique était très bas avec des temps de réalisation très éloignés des attentes. Son moral était fluctuant et elle avait pleuré à plusieurs reprises.

k. Du 29 janvier 2024 au 19 juillet 2024, l'assurée a bénéficié d'une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un cours de français auprès de F_____ SA.

l. Dans une note de travail du 10 avril 2024, une employée de la division réadaptation de l'OAI a indiqué qu'au jour de l'entretien, aucune orientation n'était possible. Un soutien psychologique via un psychiatre a été évoqué, mais l'assurée a indiqué qu'elle ne pouvait accepter ce type de soutien en raison de sa religion (orthodoxe), seul un exorciste pouvant l'aider.

m. Dans un questionnaire médical transmis le 15 août 2024 à l'OAI, le Dr E_____ a confirmé l'incapacité de travail de l'assurée en qualité de femme de chambre en raison de ses douleurs articulaires aux deux genoux et au pied droit. Sur les limitations fonctionnelles de l'assurée, le Dr E_____ évoquait la marche douloureuse, une lombalgie et un soulèvement de charge pénible. Sur la question de savoir si l'atteinte à la santé empêchait l'exercice d'une autre activité professionnelle, le Dr E_____ a répondu « À tester ».

n. Le 17 octobre 2024, le service médical régional (ci-après : SMR) a estimé qu'il ressortait des documents du dossier, que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'ancienne activité de femme de chambre depuis le 6 juin 2023 en raison d'une symptomatologie douloureuse touchant trois étages (lombaire, genoux et pied droit). En revanche, le SMR estimait que sa capacité de travail était entière depuis toujours dans une activité adaptée.

o. Dans le document « détermination du degré d'invalidité » du 5 décembre 2024, l'OAI a indiqué que, dès lors qu'il avait été évalué que l'assurée avait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il y avait lieu de se baser sur le tableau TA1_tirage_skill_level (secteur privé), ligne Tous domaines confondus de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2022, pour une femme travaillant dans une activité de niveau 1, indexé à 2024 au moyen de l'ISS (Indices Suisse des Salaires). L'OAI a ainsi retenu un revenu annuel avec invalidité de CHF 50'015.-. Le revenu sans invalidité pour un plein temps en 2024 était fixé à CHF 54'600.-. La perte de gain, pour la partie professionnelle, était donc de 8.4%.

p. Par projet de décision du 10 décembre 2024, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des mesures professionnelles et à une rente. Retenant un statut de personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle, l'OAI reconnaissait à l'assurée une incapacité de travail totale dans son activité habituelle dès le 6 juin 2023, mais estimait que sa capacité de travail était entière depuis toujours dans une activité adaptée à son état de santé. Le degré d'invalidité calculé par les services de l'OAI était de 8%, ce qui n'ouvrait pas de droit à une rente ou à des mesures professionnelles.

Par décision du 27 février 2025, notifiée à l'assurée le 7 mars 2025, l'OAI a confirmé son projet de décision.

- C.** **a.** Le 7 avril 2025, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) à l'encontre de la décision précitée, en concluant à ce que des mesures de réadaptation lui soient allouées, subsidiairement à ce qu'une rente lui soit octroyée.

La recourante relevait que la mesure d'observation avait dû être stoppée le 5 avril 2024 en raison de son état de santé qui l'empêchait de la suivre convenablement. Dans la note de travail du 26 février 2024 du service de réadaptation, il était mentionné qu'outre ses problèmes somatiques, son état de santé psychique était très fragile et ne lui permettait pas de suivre la mesure. La recourante considérait dans ces circonstances que l'intimé n'avait pas instruit correctement sa demande en tant que ses problèmes psychiques auraient également dû être investigués.

La recourante estimait également que les limitations fonctionnelles purement somatiques retenues ne reflétaient pas de manière fidèle sa capacité de travail dans une activité adaptée.

D'après l'assurée, l'ensemble de ses limitations évaluées correctement auraient dû conduire à une perte de gain supérieure à 8%, soit à tout le moins entre 20% et 40%, et ainsi à l'octroi de mesures de réadaptation.

b. Le 5 mai 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours, en relevant notamment que, dans son recours, l'assurée n'apportait aucun élément médical objectif, voire aucun élément (de nature clinique ou diagnostique) qui aurait été ignoré, de sorte que la mise en place d'une instruction complémentaire ne se justifiait nullement

c. Par écriture du 1^{er} juillet 2025, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a maintenu que l'intimé n'avait pas instruit correctement sa demande en tant que ses difficultés psychiques n'avaient pas été prises en compte. Elle contestait disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

d. Le 26 janvier 2026, la chambre de céans a tenu une audience de comparution personnelle des parties.

La recourante a déclaré qu'elle n'était pas suivie par un psychiatre, mais qu'elle avait beaucoup de douleurs, de limitations et qu'elle se sentait stressée et seule. Elle avait discuté de son état de santé avec son médecin traitant durant l'année 2024 et celui-ci lui avait recommandé de prendre un rendez-vous avec un psychologue ou un psychiatre. Elle n'avait pas réussi à joindre le psychologue que celui-ci lui avait recommandé. La recourante a précisé qu'elle n'avait pas refusé un soutien psychologique, mais qu'elle avait d'abord souhaité en parler avec un prêtre de l'église orthodoxe. Elle avait désormais compris qu'elle avait besoin d'un soutien psychologique.

e. À la demande de la chambre de céans, le Dr E_____ a confirmé avoir recommandé à la recourante de prendre contact avec un professionnel en psychiatrie dans le courant de l'année 2025, en raison de possibles troubles anxiodépressifs.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 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.

La procédure devant la chambre de céans est ainsi régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

1.3 Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA).

Posté le 7 avril 2025, le recours a été interjeté en temps utile. Comme il respecte également les conditions de forme prévues par l'art. 61 let. b LPGA (art. 89B LPA), il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'assurance-invalidité.

3.

3.1 Le 1^{er} janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706).

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

En l'occurrence, au vu de la demande de prestations du 25 août 2023, il n'est pas contesté que ces dernières – dont le refus d'octroi est litigieux – ne pourraient naître qu'après le 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4.

4.1 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).

4.2 Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1^{bis} LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

4.3 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 I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation présuppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure (arrêt du Tribunal fédéral 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et les références), sans qu'il soit nécessaire de recourir à la procédure préalable de mise en demeure prévue par l'art. 21 al. 4 LPGa (arrêts du Tribunal fédéral 8C_480/2018 du 26 novembre 2018 consid. 7.3 et les références ; 9C_59/2017 du 21 juin 2017 consid. 3.3 et les références), une telle procédure préalable n'étant requise que si une mesure de réadaptation a été commencée et qu'il est question de l'interrompre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_783/2015 du 7 avril 2016 consid. 4.8.2 et les références). L'absence de capacité subjective de l'assuré doit toutefois être établie au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2015 du 6 septembre 2016 consid. 5.3 et les références).

4.4 Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison

de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a ; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1^{er} LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_500/2020 du 1^{er} mars 2021 consid. 2 et les références), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

4.5 A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

4.6 Une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1^{bis} et 1^{ter} n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1^{bis} LAI). Selon la jurisprudence, si l'assuré peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité, l'allocation d'une rente d'invalidité à l'issue du délai d'attente (*cf.* art. 28 al. 1 LAI) n'entre en considération que si l'intéressé n'est pas, ou pas encore, susceptible d'être réadapté professionnellement en raison de son état de santé (principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente ; ATF 121 V 190 consid. 4c). La preuve de l'absence de capacité de réadaptation comme condition à l'octroi d'une rente d'invalidité doit présenter un degré de vraisemblance prépondérante. Dans les autres cas, une rente de l'assurance-invalidité ne peut être allouée avec effet rétroactif que si les mesures d'instruction destinées à démontrer que l'assuré est susceptible d'être réadapté ont révélé que celui-ci ne l'était pas (ATF 121 V 190 consid. 4d ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_559/2021 du 14 juillet 2022 consid. 2.2 et les références).

4.7 Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu qu'il 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

Selon l'art. 24^{septies} RAI, le statut d'un assuré est déterminé en fonction de la situation professionnelle dans laquelle il se trouverait s'il n'était pas atteint dans sa santé (al. 1). L'assuré est réputé exercer une activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 1 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de 100% ou plus (al. 2 let. a).

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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

4.8 Le droit à la rente naît au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

5.

5.1 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; 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).

5.2 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 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

6. La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

7.

7.1 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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.

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).

8.

8.1 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

8.2 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 ; 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).

9.

9.1 Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu qu'il 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

9.2 Selon l'art. 24^{septies} RAI, le statut d'un assuré est déterminé en fonction de la situation professionnelle dans laquelle il se trouverait s'il n'était pas atteint dans sa santé (al. 1). L'assuré est réputé exercer une activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 1 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de 100% ou plus (al. 2 let. a).

9.3 L'art. 25 RAI pose les principes de la comparaison des revenus. Selon son al. 1, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS, à l'exclusion toutefois : des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée (let. a) ; des indemnités de chômage, des allocations pour perte de gain au sens de la LAPG et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. b).

9.4 Les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPGA sont établis sur la base de la même période et au regard du marché du travail suisse (art. 25 al. 2 RAI).

9.5 Si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique font foi.

9.6 La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus sans et avec invalidité 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 137 V 334 consid. 3.1.1 ; 128 V 29 consid. 1 ; 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 143 V 295 consid. 2.3 et les références ; 129 V 222 ; 128 V 174).

10.

10.1 En l'espèce, la recourante conteste principalement le refus d'octroi des mesures de réadaptation et, subsidiairement, le refus d'octroi d'une rente. Elle fait

valoir en substance que l'intimé n'a pas suffisamment instruit sa demande, considérant que ses problèmes psychiques auraient dû être investigués. Vu qu'il n'avait pas été tenu compte de ses problèmes psychiques, les limitations fonctionnelles retenues ne reflétaient pas de manière fidèle sa capacité de travail dans une activité adaptée.

10.2 L'intimé estime qu'une instruction complémentaire ne se justifie pas, car la recourante n'apporte aucun élément médical objectif, voire aucun élément (de nature clinique ou diagnostique) qui aurait été ignoré. Il considère en outre que la recourante ne peut pas prétendre à l'octroi de mesures professionnelles, car elles ne seraient ni simples, ni adéquates et ne permettraient pas de réduire le dommage.

10.3 En l'occurrence, le rapport SMR, sur lequel se fonde la décision de l'intimé, répond, sur le plan formel, aux exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse lui accorder une pleine valeur probante : il prend en compte les éléments médicaux ressortant du dossier et va dans le même sens que les avis médicaux formulés par les médecins traitants. Toutefois, plusieurs éléments ressortant de la procédure laissent entrevoir la possibilité de difficultés psychiques non diagnostiquées, notamment les difficultés manifestes de la recourante à s'investir dans les mesures mises en place, son état émotionnel marqué pendant ces mesures et les différents entretiens, ainsi que le fait qu'elle ait été encouragée à entreprendre un suivi psychologique tant par un employé de la division réadaptation, que par son médecin traitant. Dans cette perspective, il ne peut être exclu que de tels troubles, s'ils existent, aient précisément entravé sa capacité à documenter sa situation médicale et à solliciter un accompagnement adéquat. Afin de parer au risque de passer à côté d'une atteinte à la santé psychique qui, bien que non documentée à ce stade, pourrait être déterminante pour l'évaluation de son droit, il se justifie donc de compléter l'instruction. Une clarification médicale s'impose, de manière à vérifier l'existence, la nature et la portée de possibles troubles psychiques et à s'assurer que la décision à rendre repose sur une appréciation complète et conforme au principe de la recherche de la vérité matérielle.

10.4 Pour cette raison, il se justifie de renvoyer la cause à l'office intimé pour qu'il procède à une instruction complémentaire afin d'évaluer les potentiels troubles et limitations psychiques de la recourante.

À l'issue de cette instruction, l'intimé rendra, dans les meilleurs délais, une nouvelle décision quant aux droits de la recourante à d'éventuelles mesures de réadaptation ou à une rente d'invalidité.

11.

11.1 Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.

11.2 Bien qu'elle obtienne partiellement gain de cause, la recourante, non représentée par un avocat et n'ayant pas fait valoir de frais engendrés par la procédure, n'a en principe pas droit à des dépens et ne remplit pas non plus les critères permettant qu'il soit dérogé à cette règle ; on ne saurait considérer, en l'espèce, que l'importance de la cause et sa complexité aient rendu nécessaires des frais ou un volume de travail excédant ce qu'un particulier peut ordinairement et raisonnablement prendre sur lui pour la défense de ses intérêts (ATF 127 V 205 consid. 5b ; 125 II 518 ; Jean MÉTRAL, in DUPONT / MOSER-SZELESS [éd.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, n. 103 ad art. 61 LPG).

- 12.** Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

**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 de l'intimé du 27 février 2025.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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 suppléante

Pascale HUGI

Anne ROUX FOUILLET

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