

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3090/2024

ATAS/235/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 avril 2025

Chambre 5

En la cause

A _____

ecourante

représentée par Me Aliénor WINIGER, avocate

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** A _____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1976, nettoyeuse, a fait l'objet d'une annonce de détection précoce par l'assureur-accidents de son employeur, qui a été reçue par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) en date du 26 février 2014.
- b.** Lors d'un entretien du 28 mars 2014 avec un gestionnaire de l'OAI, l'assurée a exposé souffrir de douleurs lombaires en permanence, avoir des fourmis dans les jambes et des difficultés à marcher. Elle précisait qu'à la maison, elle ne pouvait plus faire le ménage et qu'elle prenait des médicaments anti-inflammatoires et antidouleurs. Son médecin l'avait déjà avertie qu'elle devrait peut-être changer de profession.
- c.** À l'issue de l'instruction, l'OAI a rendu une décision datée du 7 avril 2016 par laquelle il refusait des mesures professionnelles ainsi que l'octroi d'une rente d'invalidité. Il était précisé que le statut de l'assurée était celui d'une personne exerçant son activité professionnelle à un taux de 25% et ses travaux habituels à hauteur de 75%. L'OAI retenait un degré d'invalidité de 25% à l'issue du délai d'attente d'un an, soit dès le 1^{er} juin 2015. Cependant, dès le mois de février 2015, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50% puis, dès le mois de juin 2015, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100%, ce qui représentait 25% de son taux d'activité global. Partant, l'assurée n'avait droit à aucune prestation invalidité. La décision est entrée en force sans avoir été contestée par l'assurée.
- d.** L'assurée a déposé une deuxième demande de prestations invalidité, qui a été reçue par l'OAI le 18 juillet 2017. Elle exposait souffrir d'idées noires, de tristesse, de manque de concentration et d'angoisses, depuis plusieurs années, et était suivie, depuis le mois de février 2016, par le docteur B _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
- e.** À teneur d'un courrier daté du 28 juin 2017 et adressé au Dr B _____, par les docteurs C _____ et D _____ de la clinique de Montana, intégrée aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'assurée avait été admise du 29 mars au 11 avril 2017 en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Il était noté que d'un point de vue psychologique, la patiente présentait une péjoration thymique en lien avec un isolement social dans un contexte de douleurs chroniques. En fin de séjour, une bonne amélioration de la thymie et des angoisses étaient observées ; des antidépresseurs sous forme de Fluctine 40 mg/jour lui avaient été prescrits.
- f.** Par avis médical du 3 janvier 2018, le service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI a considéré que l'assurée présentait une atteinte psychiatrique nouvelle et qu'au vu du rapport d'hospitalisation de la clinique de Montana, une

incapacité de travail depuis le 24 mars 2017 pouvait être retenue. L'aggravation étant rendue plausible, la demande pouvait être instruite.

g. À la demande de l'OAI, le Dr B_____ a complété un questionnaire médical daté du 29 mars 2018. Les symptômes ressentis par l'assurée étaient : la tristesse avec des pleurs, la fatigue, des angoisses, des ruminations sur son passé, des difficultés de concentration, des troubles du sommeil, la prise de poids, le manque d'énergie et surtout de motivation. Elle souffrait de douleurs physiques importantes et avait une humeur très souvent négative, avec une projection pessimiste de l'avenir ; elle souffrait d'une irritabilité et d'une hypersensibilité émotionnelle. Il était précisé que depuis sa sortie de la clinique de Montana en avril 2017, l'assurée avait subi une « décompensation » lors de laquelle la tristesse et l'angoisse avaient augmenté. Elle prenait de la Fluoxétine à raison de 60 mg/jour, voyait son psychiatre une fois par mois ou tous les deux mois et son psychologue tous les 15 jours. Ses limitations fonctionnelles étaient : difficultés à se concentrer, et au niveau physique, la demande de beaucoup d'énergie pour le moindre effort, ce qui la fatiguait énormément. Ses principales ressources étaient son mari et ses enfants, sa fille aînée l'aidant beaucoup pour toutes les tâches ménagères. Elle se promenait occasionnellement avec une amie et allait, de temps en temps, dans les magasins. Selon le psychiatre, l'assurée ne pouvait plus travailler car dès qu'elle essayait de faire des stages, elle tenait physiquement et psychologiquement deux semaines puis « craquait » et était complètement épuisée. La capacité de travail était donc nulle à ce jour. À la demande de l'OAI, le psychiatre traitant a complété son évaluation par courrier du 25 octobre 2018, précisant que les limitations fonctionnelles persistantes étaient : l'asthénie psychique, la fatigue chronique, la boulimie, le manque de confiance en soi, le ralentissement psychomoteur évoluant de modéré à sévère, l'isolement social, les idées noires, les idées de culpabilité, les crises d'angoisse ainsi qu'une hygiène qui laissait à désirer et un comportement alimentaire compulsif qui avait entraîné la prise de 20 kg. S'agissant d'une journée-type, il était mentionné que le mari de l'assurée et sa fille aînée s'occupaient du ménage, des courses et qu'elle-même passait le balai occasionnellement, une fois par mois. Elle faisait des promenades d'environ 10 minutes, toujours accompagnée de sa fille ou de son mari et autour de chez elle, en raison des angoisses. Concernant la prise en charge, le suivi psychiatrique restait mensuel et le suivi psychothérapeutique à raison de trois séances par mois ; la prise d'antidépresseurs se poursuivait avec 60 mg/jour de Fluoxétine. L'état dépressif sévère évoluant vers un état dépressif moyen, le psychiatre mentionnait que l'on pouvait envisager une capacité de travail à 50% dans une activité adaptée, mais qu'une expertise psychiatrique devait être envisagée.

h. Sur préavis du SMR, une enquête ménagère a été effectuée, en date du 20 mai 2019. L'enquêtrice retenait un empêchement pondéré sans exigibilité de 41.2% et une totale exigibilité de son entourage de 29.6% dont il résultait un empêchement

pondéré, avec exigibilité de 11.6%. En substance, il était noté qu'au vu des limitations fonctionnelles, l'assurée pouvait maintenir une certaine régularité dans la sphère ménagère, tout en ménageant son dos, en évitant les mouvements répétés nécessitant une rotation du rachis ainsi que le port répété de charges excédant 4 kg. En outre, il était estimé qu'elle pouvait effectuer ses tâches ménagères légères tranquillement, à son rythme, de manière fractionnée, afin de se ménager des temps de repos sur la journée. Une exigibilité de 29.6% était retenue de la part de l'époux et, dans une moindre mesure, de la fille aînée de 17 ans. Celle-ci était en deuxième année du collège mais il était estimé qu'elle pouvait s'occuper de sa chambre et participer, dans la mesure du temps disponible, aux différentes tâches ménagères. L'aide du mari était également exigible, car il avait des journées de travail variables sur la semaine et toujours des horaires fixes de 8 heures à 17 heures.

i. Par avis médical du SMR du 28 mai 2019, ce dernier a estimé que les empêchements retenus étaient conformes à l'atteinte retenue [précédemment] par le SMR et ceci bien que l'assurée « exagère ses plaintes ».

j. Par projet de décision du 4 septembre 2019, l'OAI a refusé toute prestation invalidité. Il a retenu une part de 25% dans l'activité professionnelle et de 75% dans les travaux habituels. À l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 25 mars 2018, la capacité de travail était considérée comme nulle dans toute activité ; il en résultait un taux d'invalidité de 25% dans la sphère professionnelle et de 8.7% dans la sphère des travaux habituels, ce qui aboutissait à un degré d'invalidité global de 34% qui ne donnait pas droit à des prestations. Dès le mois d'octobre 2018, l'OAI considérait que l'assurée avait pu récupérer une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Dans le cadre de la comparaison des revenus, il retenait un revenu sans invalidité de CHF 35'064.- et un revenu avec invalidité de CHF 24'770.- dont résultait une perte de gain de CHF 10'294.- équivalent à 29.36%. Compte tenu du pourcentage de 25% de la part professionnelle, cette perte économique de 29.36% était équivalente à un taux d'invalidité de 7.34%. Dans les travaux habituels, il était retenu un empêchement de 11.6% qui, à raison de 75% de pondération de la sphère ménagère, aboutissait à un taux d'invalidité de 8.7%. La somme des taux d'invalidité de la sphère professionnelle et celle des travaux habituels aboutissait à un taux d'invalidité global de 16% qui ne donnait pas droit à des prestations invalidité.

k. Par décision de refus de toute prestation du 14 octobre 2019, l'OAI a repris en tous points la motivation du projet de décision. Non contestée, la décision du 14 octobre 2019 est entrée en force.

B. **a.** L'assurée a déposé une troisième demande de prestations invalidité, qui a été reçue par l'OAI en date du 28 août 2023. Dans le cadre de l'instruction, l'assurée a transmis plusieurs rapports médicaux, notamment :

- une lettre de sortie des soins aigus du département des neurosciences cliniques des HUG, datée du 29 novembre 2022, qui faisait suite à une chirurgie spinale élective en raison d'un diagnostic de canal lombaire étroit sur maladie des segments adjacents L3-L4 et L5-S1. Parmi les comorbidités, il était mentionné un trouble dépressif récurrent non traité actuellement. L'intervention s'était déroulée sans complication, avec une patiente qui récupérait rapidement en postopératoire et qui rapportait des améliorations lorsqu'elle marchait, avec une diminution des paresthésies dans les membres inférieurs ;
- un rapport médical du docteur E_____, neurochirurgien, daté du 8 décembre 2022, adressé au docteur , spécialiste FMH en médecine interne, et concernant l'opération de décompression micro chirurgicale des deux niveaux anciennement sténosés pratiquée aux HUG à la fin du mois de novembre 2022. Il était noté que l'évolution avait été très bonne dans les premiers jours postopératoires, puis il s'était produit une remontée des douleurs lombofessières gauches prédominantes. Le médecin exposait qu'il avait affaire à un œdème des nerfs, post-décompression assez classique, avec une nette amélioration tout de suite après l'opération puis des symptômes partiellement récidivants, d'un seul côté, qui étaient apparus quelques jours après. Il allait demander une nouvelle IRM et préconisait, dans l'intervalle, un traitement anti-inflammatoire plus puissant, ainsi qu'un myorelaxant pour les douleurs pendant la nuit ;
- un rapport médical du 16 mars 2023, rédigé par le docteur G_____, spécialiste FMH en neurologie, et adressé au médecin traitant de l'assurée, la docteure , spécialiste FMH en médecine générale, dont il résultait que l'examen neurologique des membres inférieurs était normal mais que des réflexes rotuliens particulièrement faibles étaient notés. L'examen électroneuromyographique (ci-après : ENMG) montrait des signes de dénervation et de réinnervation chronique. Ces éléments, cliniques et électriques, étaient des éléments objectifs d'une atteinte nerveuse périphérique, radiculaire, d'importance modérée.

b. Dans un rapport daté du 4 octobre 2023, le SMR a récapitulé les pièces médicales reçues à l'appui de la troisième demande de prestations invalidité et a considéré que ces dernières rendaient plausible une aggravation de l'état de santé de l'assurée, de manière notable et durable.

c. À la demande de l'OAI, la Dre H_____ a rendu un rapport médical daté du 25 octobre 2023, constatant l'absence de bénéfices perçus, suite à l'opération neurochirurgicale de novembre 2023 (*recte* : 2022). Elle retenait comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail : un canal lombaire étroit traité chirurgicalement à trois reprises, une gonalgie droite aiguë, avec épanchement articulaire, une tendinite de la patte d'oie, une possible gonarthrose sous-jacente avec, comme comorbidités, l'obésité, la dyslipidémie et un pré-diabète. Le médecin exposait que l'assurée avait repris un emploi, tout d'abord à la maternité

des HUG, puis à l'hôpital de la Tour, mais avait rapidement été contrainte d'arrêter, en raison de ses douleurs. Elle expliquait ne pas suivre la patiente depuis longtemps et ne pas pouvoir se prononcer sur la capacité de travail théorique dans une activité adaptée, car les emplois occupés jusqu'à présent s'étaient révélés inadaptés, car trop physiques. Elle retenait comme limitations fonctionnelles : des difficultés lors de la station debout ou assise prolongée et des périodes d'exacerbation douloureuse, limitant fortement la mobilisation.

d. Interpellé par l'OAI, le Dr E_____ a communiqué un rapport médical daté du 25 octobre 2023 dont il ressortait, comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, une maladie des segments adjacents avec sténoses sévères L3-L4 et L5-S1 sur décompression sélective bilatérale et spondylodèse L4-L5 en 2010 avec paresthésies de type fourmillements, depuis son opération. Comme comorbidités, il était mentionné une tendinite insertionnelle du petit fessier, des deux côtés, sans signe de fissuration intra tendineuse, associée à une minime bursite pertrochantérienne bilatérale, observée lors de l'IRM du mois de février 2022. Selon le médecin, il y avait une bonne évolution suite à l'opération du mois de novembre 2022 et la patiente poursuivait une physiothérapie. En ce qui concernait les limitations fonctionnelles, le médecin mentionnait d'éviter le port de charges de plus de 10 kg et le travail en position accroupie. Il considérait que l'assurée disposait d'une capacité de travail dans son activité habituelle de 100%, en tenant compte des limitations fonctionnelles mentionnées sauf, précisait-il, s'il existait une récurrence des douleurs qui ne lui aurait pas été rapportée. Dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'assurée jouissait d'une capacité de travail de 100% depuis le mois de février 2023.

e. Dans son rapport du 12 décembre 2023, le SMR a actualisé la situation médicale, en mentionnant notamment le dernier rapport médical du 25 octobre 2023 du Dr E_____. Il a conclu que la capacité de travail, en termes de capacité fonctionnelle, était de 80%, soit un 100% avec une baisse de rendement de 20%, en lien avec les douleurs et la nécessité de changer de position assise/debout, dans des activités respectant les limitations fonctionnelles. Le SMR retenait une nouvelle incapacité de travail durable de 100%, dès le 1^{er} février 2022, puis une capacité de travail dans l'activité habituelle de femme au foyer et dans une activité professionnelle adaptée de 80%, dès le 25 octobre 2023, tenant compte d'une baisse de rendement de 20%, sur un taux de 100%. Les limitations fonctionnelles étaient : une activité avec la possibilité d'alterner les positions assise et debout, pas de mouvements de rotation répétitifs, pas de marche prolongée, pas de position en porte-à-faux et avec flexion-extension du rachis, pas de travail à genoux et/ou accroupie, port occasionnel de charges de 10 kg sur les deux membres supérieurs ou ports de charges répétés de 4 kg. La date de l'aptitude à la réadaptation était fixée au 25 octobre 2023.

f. Dans un rapport de consultation ambulatoire médicale du 29 janvier 2024, le docteur I_____, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique et

traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a noté, comme diagnostic principal, une lésion radiaire de la corne postérieure du ménisque interne sur *genu valgum* à droite et comme diagnostic secondaire, une décompression sélective bilatérale et spondylodèse en 2010, une décompression L3-L4 et L5-S1, par la laminotomie par la droite, sous microscope en novembre 2022, un canal lombaire étroit sur maladie des segments adjacents L3-L4 et L5-S1, en septembre 2022, ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, non traité actuellement.

g. Un nouveau mandat d'enquête économique a été délivré par l'OAI, ce qui a donné lieu à un rapport d'enquête économique sur le ménage daté du 14 mai 2024. L'enquêtrice a retenu un empêchement, avant l'obligation de réduire le dommage, de 10h24 correspondant à un taux de 22.5%, avec une obligation de réduire le dommage exigible des membres de la famille de 22.5%, ce qui se traduisait par un empêchement, après obligation de réduire le dommage, de 0%. Selon l'enquêtrice, le mari travaillait de 8 heures à 18 heures ou de 11 heures à 21 heures, du lundi au vendredi, et était en bonne santé ; il en résultait qu'il n'existait aucun facteur susceptible de réduire l'exigibilité le concernant. Les enfants, respectivement âgés de 14 ans, 17 ans et 23 ans pouvaient également participer aux travaux du ménage, en tenant compte du fait que la fille âgée de 17 ans souffrait d'un diabète de type I, qui la fatiguait un peu plus, mais cet élément avait été pris en compte dans le calcul de l'exigibilité.

h. Dans une note du 15 mai 2024, le gestionnaire de l'OAI a noté qu'après analyse du dossier, il fixait désormais un statut mixte, avec une part active de 80% en tant que nettoyeuse et de 20% en tant que ménagère. Dès lors, il était demandé au SMR de revoir ses conclusions, en prenant en compte une activité habituelle de nettoyeuse à 80%.

i. En date du 28 mai 2024, l'OAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité, retenant un revenu avec invalidité, fondé sur les données de l'enquête Suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), de CHF 54'222.- à 100%, pour l'année 2024, ce qui correspondait, pour un taux de 80%, à un revenu brut avec invalidité de CHF 39'040.-. Le revenu sans invalidité pour un plein temps était fixé, selon l'ESS, TA1_tirage_skill_level, pour une femme, à CHF 49'186.-. Il en ressortait, après comparaison des revenus à un taux de 100%, une perte de gain de CHF 10'146.- équivalente à un taux de 20.63%. Compte tenu d'une activité professionnelle de 80%, le taux d'invalidité de 20.63% correspondait à un taux d'invalidité de 16.5%. Dans la sphère ménagère, à hauteur de 20%, aucun empêchement n'était retenu, ce dont il résultait un taux d'invalidité global de 16.5%, ne donnant droit à aucune prestation invalidité.

j. Par rapport médical du même jour, le SMR a résumé les dernières pièces médicales versées au dossier et a considéré que l'atteinte principale consistait en des lombalgies chroniques, dans le contexte d'un canal lombaire étroit, sur maladie des segments adjacents L3-L4 et L5-S1 traité par décompression L3-L4 et L5-S1, en date du 25 novembre 2022 ; s'y ajoutait une gonalgie droite, dans le

contexte d'une gonarthrose avec lésion méniscale. L'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle de nettoyeuse ou dans une activité adaptée était de 100%, dès le 1^{er} février 2022. Dès le 29 janvier 2024, en tenant compte d'une baisse de rendement de 20% sur un taux de 100%, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 80%. Les limitations fonctionnelles étaient les mêmes que celles retenues dans le précédent rapport.

C. a. Par projet de décision du 31 mai 2024, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité ou des mesures professionnelles à l'assurée, en raison du fait qu'à l'échéance du délai d'attente, soit dès le 1^{er} février 2023, la capacité de gain était jugée nulle pour la part professionnelle. En raison du dépôt tardif de la demande, le versement de la rente n'aurait pu intervenir qu'au 1^{er} février 2024, date à laquelle l'assurée présentait une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée. Il en résultait une perte de gain de 20.63% qui, après avoir pris en compte l'absence d'invalidité dans la sphère ménagère, aboutissait à un taux d'invalidité global de 16.5%, ne donnant pas droit à des prestations.

b. Par courrier du 1^{er} juillet 2024, l'assurée a contesté le projet de décision, mentionnant qu'elle n'avait toujours pas reçu une copie de son dossier, mais qu'en raison de ses problèmes de santé importants, au niveau des lombaires, auxquels s'additionnait une atteinte au niveau du genou droit depuis 2023, elle ne jouissait pas d'une capacité de travail de 80% mais de 0%, ce d'autant plus qu'elle avait été orientée par les médecins orthopédistes vers un médecin psychiatre, qui l'avait examinée et qui considérait qu'elle semblait présenter un trouble dépressif récurrent. Elle déclarait qu'elle serait en mesure de compléter son objection, dès qu'elle aurait reçu le dossier et demandé les documents utiles à ses médecins, raison pour laquelle elle souhaitait qu'on lui accordât un délai supplémentaire au 2 août 2024. Le dossier de l'assurée devait être transmis à la psychologue et psychothérapeute FSP, J_____. Par courrier de sa mandataire, daté du 29 juillet 2024, l'assurée a allégué qu'elle présentait une incapacité de travail de 50% en raison de ses atteintes psychiatriques, ainsi que de ses nombreuses limitations fonctionnelles, figurant dans le rapport SMR du 28 novembre 2018, atteintes qui avaient été ignorées jusqu'à présent par le SMR. Ainsi, au regard du tableau médical complexe présenté par l'assurée et au regard des atteintes somatiques et psychiatriques qui interagissaient, il se justifiait de mettre en place une expertise pluridisciplinaire, comportant un volet psychiatrique, un volet orthopédique, un volet rhumatologique et un volet neurologique. La mandataire concluait que l'OAI ne pouvait confirmer son projet de décision sans qu'une instruction médicale complémentaire, conforme au droit, ne soit effectuée.

c. Dans son rapport du 16 août 2024, le SMR a pris note des objections de l'assurée et a considéré qu'aucune atteinte incapacitante sur le plan psychiatrique n'avait été retenue et qu'aucun rapport médical ne permettait de rendre plausible la présence d'une atteinte psychiatrique incapacitante notable et durable. Sur le

plan somatique, il était rappelé que le Dr E_____ avait considéré que la capacité de travail de l'assurée était de 100%, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, raison pour laquelle les conclusions de son précédent rapport du 28 mai 2024 restaient valides.

d. Par décision du 19 août 2024, l'OAI a confirmé le refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, pour les motifs déjà exposés dans le projet de décision, en ajoutant, en ce qui concernait les mesures professionnelles, que la condition de la perte de gain de 20% n'était pas remplie et que l'assurée ne présentait pas de limitations spécifiques ou d'atteinte à la santé compromettant la recherche d'un emploi. Il en résultait que le droit à l'aide au placement n'était pas ouvert et que des mesures professionnelles ne seraient pas de nature à réduire le dommage de manière conséquente et notable, au vu du statut mixte et du temps dévolu au travail.

D. a. Par acte de sa mandataire, posté en date du 19 septembre 2024, l'assurée a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) contre la décision du 19 août 2024. Elle a conclu, préalablement, à ce que les parties soient entendues, que des enquêtes soient ouvertes et qu'une expertise pluridisciplinaire comprenant un volet psychiatrique, rhumatologique et neurologique soit ordonnée. Sur le fond, l'assurée a conclu à l'annulation de la décision du 19 août 2024, à ce que des prestations invalidité lui soient octroyées en fonction d'un taux d'invalidité de 100%, le tout sous suite de frais et dépens. En substance, l'assurée a reproché à l'OAI d'avoir ignoré les atteintes psychiatriques, ainsi que la péjoration de son état de santé, au niveau du genou droit et du petit fessier. Selon elle, l'intimé n'avait pas tenu compte de ces atteintes en évaluant les limitations fonctionnelles. De surcroît, en dépit des atteintes somatiques et psychiatriques qui, de toute évidence impactaient sa capacité de travail globale, l'OAI n'avait jamais procédé à une expertise, malgré une demande d'expertise pluridisciplinaire exprimée dans le cadre de la procédure d'observation faisant suite au projet de décision.

b. Par réponse du 17 octobre 2024, l'intimé a considéré qu'aucun élément au dossier ne faisait état de l'existence de troubles psychiques de nature à influencer la capacité de travail de la recourante et que la situation médicale concernant les atteintes somatiques avait été investiguée de manière exhaustive, de sorte que la mise en place d'une expertise s'avérait superflue.

c. Par réplique du 12 novembre 2024, l'assurée a mentionné que le trouble dépressif récurrent figurait dans plusieurs pièces au dossier, ce qui confirmait l'existence d'une pathologie de nature psychiatrique. De surcroît, la tendinopathie de l'assurée, qui était bien documentée, n'avait pas été prise en considération.

d. Par courrier du 22 janvier 2025, la chambre de céans a fixé un délai à l'assurée pour motiver les raisons pour lesquelles elle souhaitait l'audition du docteur K_____, dès lors qu'elle n'avait pas communiqué de pièce faisant état d'un suivi

psychiatrique régulier auprès de ce psychiatre. Il était également demandé à l'assurée de transmettre les éventuels rapports médicaux psychiatriques récents, mais antérieurs à la décision querellée, confirmant ses éventuels troubles psychiatriques, rappelant que le dernier rapport médical faisant état d'un tel trouble était celui du Dr B_____, daté du 29 mars 2018.

e. Par réponse de sa mandataire datée du 24 janvier 2025, la recourante a fait valoir que les atteintes psychiatriques sur la capacité de travail avaient été ignorées par le SMR, ne serait-ce qu'en qualité de comorbidités. Elle a transmis la copie d'un rapport du Dr K_____, daté du 8 novembre 2024, indiquant une évolution stationnaire, mentionnant que le suivi psychiatrique venait juste de reprendre, tout en précisant que le trouble dépressif récurrent sévère était présent depuis le 18 septembre 2024.

f. Invité à se prononcer sur cette nouvelle pièce, l'OAI a répondu par courrier du 12 février 2025 en se fondant sur l'avis médical de son SMR, daté du 10 février 2025. Ce dernier avait tenu compte de toutes les atteintes à la santé de la recourante ; l'atteinte au genou droit était stabilisée depuis le 29 janvier 2024 et le Dr E_____, neurochirurgien, avait tenu compte, comme comorbidités aux atteintes lombaires, de la tendinite insertionnelle du petit fessier et avait considéré que la capacité de travail était de 100%, dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles. S'agissant du rapport du Dr K_____, ce dernier mentionnait une aggravation postérieurement à la décision litigieuse, ce qui ne devait pas être pris en compte, dès lors que, selon la jurisprudence, les faits survenus postérieurement et ayant modifié une situation médicale devaient faire l'objet d'une nouvelle décision administrative.

g. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

h. Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur le taux d'invalidité de la recourante, singulièrement sur l'évaluation de ses empêchements dans la sphère professionnelle, sa capacité de travail dans la sphère ménagère n'étant pas contestée.
3. 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 cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l'occurrence, la décision querellée fait suite à une nouvelle demande de prestations déposée en date du 28 août 2023 et refuse l'octroi d'une rente, dont le droit serait né postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4.

4.1 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

En vertu de l'art. 28 LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2).

4.2 L'art. 29 al. 1 LAI énonce que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit son 18^e anniversaire. Selon l'al. 3 de cette disposition, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

Conformément à l'art. 29 al. 3 LPGA, la date à laquelle l'annonce a été remise à la Poste ou déposée auprès de l'organe est déterminante s'agissant du moment auquel les prestations ont été faites valoir (Guy LONGCHAMP, *in* Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 28 et 40 *ad* art. 29 LPGA).

4.3 Aux termes de l'art. 28a al. 1 LAI, l'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. Le taux d'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative, qui accomplit ses travaux habituels et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il entreprenne une activité lucrative

est quant à lui évalué, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI). Enfin, selon l'art. 28a al. 3 LAI, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, le taux d'invalidité pour cette activité est évalué selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, le taux d'invalidité pour cette activité est fixé selon l'al. 2. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité.

4.4 En l'occurrence, la répartition entre taux d'activité dans la sphère professionnelle (80%) et dans la sphère ménagère (20%) n'est pas contestée, pas plus que les résultats de l'enquête ménagère effectuée au domicile de l'assurée qui conclut que cette dernière bénéficie d'une capacité de 100%, dans la sphère ménagère.

- 5.** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3)

A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

Dans un arrêt du 17 novembre 2021, le Tribunal fédéral a rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

6. 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).

6.1 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 a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

6.2 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 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

6.3 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).

6.4 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 n. 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

7. 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).
8. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral I.321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).
9. En l'espèce, la recourante allègue souffrir de troubles psychiatriques et somatiques, ces derniers se manifestant sous la forme d'une méniscopathie du ménisque interne droit, depuis janvier 2024 et d'une tendinopathie sous la forme d'une tendinite du petit fessier depuis, à tout le moins, août 2023. Elle fait grief à l'intimé de n'avoir pas ordonné une expertise pluridisciplinaire psychiatrique, rhumatologique et neurologique.

L'OAI, de son côté, estime qu'une éventuelle atteinte de nature psychiatrique n'est pas documentée, le certificat médical du Dr K_____ étant postérieur à la décision rendue. S'agissant des atteintes de nature somatique, l'OAI se fonde sur le dernier rapport médical du 25 octobre 2023 délivré par le Dr E_____.

9.1 S'agissant des troubles psychiatriques, la chambre de céans a interpellé la recourante, par courrier du 22 janvier 2025, et a attiré son attention sur l'absence de pièces au dossier pouvant documenter de manière probante l'existence d'atteintes psychiatriques récentes et l'a invitée à transmettre d'éventuelles pièces médicales pouvant confirmer ses allégations.

Le recourante a réagi en communiquant un rapport médical du Dr K_____, daté du 8 novembre 2024 et qui mentionne que la patiente a été suivie, de février 2016 à février 2018, pour trouble dépressif par lui-même et par le Dr B_____ et décrit une patiente « qui prétexte une rechute dépressive depuis septembre 2024 suite à des tentatives de suicide de sa fille ». Dans la rubrique concernant les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail, le psychiatre mentionne un trouble dépressif récurrent sévère qui existerait depuis le 19 septembre 2024. D'emblée, on peut constater que l'éventuelle rechute mentionnée par le psychiatre traitant aurait été déclenchée par un événement postérieur à la décision litigieuse, à savoir une tentative de suicide de sa fille, sans lien avec les précédents troubles psychiatriques allégués par la recourante et instruits par l'OAI. Partant, le trouble psychiatrique éventuel étant postérieur à la décision querellée et n'étant pas dans un rapport de connexité avec les troubles allégués dans le cadre de l'instruction du cas, la chambre de céans n'examinera pas ce grief.

9.2 En ce qui concerne les troubles somatiques, le médecin traitant de la recourante, la généraliste H_____, précise, dans son certificat médical du 25 octobre 2023, qu'il lui est difficile d'évaluer l'évolution et les modifications de l'état de santé de la patiente dès lors qu'elle ne suit pas cette dernière depuis longtemps, mais mentionne que celle-ci considère qu'il n'y a pas eu de bénéfices suite à l'opération neurochirurgicale de 2023. Au vu des douleurs lombaires, elle considère qu'une amélioration de l'état de santé à court et moyen terme est peu probable, mais ne peut pas se prononcer sur la capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, en raison du fait qu'elle suit la patiente depuis peu de temps. Elle relève, toutefois, que les emplois occupés jusqu'à présent se sont révélés inadaptés car « trop physiques » et mentionne comme limitations fonctionnelles les difficultés lors de la station debout ou assise prolongée et des périodes d'exacerbation douloureuse limitant fortement la mobilisation.

Le neurologue E_____, dans son certificat médical également daté du 25 octobre 2023, mentionne une capacité de travail de 100% en tenant compte des limitations fonctionnelles qui sont l'interdiction de port de charges de plus de 10 kg et du travail en position accroupie. Il explique également avoir pratiqué une décompression du canal lombaire étroit, en date du 25 novembre 2022, ce dernier

s'étant amélioré par la suite et précise n'avoir plus revu la patiente après le 30 janvier 2023. Selon lui, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sont la maladie des segments adjacents avec sténoses sévères L3-L4 et L5-S1, avec une comorbidité, sous la forme d'une tendinite insertionnelle du petit fessier des deux côtés, sans signe de fissuration intra tendineuse et associée à une minime bursite pertrochantérienne bilatérale.

Auparavant, un autre neurologue, le Dr G_____, a pratiqué un examen ENMG en date du 16 mars 2023 et confirme, selon le courrier du même jour adressé à la Dre H_____, que l'examen des membres inférieurs montre, comme seule anomalie à l'ENMG à l'aiguille, des signes de dénervation et réinnervation chronique dans le quadriceps gauche et conclut à l'existence d'éléments objectifs d'une atteinte nerveuse périphérique, radiculaire, d'importance modérée.

Dans son rapport de consultation ambulatoire du 29 janvier 2024, l'orthopédiste I_____, note, comme diagnostic principal, une lésion radiaire de la corne postérieure du ménisque interne sur *genu valgum* à droite. Il déconseille la chirurgie et préconise un traitement conservateur avec de la physiothérapie et un suivi auprès des confrères rééducateurs à Beau-Séjour.

9.3 Le SMR, dans son rapport du 28 mai 2024 précédant la décision litigieuse, a pris en compte le certificat du Dr I_____ et considéré que la situation était stabilisée dès le 29 janvier 2024 dès lors qu'une intervention chirurgicale n'était pas envisagée et que le traitement conservateur était annoncé comme n'améliorant pas la situation. En se fondant sur ces éléments, le SMR a considéré que l'activité habituelle de nettoyeuse n'était pas adaptée mais que dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100%, dont il fallait déduire une baisse de rendement de 20% en lien avec les douleurs et la nécessité de changer de position assise et debout dans des activités qui respectaient les limitations fonctionnelles. Il a ainsi retenu une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée et ceci dès le 29 janvier 2024. Il a considéré que la recourante pouvait exercer une activité sédentaire avec la possibilité d'alterner les positions assise/debout, pas de mouvements de rotation répétitifs, pas de marche prolongée, pas de position en porte-à-faux et flexion-extension du rachis, pas de travail à genoux et/ou accroupie, le port de charges de 10 kg occasionnel sur les deux membres supérieurs et de 4 kg pour des ports de charges répétés.

9.4 L'examen des certificats médicaux fournis par les médecins traitants ne permet pas de retenir une capacité de travail réduite dans une activité adaptée. La Dre H_____ estime ne pas pouvoir se prononcer, en raison de la brièveté du suivi, le Dr E_____ retient une capacité de travail de 100%, le Dr G_____ ne se prononce pas sur la capacité de travail, pas plus que le Dr I_____.

La chambre de céans considère que les limitations fonctionnelles retenues par le SMR de l'intimé correspondent à celles retenues par les médecins traitants de la recourante. S'y ajoute le fait que le SMR a pris en compte les douleurs et la

nécessité de changer de position et en a déduit une baisse de rendement de 20%, ce qui n'est pas criticable.

Il sied de rappeler que les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références).

Aucun document médical communiqué par la recourante n'est de nature à infirmer l'appréciation du SMR de l'intimé. Ainsi, et contrairement à ce qu'allègue la recourante dans son courrier du 24 janvier 2025, les atteintes à la santé ont été dûment examinées par l'intimé, qui a mentionné que le Dr E_____ avait estimé la capacité de travail à 100%, en dépit de la présence d'une tendinite et que les troubles du ménisque mentionnés par le Dr I_____ avaient été pris en compte par le SMR, notamment pour en déduire une perte de rendement de 20% aboutissant à une capacité de travail dans une activité adaptée de 80%.

À l'aune de ces éléments, la chambre de céans considère que l'instruction a été menée de manière complète et que la capacité de travail de la recourante, dans une activité adaptée, a été correctement estimée par l'intimé.

9.5 S'agissant du calcul du revenu avec et sans invalidité, il n'est pas critiqué par la recourante. L'intimé s'est fondé sur le tableau idoine de l'ESS, avec une indexation selon l'indice suisse nominal des salaires pour l'année 2024, qui aboutit à un revenu sans invalidité de CHF 54'222.- à 100%. Puis, en tenant compte de la diminution de rendement de 20%, à quoi s'ajoute une réduction forfaitaire de 10% (abattement de 10% de l'art. 26 bis al. 3 RAI entré en vigueur le 1^{er} janvier 2024), on aboutit à un salaire avec invalidité de CHF 39'040.-. Comparé à un revenu sans invalidité de CHF 49'186.-, la perte de gain est de CHF 10'146.-, ce qui correspond à une perte de gain, en pourcentage, pour la partie professionnelle, de 20.63%.

Tenant compte d'une proportion de 80% dans la sphère professionnelle, on aboutit à un degré d'invalidité dans la sphère professionnelle de 16.5%, ce qui correspond au degré d'invalidité total, dès lors qu'il n'y a pas d'invalidité dans la sphère ménagère.

Il résulte de ce qui précède que le calcul du taux d'invalidité effectué par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique, de même que l'appréciation selon laquelle, en l'absence de handicap et au vu d'une perte de gain inférieur à 20%, le droit à l'aide au placement n'est pas ouvert.

9.6 On rappellera que si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres

preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

En l'état, la recourante a exercé son droit d'être entendue dans plusieurs écritures et l'audition du Dr K_____ n'est pas pertinente dans la mesure où les éventuels troubles psychiatriques sont postérieurs à la décision attaquée. Enfin, une expertise pluridisciplinaire ne s'impose pas dès lors que les certificats médicaux proviennent de spécialistes qui ont examiné la patiente et décrit soigneusement les troubles observés.

Pour ces raisons, les actes d'instruction demandés par la recourante sont superflus, selon l'appréciation anticipée des preuves de la chambre de céans.

10.

10.1 Compte tenu des éléments mentionnés *supra*, le recours est rejeté.

10.2 La recourante plaidant au bénéfice de l'assistance juridique, la chambre de céans renoncera à la perception d'un émolument (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à la perception d'un émolument.
4. 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

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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