

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3457/2025

ATAS/719/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 août 2026

Chambre 1

En la cause

A_____

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Amélie PIGUET MAYSTRE, présidente; Yves MABILLARD et Michael
RUDERMANN, juges assesseurs**

EN FAIT

- A. a.** A _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1975, de nationalité brésilienne, est arrivée en Suisse en 2018. Veuve depuis le mois de janvier 2023, elle est mère d'une fille née en 2004.
- b.** Le 17 octobre 2022, l'assurée a adressé un formulaire de détection précoce à l'office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant être en incapacité de travail depuis le 9 mai 2022 en raison de douleurs intenses dans le bas du dos et dans la cuisse gauche. Elle travaillait, depuis le 1^{er} décembre 2018, en tant qu'employée de maison à un taux de 60%.
- c.** Le 15 novembre 2022, après y avoir été invitée par l'OAI, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès dudit office. Elle précisait qu'elle souffrait depuis environ trois années de douleurs très fortes dans le bas du dos et dans la jambe gauche, de la fesse à la cheville. Elle souffrait également de dépression.
- d.** Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a notamment mandaté la Clinique romande de réadaptation en vue de la réalisation d'une expertise médicale pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie, neurologie et psychiatrie).
- e.** Dans leur rapport d'expertise du 17 mai 2024, les experts ont retenu, de façon consensuelle, que l'activité habituelle de femme de ménage n'était plus exigible depuis mai 2022 pour des raisons rhumatologiques, et que l'assurée présentait, dès le 1^{er} janvier 2024, une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée, compte tenu de l'ensemble des limitations fonctionnelles retenues au niveau physique et psychique.
- f.** Dans un avis du 9 août 2024, le service de réadaptation de l'OAI a considéré que des mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées, car elles n'étaient pas de nature à réduire le dommage.
- g.** Le 20 août 2024, l'OAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité de l'assurée, laquelle révélait une perte de gain de CHF 18'157.-, correspondant à un degré d'invalidité de 37,70%.
- h.** Par projet de décision du 20 août 2024, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui octroyer une rente entière limitée dans le temps à l'échéance du délai d'attente d'un an, soit du 1^{er} mai 2023 au 31 mars 2024. À compter du 1^{er} janvier 2024, le degré d'invalidité de 38% découlant de la comparaison des gains n'était pas suffisant pour le maintien de la rente, de sorte que son droit à la rente s'éteindrait au 31 mars 2024, soit après une période de trois mois d'amélioration.
- i.** L'assurée n'a pas formulé d'observations audit projet de décision.
- j.** Par courrier du 30 septembre 2024, l'OAI a informé l'assurée de ce que, la procédure d'audition étant terminée, la Caisse de compensation FER CIAM

(ci-après : la caisse) allait procéder au calcul de sa rente et lui ferait parvenir une décision sujette à recours.

k. Il ressort du dossier de l'OAI que, le 30 septembre 2024, celui-ci a adressé à la caisse la motivation de la décision qu'il convenait de notifier à l'assurée avec le calcul des prestations dues.

l. Par décision du 25 février 2025, la caisse a indiqué à l'assurée qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité pour une période limitée, soit du 1^{er} mai 2023 au 31 mars 2024. Ladite décision précisait, s'agissant des moyens de droit, que l'assurée pouvait former opposition à l'encontre de celle-ci auprès de la caisse.

- B.** **a.** Par courriel du 20 mars 2025 adressé à l'adresse mail générique de l'OAI et contenant sa date de naissance et son numéro AVS, l'assurée a demandé audit office de revoir sa décision, sa santé ne s'étant pas améliorée. Elle a joint à son courriel une note intitulée « demande de réexamen de la décision et de versement des prestations », dans laquelle elle contestait la décision rendue par l'OAI. Elle indiquait que, malgré ses efforts pour reprendre une activité professionnelle, son état de santé ne s'était pas amélioré. À la suite de l'expertise effectuée, la décision de prolonger son arrêt de travail avait pris un certain temps. Elle avait été en arrêt à 100% du 9 mai 2022 au 23 septembre 2024. Elle s'était inscrite le 23 septembre 2024 au chômage et avait trouvé un emploi temporaire en tant qu'agent de nettoyage à 20% du 10 décembre 2024 au 28 février 2025. Son travail s'était cependant avéré difficile à suivre en raison de ses limitations physiques. Elle souffrait en effet de douleurs persistantes, ce qui avait rendu difficile de travailler de manière continue, ce d'autant plus qu'elle ne pouvait pas rester trop longtemps en position statique, ni effectuer des mouvements prolongés. Le 6 février 2025, après avoir terminé sa journée de travail, elle avait ressenti une forte douleur au mollet droit, ce qui l'avait contrainte à être à nouveau arrêtée du 7 février au 25 mars 2025. Depuis février 2024, elle ne percevait plus de prestations de l'assurance perte de gain, et elle n'avait pas eu la possibilité de suivre une réadaptation professionnelle comme les médecins le lui avaient recommandé lors de l'expertise à Sion. La décision de l'OAI ne lui convenait donc pas et ils n'avaient pas pris en compte son état de santé. Elle avait en plus des problèmes au dos, au genou et à la hanche. Elle devait prendre des médicaments forts et était suivie par une physiothérapeute, un ergothérapeute, une psychiatre, une psychologue et un rhumatologue. Elle avait en outre des problèmes financiers. Elle ne souhaitait en aucun cas devenir une personne handicapée. Elle voulait au contraire travailler, bien qu'elle souffrît de limitations physiques. Elle était prête à faire tout ce qui était en son pouvoir pour retrouver une activité professionnelle et améliorer sa santé physique et morale. Elle concluait ainsi à ce que l'OAI réexamine sa situation, qu'il reprenne le versement des prestations et lui offre la possibilité de suivre une réadaptation professionnelle, comme cela avait été suggéré.

b. Par courriel du 31 mars 2025 adressé à la gestionnaire de son dossier auprès de l'OAI, la recourante a transféré son précédent courriel du 20 mars 2025 et demandé de l'aide avec sa demande car elle n'avait jusqu'ici pas reçu de réponse. Elle vivait une situation humiliante depuis le mois de février 2024, mais elle gardait l'espoir d'avoir une réponse positive et de pouvoir faire une formation pour travailler dans une profession qui soit favorable à son état de santé.

c. Par courrier du 1^{er} avril 2025, l'OAI a accusé réception du courriel du 31 mars 2025, qu'il considérait comme une nouvelle demande depuis sa dernière décision entrée en force. Celle-ci ne pourrait être examinée que s'il était rendu plausible que son invalidité s'était modifiée de façon à influencer ses droits depuis la dernière décision. L'assurée était invitée à transmettre, dans les 30 jours, tous les documents médicaux permettant d'établir une aggravation de son état de santé.

d. Le 24 avril 2025, l'assurée a transmis divers rapports médicaux à l'OAI, notamment des rapports et certificats d'arrêts de travail établis entre les mois de mars 2024 et de mars 2025 par le docteur B_____, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi que divers rapports de consultation au service de rhumatologie et au service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).

e. Dans un avis du 17 juin 2025, le docteur C_____, du service médico-régional de l'OAI, a relevé que les pièces produites dans le cadre de la deuxième demande de l'assurée faisaient état de gonalgies droites sur *status* post entorse du genou droit de bonne évolution, lombosciatalgies bilatérales prédominant à gauche, douleur des épaules, *status* post fasciite plantaire bilatérale et *status* post tendinobursite trochantérienne bilatérale. Ces atteintes avaient déjà fait l'objet d'une évaluation par les experts somaticiens (rhumatologue et neurologue essentiellement), lesquels avaient retenu des limitations fonctionnelles durables en lien avec ces atteintes. Partant, une aggravation de l'état de santé notable et durable n'était pas rendue plausible.

f. Par projet de décision du 19 juin 2025, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur sa seconde demande de prestations du 31 mars 2025, l'examen de son dossier n'ayant montré aucun changement depuis la décision du 25 février 2025, acceptant sa demande de prestations pour une durée limitée.

g. Le même jour, l'assurée a transmis divers documents médicaux à l'OAI, à savoir un compte-rendu de doppler veineux du membre inférieur droit du 12 février 2025, un rapport d'échographie des hanches effectuée le 26 février 2025, un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire effectuée le 13 février 2025, un rapport d'IRM du genou droit effectuée le 11 février 2025 et un rapport de radiographie du bassin effectuée le 12 mars 2025.

h. Par décision du 2 septembre 2025, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il refusait d'entrer en matière sur sa seconde demande, pour les motifs invoqués dans son projet de décision du 19 juin 2025.

C. a. Par acte du 2 octobre 2025, l'assurée a formé recours à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant à ce que lui soient octroyées les prestations auxquelles elle avait droit durant son arrêt de travail à 100%, et à ce qu'elle bénéficie d'un soutien et d'une formation pour faciliter sa réinsertion professionnelle. Elle n'avait jamais sollicité de rente d'invalidité et ne souhaitait pas en percevoir. Son objectif était de pouvoir reprendre une activité professionnelle adaptée et de devenir pleinement autonome. Cependant, entre le 20 février et le 23 septembre 2024, elle n'avait pas bénéficié de la couverture de l'assurance perte de gain, ni de l'OAI, alors même qu'elle était en incapacité de travail attestée à 100%. Durant cette période, elle n'avait pas pu recevoir ses prestations, ce qui avait gravement affecté sa situation personnelle et familiale. Sur le plan médical, son état s'était aggravé. En plus des douleurs liées à l'arthrose au niveau de la colonne, des diagnostics complémentaires avaient révélé une tendinite et une bursite bilatérales, plus prononcées du côté gauche, conséquence notamment de chutes survenues au travail et dans les transports. Ces problèmes l'avaient contrainte à suivre un traitement plus lourd (notamment Tramadol trois à quatre fois par jour). Malgré ces difficultés, elle restait motivée à travailler dans des activités telles qu'accompagnatrice, gardienne de nuit ou aide-soignante auprès de personnes âgées. Toutefois, l'absence de formation certifiée limitait ses possibilités d'embauche.

b. Dans sa réponse du 28 octobre 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours. Une nouvelle demande ne pouvait être examinée que si l'assurée rendait plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Si tel n'était pas le cas, l'affaire était liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. En l'espèce, la recourante avait déposé une première demande de prestations le 15 novembre 2022. Dans le cadre de l'instruction, une expertise médicale avait été effectuée, laquelle avait conclu à une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle depuis mai 2022 pour raisons rhumatologiques, et à une capacité de travail de 60% dès le 1^{er} janvier 2024 dans une activité adaptée, compte tenu des limitations fonctionnelles psychiques (activité évitant les sur-sollicitations, la soumission à des facteurs de stress sortant de l'ordinaire). Par ailleurs, le service de réadaptation avait estimé que des mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées car elles n'étaient pas de nature à réduire le dommage. La recourante reprochait à l'OAI de ne pas avoir perçu de rente entre février et septembre 2024. Or, le taux d'invalidité ressortant de la comparaison des revenus était inférieur à 40% et la recourante n'avait pas formé recours contre la décision du 25 février 2025, laquelle était entrée en force. La recourante avait déposé une seconde demande le 31 mars 2025, joignant de

nouvelles pièces médicales. Celles-ci avaient été examinées par le SMR, lequel avait considéré qu'une aggravation de l'état de santé n'avait pas été rendue plausible. Les éléments apportés dans le cadre du recours ne permettaient pas à l'OAI de faire une appréciation différente du cas, de sorte que le recours devait être rejeté et la décision entreprise confirmée.

c. La recourante a répliqué le 29 novembre 2025. Elle avait rassemblé autant de documents médicaux que possible afin de démontrer que son état de santé ne cessait de se dégrader. Les traitements qu'elle prenait quotidiennement, dont les doses avaient été augmentées de manière progressive, témoignaient de la sévérité croissante de ses douleurs. Elle se sentait abandonnée par les services chargés des prestations sociales. Elle n'avait en effet reçu aucune compensation financière durant toute cette période difficile, le dernier versement des indemnités perte de gain datant du 20 février 2024. Elle sollicitait justice et une révision de la décision de l'intimé.

d. Dans son écriture du 15 décembre 2025, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

e. Par courrier du 12 mars 2026, la chambre de céans a imparti à l'intimé un délai au 27 mars 2026 pour lui transmettre la décision formelle d'octroi de rente limitée dans le temps rendue le 25 février 2025, contenant une motivation et la mention des voies de recours, ainsi que la preuve de la notification de ladite décision.

f. L'intimé s'est exécuté dans le délai imparti, transmettant la décision d'octroi de rente limitée du 25 février 2025 établie par la caisse, ainsi que la décision motivée qu'elle avait adressée à la caisse pour notification avec sa décision. La caisse l'avait informée le 25 février 2025 qu'elle avait adressé sa décision ce même jour. Les décisions étaient généralement envoyées par la caisse en courrier A.

Il ressort des pièces transmises par l'intimé que les voies de droit mentionnées différaient dans les deux décisions : la décision de la caisse mentionnait comme voie de droit l'opposition auprès de la caisse, alors que la décision motivée de l'OAI mentionnait la voie du recours auprès de la chambre de céans.

g. Par courrier du 30 juin 2026, la chambre de céans a imparti à l'intimé un délai au 21 juillet 2026 pour se déterminer sur l'entrée en force de la décision du 25 février 2025, eu égard notamment à sa notification et aux objections formées à son encontre par l'assurée les 20 et 31 mars 2025.

h. Le 6 juillet 2026, l'intimée a relevé que la recourante n'avait pas interjeté de recours contre la décision du 25 février 2025, de sorte que cette décision était entrée en force. En revanche, par courriers des 20 et 31 mars 2025, la recourante avait sollicité un « réexamen de la décision et le versement de prestations », et demandé en priorité des mesures professionnelles. Elle avait notamment expliqué que, malgré ses efforts pour reprendre une activité professionnelle, son état de santé ne s'était pas amélioré et qu'elle avait été en arrêt de travail à 100% du 9 mai 2022 au 23 septembre 2024. L'OAI avait alors enregistré cette nouvelle

demande, puis informé la recourante, par courrier du 1^{er} avril 2015, que cette dernière ne pourrait être examinée que s'il était rendu plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits depuis la dernière décision entrée en force. La recourante avait dans ce cadre produit plusieurs pièces médicales, mais l'examen n'avait montré aucun changement. Ainsi, seule une décision de refus d'entrer en matière avait pu entrer en ligne de compte.

i. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

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 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 dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 de la LPGA) (art. 60 al. 1 LPGA).

2.

L'objet du litige dans la procédure juridictionnelle administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées).

En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à rendre une décision de refus d'entrer en matière sur ce qu'il a considéré comme une nouvelle demande déposée par la recourante le 31 mars 2025. Dès lors que le litige ne porte que sur le bien-fondé de la décision de non-entrée en matière, les conclusions de la recourante tendant à l'octroi des « prestations auxquelles elle avait droit durant son arrêt de travail à 100% » et de mesures professionnelles sont irrecevables.

3.

La LAI a connu une novelle le 19 juin 2020, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [Développement continu de l'assurance-invalidité], FF 2017 2363).

Conformément aux principes de droit intertemporel, la législation applicable en cas de changement de règles de droit est en principe celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

Dès lors que la demande de prestations a été déposée après le 1^{er} janvier 2022, le nouveau droit est applicable.

4.

4.1 Selon l'art. 87 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

Lorsque la rente a été refusée parce que le taux d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 et 5.3 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b et les références).

4.2 Il ressort de l'art. 87 al. 2 et 4 RAI et de la jurisprudence précitée que l'administration ne peut rendre une décision de refus d'entrer en matière que si la précédente décision de refus de prestations qu'elle a rendue est entrée en force.

5.

5.1 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément. La procédure devant la chambre de ceans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

5.2 Selon l'art. 49 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3).

Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues (art. 52 al. 1 LPGA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) devant le tribunal cantonal des assurances compétent (art. 57 al. 1 et 58 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a LPA).

Si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou l'autorité ne courent notamment pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA). Pour que le délai soit observé, les écrits doivent être remis au plus tard le dernier jour du délai à l'assureur ou, à son adresse, à La Poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 39 al. 1 LPGA).

5.3 Aux termes de l'art. 57a LAI – intitulé « préavis » et précisé par l'art. 73^{bis} du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) –, au moyen d'un préavis, l'office AI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations, ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée ainsi que toute décision qu'il entend prendre au sujet d'une suspension à titre provisionnel des prestations. L'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA (al. 1). Les parties peuvent faire part de leurs observations concernant le préavis dans un délai de 30 jours (al. 3).

En vertu de l'art. 69 al. 1 let. a LAI, en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

5.4 Selon l'art. 89B al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), le recours, signé et déposé en deux exemplaires par-devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, doit comporter des motifs et des conclusions. Si le mémoire n'est pas conforme à ces règles, un délai convenable est imparti à son auteur pour le compléter, étant précisé qu'en cas d'inobservation, le recours sera écarté (art. 89B al. 3 LPA).

Selon un principe général du droit reconnu par la doctrine, consacré à maintes reprises par la jurisprudence, une autorité administrative est tenue de transmettre au tribunal compétent un recours qui lui est transmis par erreur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_794/2014 du 13 mars 2015 consid. 3.1 et les références citées).

5.5 Selon la jurisprudence, le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 136 V 295 consid. 5.9). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 121 V 6 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 129 I 8 consid. 2.2 ; 124 V 400 consid. 2a et les références). La seule présence au dossier de la copie d'une lettre n'autorise pas à conclure avec un degré de vraisemblance prépondérante que cette lettre a été

effectivement envoyée par son expéditeur et qu'elle a été reçue par le destinataire (ATF 101 Ia 7 consid. 1). La preuve de la notification d'un acte peut néanmoins résulter d'autres indices ou de l'ensemble des circonstances, par exemple d'un échange de correspondance ultérieur ou du comportement du destinataire (ATF 142 IV 125 consid. 4.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_202/2014 et 9C_209/2014 du 11 juillet 2014 consid. 4.2).

6.

6.1 L'art. 27 LPGA prévoit que, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2).

Selon la jurisprudence, le devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 consid. 4.3). Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin de conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur. Le devoir de conseils s'étend non seulement aux circonstances de faits déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique. Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 8C_66/2009 du 7 septembre 2009 consid. 8.3 non publié in ATF 135 V 339, et les références). De manière générale, on doit également exiger de l'assuré un minimum d'attention, de réflexion et de bon sens (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1005/2008 du 5 mars 2009 consid. 3.2.2 ; ATAS/557/2022 du 27 mai 2022 consid. 4.1). Aucun devoir de renseignement ou de conseil au sens de l'art. 27 LPGA n'incombe à l'institution d'assurance tant qu'elle ne peut pas, en prêtant l'attention usuelle, reconnaître que la personne assurée se trouve dans une situation dans laquelle elle risque de perdre son droit aux prestations (ATF 133 V 249 consid. 7.2).

L'obligation de conseiller prévue par l'art. 27 al. 2 LPGA doit être mise en œuvre d'office dès que l'assureur constate un besoin correspondant (arrêt du Tribunal fédéral K 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 3.3), le but étant que l'assuré puisse adopter le comportement permettant que se produise la conséquence juridique correspondant à la finalité poursuivie par le législateur (ATF 131 V 472 consid. 4.3). L'obligation de conseiller ne va toutefois pas au-delà des aspects qui découlent directement de la réglementation pertinente (ATF 136 V 295 consid. 5.6). L'assureur ne saurait cependant s'exonérer de son obligation de renseigner au motif que l'assuré aurait pu adopter le comportement idoine s'il

avait eu connaissance de la réglementation en question (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd. 2015, p. 432 n. 30 ad art. 27 LPGA et les références citées).

6.2 Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée qui peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; ATF 131 V 472 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_601/2009 du 31 mai 2010 consid. 4.1). D'après la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que : (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice et que (e) la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante : que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_601/2009 précité consid. 4.1).

7. En l'espèce, l'intimé a rendu, le 25 février 2025 et via la caisse, une décision octroyant à la recourante une rente entière d'invalidité pour une période limitée, soit du 1^{er} mai 2023 au 31 mars 2024, et supprimant sa rente à compter du 1^{er} avril 2024. Ladite décision précisait, s'agissant des moyens de droit, que l'assurée pouvait former opposition à l'encontre de celle-ci auprès de la caisse. À cette décision était jointe le courrier de motivation de l'intimé, lequel mentionnait, comme voies de droit, qu'un recours pouvait être adressé à la chambre de céans dans les 30 jours à compter de sa notification.

Il ressort des indications fournies par l'intimé et par la caisse que cette décision a été envoyée à la recourante le 25 février 2025 par courrier A. En l'absence d'un suivi postal, il est impossible de déterminer avec exactitude la date à laquelle cette décision a été notifiée à la recourante. Si celle-ci a été notifiée le lendemain à la recourante – ce qu'il n'est pas possible d'établir – le délai pour recourir serait arrivé à échéance le vendredi 28 mars 2025. Si celle-ci a été notifiée le surlendemain à la recourante, le délai pour recourir serait arrivé à échéance le lundi 31 mars 2025.

Le 20 mars 2025, soit moins de 30 jours après l'envoi de la décision du 25 février 2025, la recourante a adressé un courriel à l'adresse mail générique de l'intimé, dans lequel elle lui a demandé de « réviser [sa] décision », sa santé ne s'étant pas améliorée. Elle a joint audit courriel une note intitulée « demande de réexamen de la décision et de versement des prestations », dans laquelle elle a contesté la décision rendue par l'OAI (« la décision de l'OAI ne me convient pas et ils n'ont pas pris en compte mon stade de santé »). Elle y a notamment indiqué que, malgré ses efforts pour reprendre une activité professionnelle, son état de santé ne s'était pas amélioré. Elle a conclu sa note en demandant à l'intimé de réexaminer sa situation, de reprendre le versement des prestations et de lui offrir la possibilité de suivre une réadaptation professionnelle. La recourante a mentionné sa date de naissance et son numéro AVS dans le courriel, de sorte que le lien avec son dossier pouvait facilement être établi par la personne en charge de relever la boîte mail générique de l'OAI.

À la lecture de la note précitée, l'intention de la recourante de contester la décision du 25 février 2025 est évidente. Dans ses écritures, l'intimé n'indique pas ne pas avoir reçu ce courriel, se contentant de relever que l'assurée n'a pas formé recours contre ladite décision et que, par courriels des 20 et 31 mars 2025, elle a sollicité un réexamen de la situation.

Par courriel du 31 mars 2025, n'ayant pas reçu de réponse à son courriel du 20 mars 2025, la recourante a transmis celui-ci à la gestionnaire de son dossier au sein de l'office intimé. Elle lui a demandé de l'aider avec « [sa] demande qui [avait été] envoyée antérieurement, car jusqu'ici [elle n'avait] pas reçu de réponse ». Elle a indiqué être dans une situation « humiliante » depuis le mois de février 2024, mais garder espoir d'avoir une réponse positive.

Ce courriel a été interprété comme une nouvelle demande par l'intimé, et enregistré comme tel.

Or, au vu des contenus de ces courriels, du fait qu'à tout le moins le premier, mais vraisemblablement aussi le second – l'intimé ayant envoyé sa décision par courrier A, elle doit supporter l'absence de preuve de notification de la décision le lendemain de son envoi – sont parvenus à l'intimé durant le délai de recours et qu'ils émanaient d'une assurée agissant en personne, l'intimé devait se demander s'ils constituaient un recours. Il ne pouvait s'en tenir aux termes « révision » et « réexamen » mentionnés par l'assurée, laquelle agissait en personne et pouvait ne pas être au clair sur la définition de ces termes. Cette conclusion s'impose d'autant plus au vu du contenu du texte de la recourante, dans lequel elle fait clairement part de son opposition à la décision rendue à son sujet (« la décision de l'AI ne me convient pas et ils n'ont pas pris en compte mon stade de santé »).

L'intimé aurait ainsi dû transmettre ces courriels pour raison de compétence à la chambre de céans, qui était seule compétente pour juger de leur recevabilité.

Par ailleurs, au vu de son devoir de conseil (art. 27 al. 2 LPGA), l'assureur intimé aurait également dû adresser sans délai à la recourante un message attirant son attention sur le fait que si son intention était de recourir, elle devait le faire dans le délai de 30 jours dès la notification de la décision en cause par courrier signé auprès de la chambre de céans. Ce constat s'impose d'autant plus au vu des voies de recours et d'opposition distinctes mentionnées dans la décision de la caisse du 25 février 2025 et dans la motivation de l'intimé que la caisse soutient avoir jointe à sa décision.

En se contentant de l'informer, le 1^{er} avril 2025, qu'il considérait son courriel du 31 mars 2025 comme une nouvelle demande depuis sa dernière décision entrée en force, que cette demande ne pourrait être examinée que s'il était rendu plausible que son invalidité s'était modifiée de façon à influencer ses droits depuis la dernière décision, puis en l'invitant à transmettre, dans les 30 jours, tous les documents médicaux permettant d'établir une aggravation de son état de santé, l'intimé ne l'a pas renseignée de façon complète et l'a confortée dans l'idée que son cas pouvait être revu.

La recourante, en se fiant aux renseignements incomplets de l'intimé, a perdu une opportunité de contester la décision du 25 février 2025. Du fait qu'elle n'est pas juriste, il y a lieu de retenir que la recourante ne pouvait se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Si elle avait été correctement informée, elle aurait encore pu recourir dans les forme et délai légaux. Elle a ainsi subi un préjudice.

En application du principe de la bonne foi, il doit en conséquence être considéré que la décision du 25 février 2025 n'est pas entrée en force. Dès lors, la décision querellée de non-entrée en matière est infondée, puisqu'elle supposait une décision de refus de prestations préalable entrée en force.

Le recours sera donc admis et la décision de l'intimé du 2 septembre 2025 doit de ce fait être annulée.

8. Le courriel de la recourante du 20 mars 2025 – qui aurait dû être transmis à la chambre de céans par l'intimé pour objet de sa compétence – n'est pas signé, de sorte qu'il ne répond pas aux conditions de forme d'un recours, prévues à l'art. 89B al. 1 LPA. En vertu de l'art. 89 al. 3 LPA, il convient donc de lui impartir un délai pour régulariser son recours. La recourante sera dès lors invitée à adresser à la chambre de céans, dans le délai de vingt jours dès la notification du présent arrêt et sous peine d'irrecevabilité, un exemplaire de son courriel et de sa note du 20 mars 2025 comportant sa signature manuscrite originale. À réception de ce document, un recours sera enregistré en son nom contre la décision de l'intimé du 25 février 2025.
9. Bien qu'elle obtienne gain de cause, la recourante, non représentée 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 en effet 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 ; *cf.* ég. ATF 125 II 518 et Jean MÉTRAL, *in* Commentaire romand LPGA, 2^e éd. 2025, n. 103 ad art. 61 LPGA).

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. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

1. Admet le recours du 2 octobre 2025, dans la mesure de sa recevabilité.
2. Annule la décision rendue par l'intimé le 2 septembre 2025.
3. Invite la recourante à adresser à la chambre de céans, dans le délai de vingt jours dès la notification du présent arrêt, un exemplaire de son courriel et de sa note du 20 mars 2025 comportant sa signature manuscrite afin qu'un recours soit enregistré contre la décision de l'intimé du 25 février 2025, sous peine d'irrecevabilité.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. 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

Pascale HUGI

Amélie FIGUET MAYSTRE

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