

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3643/2025

ATAS/601/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 juin 2026

Chambre 16

En la cause

A_____

représentée par CAP Protection Juridique SA, soit pour elle
B_____, mandataire

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Justine BALZLI, présidente; Yves MABILLARD et Michael RUDERMANN,
juges assesseurs**

EN FAIT

- A. a.** Par formulaire signé le 6 octobre 2020, A_____, née le _____ 1968, comptable à 100% auprès de l'État de Genève au sein de l'office des poursuites, a formulé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI et AI) une demande de prestations AI pour adultes (mesures professionnelles/rentes).

L'atteinte à la santé correspondait à des tracasseries psychologiques depuis près de trois ans.

- b.** Selon le questionnaire pour l'employeur rempli par ce dernier le 4 novembre 2020, l'assurée exerçait l'activité de « comptable-collocatrice OPF » avant son atteinte à la santé.

- B. a.** Dans un rapport non daté reçu par l'OAI le 4 novembre 2020, le docteur C_____, médecin généraliste, a indiqué que les diagnostics correspondaient à un *burn out* (Z.730) et un état anxio-dépressif (F43.22), et que la capacité de travail était nulle depuis le 3 juin 2020 et serait totale une fois le conflit professionnel sévère avec sa cheffe réglé.

- b.** Dans un rapport du 14 décembre 2020, le docteur D_____, médecin spécialiste en psychiatrie, a indiqué que le *burn out* (F43.22) s'était ensuite aggravé par la symptomatologie d'un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22).

- c.** Dans un rapport du 25 janvier 2021, le Dr D_____ a indiqué que le trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive s'aggravait en un épisode dépressif moyen (F32.1) et que la capacité de travail était nulle.

- d.** Du 2 février au 8 octobre 2021, l'assurée a bénéficié de mesures d'intervention précoce sous forme de *coaching* personnalisé du 2 février au 30 juillet 2021 et de cours de formation.

- e.** Le 4 mai 2021, le Dr C_____ a indiqué que la situation de sa patiente avec sa cheffe avait engendré un *burn out* (Z73.0) et un trouble de l'adaptation avec composante anxieuse et dépressive (F43.22). La situation était stable. Sa patiente restait très fragile. Une légère amélioration était à noter depuis que les ressources humaines lui auraient dit qu'elle ne travaillerait plus dans le futur avec sa cheffe. Il n'y avait aucune restriction de santé si elle retrouvait des conditions de travail normales. S'agissant de la capacité de travail, elle pouvait reprendre à 50%, puis à 100% dès que les conditions de travail seraient revenues normales.

- f.** Le 19 mai 2021, le Dr D_____ a indiqué que vu l'amélioration de la santé de l'assurée déjà début 2021, le problème était plus une question d'adaptation à son poste de travail qui ne devait pas être médicalisé davantage. Il avait, après discussion avec sa patiente, cessé de la voir début 2021. En date du 17 mai 2021, le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive

était en cours de rémission, déjà bien avancée. Un projet de retour à l'emploi dès le 1^{er} juin 2021 avait cependant provoqué une résurgence d'une symptomatologie anxieuse.

g. Le 6 juin 2021, le Dr D_____ a indiqué que l'état de sa patiente s'était aggravé, ce qui remettait en question la rémission des symptômes évoquée et indiquait une pérennité, voire une aggravation, qui s'inscrivait dans le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.1).

h. Le 21 novembre 2021, le docteur E_____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise psychiatrique sur mandat du service de santé du personnel de l'État (ci-après : SSPE) de l'État de Genève, employeur.

Le diagnostic retenu était un épisode dépressif de degré de sévérité moyen (F32.1). Les limitations fonctionnelles étaient liées à la persistance d'une symptomatologie anxieuse et dépressive encore marquée : humeur instable et souvent triste, forte anxiété pouvant entraîner des accès de panique et de confusion, perte de confiance en soi et d'estime de soi, sentiment de dévalorisation, d'impuissance et d'incapacité, insomnie, fatigue, difficultés à prendre des décisions, à fixer son attention sur une tâche et à maintenir sa concentration dans la durée (en raison d'une anxiété envahissante). Ces limitations étaient durables. Elles ne devraient pas s'atténuer notablement avant plusieurs semaines, voire quelques mois. La capacité de travail en tant que comptable était alors nulle. Il y avait une contre-indication à la reprise de son activité de comptable à l'office des poursuites, en lien avec la relation avec sa cheffe. Une reprise d'activité au même poste entraînerait inévitablement une aggravation de ses troubles. Sa capacité de travail en tant que comptable, ou dans une autre activité adaptée à la persistance possible des limitations fonctionnelles, devrait être évaluée au terme du stage de réinsertion. La persistance des limitations fonctionnelles devrait faire l'objet d'une évaluation au terme du stage organisé par l'AI (ou plutôt des difficultés rencontrées au cours de ce stage).

i. Du 22 novembre 2021 au 30 septembre 2024, l'assurée a bénéficié de diverses mesures de réadaptation, soit des mesures de réinsertions selon l'art. 14a de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20), du 22 novembre 2021 au 30 septembre 2022, des mesures de reclassement dans la même profession selon l'art. 17 al. 2 LAI du 1^{er} octobre au 31 décembre 2022 et du 20 février 2023 au 30 septembre 2024, conformément au rapport de surveillance – MOP du 7 mars 2025. Durant cette période, elle a perçu des indemnités journalières de l'AI.

j. Dans le rapport surveillance – MOP du 7 mars 2025, la division réadaptation de l'OAI a conclu que les mesures de réadaptation mises en place avaient permis à l'assurée de reprendre de manière progressive une activité professionnelle administrative jusqu'à confirmer un taux de 100% à compter du 1^{er} octobre 2024.

L'assurée avait perdu son emploi à cause de son atteinte à la santé. Un taux d'invalidité de 53.62% était retenu pour la part professionnelle.

L'atteinte à la santé était un *burn out* (Z73.0), un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) et un épisode dépressif moyen (F32.1). S'agissant des limitations fonctionnelles, étaient reprises celles figurant dans les rapports des Drs D_____ de janvier 2021 et E_____ de novembre 2021.

k. Par projet de décision du 20 mars 2025, l'OAI a informé l'assurée avoir l'intention de ne pas lui reconnaître le droit à d'autres mesures professionnelles et de lui octroyer le droit à une rente s'élevant à 54% d'une rente entière d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 54% à partir du 1^{er} octobre 2024, sous réserves des indemnités journalières perçues.

Son statut était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. Elle présentait une incapacité de travail dans toute activité depuis le 3 juin 2020 (début du délai d'attente d'un an). Dans cette situation, la perte de gain se confondait avec l'incapacité de travail. Conformément au principe « la réadaptation prime la rente », les mesures de réadaptation avaient la priorité sur la rente et le droit à la rente ne naissait que lorsque toutes les possibilités de réadaptation avaient été épuisées. Elle avait par ailleurs présenté une aptitude à la réadaptation à l'échéance du délai d'attente d'un an ; le droit à la rente ne naissait donc pas à cette date. Elle avait aussi bénéficié d'un suivi par le service réadaptation depuis janvier 2021 et de mesures professionnelles assorties d'indemnités journalières du 22 novembre 2021 au 30 septembre 2024. Par conséquent, son droit à une rente d'invalidité devait être examiné au terme des mesures professionnelles, moment auquel elle présentait une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Son degré d'invalidité était de 54%, vu son revenu sans invalidité de CHF 103'443.-, son revenu avec invalidité de CHF 47'979.- et la perte de gain de CHF 55'464.-, ce qui lui ouvrait le droit à une rente s'élevant à 54% d'une rente entière.

l. Selon un rapport final – MOP du 28 mars 2025, l'assurée avait informé l'OAI que sa capacité de travail était totale et qu'elle n'avait alors plus de limitations fonctionnelles. Elle était inscrite au chômage et recherchait une activité administrative à taux plein. Une pleine capacité de travail dans une activité administrative était par ailleurs confirmée au terme de la procédure de reclassement dans la même profession. De ce fait, les conclusions du précédent rapport du 7 mars 2025 étaient reconsidérées et un taux d'invalidité nul pour la part professionnelle était retenu.

m. Par projet de décision du 2 avril 2025 annulant et remplaçant celui du 20 mars 2025, l'OAI a indiqué avoir l'intention de ne pas reconnaître le droit à d'autres mesures professionnelles et à la rente invalidité.

n. Le même jour, l'assurée s'est adressée par courriel à son conseiller en réadaptation au sein de l'OAI. À réception du projet de décision du 20 mars 2025,

elle lui avait fait comprendre que ledit projet ne lui conviendrait pas, partant du principe qu'elle se trouvait déjà engagée dans le cadre d'un projet immobilier en cours qui nécessitait un retrait partiel de son capital. Elle était confrontée à une situation complexe qui l'avait empêchée de prendre une décision éclairée. Elle souhaitait finalement revenir sur sa décision prise rapidement, suite à leur entretien téléphonique du 27 mars 2025 et la confirmation de son conseiller du lendemain, et retenir le projet de décision.

o. Par retour de courriel du 3 avril 2025, le conseiller en réadaptation de l'OAI a expliqué à l'assurée avoir consulté le service compétent, qui lui avait confirmé que l'argumentation de cette dernière avait du sens et que sa situation actuelle signifiait une pleine capacité de travail dans son domaine habituel, soit le domaine administratif. De ce fait, l'OAI devait considérer que son taux d'invalidité était nul et que, par conséquent, aucun droit à la rente n'était ouvert. Il n'était à ce stade plus possible de justifier un retour à la précédente décision, désormais caduque.

p. Selon une note téléphonique du 4 avril 2025, l'assurée avait à nouveau appelé l'OAI, après un précédent appel du 2 avril 2025, en disant qu'elle était finalement d'accord d'avoir la rente. Son interlocuteur lui avait indiqué que ce n'était plus possible de revenir en arrière.

Le 2 avril 2025, elle avait dit pouvoir travailler dans son activité habituelle, que c'était mieux pour elle, car elle voulait retirer la moitié de son capital du 2^e pilier, ce qui était difficile avec l'octroi de la rente, et qu'elle ne voulait pas non plus être préretraîtée plus tard si elle voulait récupérer le reste du capital, ce qui semblait impossible avec l'octroi d'une rente.

Son interlocuteur lui avait expliqué que l'évaluation de sa capacité de travail dans son activité habituelle ne dépendait pas des possibilités qui s'offraient à elle avec son 2^e pilier. C'était soit elle avait la capacité de travail, soit elle ne l'avait pas. Elle avait alors dit pouvoir travailler dans son activité habituelle et ne pas avoir de limitations fonctionnelles.

Si elle n'était pas d'accord avec le nouveau projet de décision, elle devait s'y opposer et transmettre un rapport médical expliquant pourquoi elle ne pouvait pas travailler dans son activité habituelle.

- C.** **a.** Le 5 mai 2025, l'assurée s'est opposée au projet de décision du 2 avril 2025 et a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité conformément au projet de décision du 20 mars 2025.

La récupération d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée auprès de son employeur et aux mêmes conditions salariales était contestée.

b. Le 13 mai 2025, l'office régional de placement (ci-après : ORP), rattaché à l'office cantonal de l'emploi, a informé l'OAI que l'assurée était au bénéfice d'un délai-cadre du 1^{er} octobre 2024 au 30 septembre 2026 et qu'elle avait droit aux indemnités de chômage. Elle recherchait une activité à 100%, les activités

professionnelles étant assistante de bureau/collaboratrice spécialisée en comptabilité. Elle n'avait pas transmis de certificats médicaux.

c. Le 14 mai 2025, l'assurée a persisté dans son opposition.

Elle présentait toujours des limitations fonctionnelles, tel que relevé par le Dr E_____ et tel que constaté dans le projet de décision du 20 mars 2025. L'OAI avait à maintes reprises évalué sa capacité de travail à 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, même après le terme des mesures professionnelles le 30 septembre 2024. Le Dr E_____ avait indiqué que la persistance possible des limitations fonctionnelles devrait faire l'objet d'une évaluation au terme du stage organisé par l'AI. Au vu du projet de décision du 20 mars 2025, l'OAI n'avait pas jugé nécessaire de procéder à une nouvelle évaluation des limitations fonctionnelles, puisqu'elles étaient de toute évidence toujours d'actualité. Les conclusions du nouveau projet de décision étaient surprenantes.

d. Le 10 septembre 2025, la docteure F_____, médecin généraliste, a indiqué à l'OAI qu'elle avait suivi régulièrement l'assurée depuis un an et qu'elle était à son avis en pleine capacité de travailler, sans aucun souci de santé l'en empêchant, de sorte qu'elle ne voyait pas de raison de remplir le formulaire demandé. Sa patiente était alors au chômage et en recherche d'emploi.

e. Par décision du 16 septembre 2025, l'OAI a refusé de reconnaître le droit de l'assurée à d'autres mesures professionnelles et à la rente d'invalidité.

Son statut était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. Une atteinte à la santé invalidante était reconnue. L'assurée avait bénéficié de mesures d'intervention précoce et de mesures de réadaptation professionnelle jusqu'au 1^{er} janvier 2025. Elle avait récupéré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle et s'était inscrite au chômage à 100%. Au terme des mesures d'intervention précoce et de réadaptation professionnelle, l'assurée ne présentait pas de perte de gain, de sorte qu'elle n'avait pas de droit à une rente d'invalidité. Son médecin confirmait sa pleine capacité de travail dans l'activité habituelle.

D. a. Par acte du 17 septembre 2025, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité conformément au projet de décision de l'OAI du 20 mars 2025, avec suite de frais et dépens.

Dans son expertise du 21 novembre 2021, le Dr E_____ constatait une atteinte psychiatrique durable et recommandait une réévaluation médicale au terme du stage de réadaptation. Dans son projet de décision du 20 mars 2025, l'OAI avait reconnu une atteinte à la santé invalidante, mais concluait à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le 16 septembre 2025, l'OAI avait changé de position et refusé l'octroi d'une rente. Or, aucune réévaluation n'avait eu lieu à la suite des mesures professionnelles et

avant la décision contestée. Il y avait un défaut d'instruction. Une instruction complète aurait pu permettre de déterminer si elle présentait réellement une capacité de travail exploitable économiquement compte tenu de ses limitations et si elle avait le droit ou non à une rente. L'OAI avait violé le droit en rendant la décision litigieuse.

b. Par réponse du 13 novembre 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le premier projet de décision avait été annulé et un second projet de décision avait été notifié avant le prononcé de la décision litigieuse. La procédure de préavis avait été respectée. L'OAI avait modifié sa position en raison des informations obtenues après la notification du premier projet de préavis. L'assurée avait annoncé avoir une capacité de travail entière dans son activité habituelle, il n'y avait plus de limitations fonctionnelles et elle était inscrite au chômage, recherchant une activité administrative à taux plein. Dans le cadre de la contestation du nouveau projet de décision, l'OAI avait procédé à des investigations médicales complémentaires en interrogeant la médecin traitante de l'assurée, laquelle avait précisé que sa patiente était en pleine capacité de travailler sans aucun souci de santé qui l'en empêchait, qu'elle était inscrite au chômage et en recherche d'emploi. Les constatations de la médecin traitante avaient donc confirmé la position de l'OAI. Il n'existait aucune atteinte à la santé invalidante selon les conclusions même de la médecin traitante et aucun élément permettant de remettre en cause cette appréciation n'avait été fourni. L'assurée se référait à une expertise dont il ressortait assez clairement que les difficultés rencontrées par l'assurée dans son travail ne relevaient pas véritablement d'une atteinte à la santé invalidante et datant de quatre ans auparavant. Il convenait plutôt de se référer aux indications de sa médecin traitante, bien plus représentatives de la situation actuelle.

c. Par réplique du 9 décembre 2025, l'assurée a persisté dans ses conclusions.

L'appréciation de l'OAI ne reposait pas sur une base médicale spécialisée et suffisamment motivée. Lorsqu'il s'agissait d'atteintes psychiques, susceptibles d'évoluer, l'autorité ne pouvait pas trancher la capacité de travail sur la seule base d'éléments administratifs (inscription au chômage, recherches d'emploi, etc.). Les éléments invoqués ne suffisaient pas à démontrer une capacité de travail entière. Ils ne constituaient pas des constatations médicales et ne permettaient pas, à eux seuls, d'exclure des limitations fonctionnelles. L'OAI ne pouvait pas tirer argument de l'absence de pièces récentes pour conclure au rejet, alors qu'il lui appartenait de mettre en œuvre les investigations nécessaires en cas de doute. Le revirement complet par rapport au premier projet de décision ne reposait pas sur une nouvelle expertise, mais sur une appréciation sommaire et non spécialisée. La Dre F_____ ne l'avait jamais auscultée pour son atteinte psychiatrique, de sorte que ses considérations ne pouvaient être comprises comme le résultat d'un examen clinique complet. Cette médecin ne l'avait suivie que dans un cadre très limité, soit des contrôles de tension artérielle et des douleurs au genou.

d. Le 6 janvier 2026, l'OAI a maintenu sa position.

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 dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89A et 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10) prévus par la loi, le recours est recevable.

- 2.** Le litige porte sur la conformité au droit de la décision de l'intimé niant le droit de la recourante à d'autres mesures professionnelles et à la rente d'invalidité.
- 3.** Le 1^{er} janvier 2022, 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) sont entrées en vigueur.

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

3.2 En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt le 1^{er} octobre 2024, soit après la fin des mesures de réadaptation et de perception des indemnités journalières le 30 septembre 2024 (art. 28 al. 1 let. a et 29 al. 2 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

- 4. 4.1** A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne

durant une année sans interruption notable (let. b) et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins (let. c ; art. 28 al. 1 LAI).

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGa et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGa, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGa comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

4.2 Une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1bis et 1ter LAI n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1bis LAI).

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

5. **5.1** Le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de

syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques ou psychosomatiques et aux syndromes de dépendance (ATF 148 V 49 ; 145 V 215 ; 143 V 418 ; 143 V 409). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_265/2023 du 19 août 2024 consid. 3.2).

5.2 Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis, mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante. À ce stade, ladite autorité doit encore s'assurer que l'atteinte à la santé résiste aux motifs d'exclusion, tels que l'exagération des symptômes ou d'autres manifestations analogues, qui conduiraient d'emblée à nier le droit à la rente (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1, 2.1.2, 2.2 et 2.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1).

5.3 Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons. En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ; 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_43/2023 du 29 novembre 2023 consid. 5.2 ; 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 ; 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

5.4 Une fois le diagnostic posé par 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), la capacité de travail réellement exigible doit être examinée, sans résultat prédéfini, au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). 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).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend tout d'abord un examen des indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel », lesquels forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Ces indicateurs comportent une analyse du complexe « atteinte à la santé », lequel comprend la prise en considération des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement effectué dans les règles de l'art, du succès ou de l'échec d'une éventuelle réadaptation, et enfin de l'existence d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique. Il s'agit également d'effectuer une analyse du complexe « personnalité », soit un diagnostic de la personnalité de l'assuré et de ses ressources personnelles, et du complexe « contexte social » (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références).

Il y a lieu ensuite d'effectuer un examen des indicateurs en lien avec la catégorie « cohérence », à savoir examiner notamment si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie ; si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, négligés et prendre en compte le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références).

5.5 Le Tribunal fédéral a récemment 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. 6.1** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un

jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

6.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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 Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer ; nécessité d'aménager des

pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n. 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_87/2022 du 8 juillet 2022 consid. 6.2.1 et les références). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêts du Tribunal fédéral 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n. 6 p. 17 ; 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70 ; I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64 ; 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

6.5 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 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).

7. En l'espèce, la recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir instruit sa capacité de travail, de s'être fié uniquement à des documents administratifs et de ne pas s'appuyer sur des constatations médicales permettant d'exclure des limitations fonctionnelles, pour demander le retour au projet de décision du 20 mars 2025.

Il ressort néanmoins du dossier que la recourante elle-même a informé l'intimé à plusieurs reprises qu'elle avait une pleine capacité de travail, sans limitations fonctionnelles. Ainsi, selon le rapport final – MOP du 28 mars 2025, elle avait fait part à son conseiller en réadaptation que sa capacité de travail était totale, qu'elle n'avait plus de limitations fonctionnelles, qu'elle était inscrite au chômage et qu'elle recherchait une activité administrative à plein temps. Par ailleurs, à teneur de la note téléphonique du 4 avril 2025, elle avait appelé son conseiller en réadaptation le 2 avril 2025 et lui avait indiqué pouvoir travailler dans son activité habituelle.

Au regard de ces éléments et de l'opposition de la recourante au projet de décision du 2 avril 2025, l'intimé a demandé des informations à l'ORP. Il ressort des informations de ce dernier du 13 mai 2025 que la recourante était au bénéfice des indemnités de chômage, qu'elle recherchait une activité à 100% en tant qu'assistante de bureau ou collaboratrice spécialisée en comptabilité et qu'elle n'avait pas transmis de certificats médicaux. Il apparaît donc que la recourante a déclaré au chômage rechercher un emploi dans son activité habituelle et n'a fait état d'aucune limitation fonctionnelle.

L'intimé a ensuite également demandé des informations à la médecin généraliste traitante de la recourante, qui a indiqué suivre la recourante régulièrement depuis une année, qu'elle était en pleine capacité de travailler, sans aucun souci de santé l'en empêchant, et que sa patiente était au chômage et en recherche d'emploi. Cette médecin fait ainsi état de l'absence de tout diagnostic et de toute incapacité de travail, dont il découle, *a fortiori*, l'absence de toute limitation fonctionnelle.

Face à ces éléments, la recourante affirme que la Dre F_____ ne l'aurait jamais suivie pour ses affections psychiatriques et l'aurait uniquement suivie dans un cadre très limité de contrôle de sa tension artérielle et de douleurs au genou. Néanmoins, la recourante n'a produit aucun élément conduisant à douter des conclusions de sa médecin traitante, qui a exclu toute affection de santé, et qui rejoignent les éléments transmis par l'ORP et ses propres déclarations faites à deux reprises à l'intimé. Elle s'est contentée d'invoquer les conclusions du Dr E_____.

Or, si cette expertise, qui n'est pas une expertise mandatée par l'OAI, mais une expertise mandatée par l'État de Genève, qui était alors l'employeur de la recourante, soit pour lui le SSPE, retient une incapacité de travail totale dans l'activité actuelle de comptable et des limitations fonctionnelles durables liées à la

persistance d'une symptomatologie anxieuse et dépressive, elle date de 2021, de sorte qu'elle ne concerne pas la situation de la recourante au terme des mesures de réadaptation et qu'elle n'est pas de nature à faire douter des éléments précédemment relevés. Au demeurant, il convient de constater que cette expertise précise également que, d'une part, les limitations fonctionnelles ne devraient pas s'atténuer avant plusieurs semaines, voire quelques mois, ce qui implique qu'une atténuation était attendue après un certain laps de temps mesuré en semaines, voire en mois, et que, d'autre part, comme le souligne la recourante, la persistance des limitations fonctionnelles devrait faire l'objet d'une évaluation au terme du stage, évaluation précisément effectuée par l'intimé par l'instruction susmentionnée. La recourante ne peut dès lors rien tirer de cette expertise, qui ne conduit pas à douter de la conclusion de la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle au terme des mesures de réadaptation.

Pour le reste, il convient de constater que, déjà en 2020 et 2021, les rapports du Dr C_____ du 4 novembre 2020 et 4 mai 2021, ainsi que du Dr D_____ du 19 mai 2021, tout comme d'ailleurs le rapport du Dr E_____, mettaient en lien la situation de santé de la recourante et le conflit au travail, liant l'incapacité de travail audit conflit et considérant globalement que la recourante serait à l'avenir capable de travailler dans des conditions de travail normales, sans indiquer de limitations fonctionnelles.

Au surplus, la chambre de céans constatera également que le rapport final – MOP du 7 mars 2025, sur lequel reposait le projet de décision du 20 mars 2025 ensuite annulé et auquel la recourante demande de revenir, se référait aux diagnostics et limitations fonctionnelles retenues par ses médecins en 2020 et 2021, sans examen à jour de la situation médicale de la recourante, de sorte que ses conclusions ne reposaient pas sur une instruction suffisante, et que la recourante avait fait l'objet d'un reclassement dans la même profession, sans que les carences ayant conduit à considérer qu'elle pouvait travailler dans une activité adaptée administrative avec de la comptabilité simple ne soient mises en lien avec des limitations fonctionnelles actuelles.

Au vu de ce qui précède, il est établi, au niveau de la vraisemblance prépondérante, qu'à l'issue des mesures de réadaptation, la recourante avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, de sorte qu'elle ne présentait ni incapacité de travail, ni invalidité. C'est partant à juste titre que l'intimé lui a nié le droit à une rente d'invalidité, tout comme le droit à d'autres mesures professionnelles, que la recourante ne réclame du reste pas.

8. Dans ces circonstances, la décision de l'intimé est conforme au droit et le recours à son encontre, mal fondé, sera rejeté.
9. Vu l'issue du litige, la recourante sera condamnée au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al.1bis LAI).

La recourante, qui succombe, ne peut prétendre une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*). Par ailleurs, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont en principe pas droit à une indemnité de dépens (ATF 126 V 149 consid. 4).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
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

La présidente

Nathalie KOMAISKI

Justine BALZLI

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