

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/550/2025

ATAS/755/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 9 octobre 2025**

**Chambre 5**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourante

représentée par Me Catarina MONTEIRO SANTOS, avocate

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Andres PEREZ,  
juges assesseurs.**

---

**EN FAIT**

- A.** a. A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en \_\_\_\_\_ 1978, d'origine kosovar, arrivée en Suisse en 2004 et mère de deux enfants nés en 2005 et 2009, est séparée depuis juin 2022 de son époux (jugement du Tribunal de première instance du 8 juin 2022).
- b. L'assurée, sans formation, a été indépendante de mai 2013 à avril 2015, puis salariée en mai 2019, avant d'effectuer de décembre 2020 à octobre 2021 des missions de courtes durées en tant qu'employée d'entretien auprès de B\_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'employeur) (extrait du compte individuel daté du 2 août 2023).
- c. Depuis août 2022, l'assurée émarge à l'Hospice général (ci-après : HG).
- B.** a. Le 24 juillet 2023, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) en raison d'atteintes existant depuis octobre 2021 et d'une incapacité de travail totale depuis juin 2022.
- b. Par rapport du 14 août 2023, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué, avec incidence sur la capacité de travail, une cervicarthrose en C4-C5 et C5-C6, et une tendinopathie de l'épaule gauche. L'incapacité de travail totale avait débuté le 1<sup>er</sup> février 2023. Dans une activité adaptée, l'assurée ne présentait aucune capacité de travail.
- L'assurée, qui avait mal à l'épaule depuis un an, présentait une cervicarthrose connue de longue date. Le traitement avait débuté le 19 septembre 2022 et l'état de santé de l'assurée faisait obstacle à une réadaptation professionnelle et l'empêchait d'exercer une activité adaptée. Le Dr C\_\_\_\_\_ n'était pas en mesure de répondre à la question de savoir si sa patiente était limitée dans les tâches ménagères. Il a joint un rapport d'imagerie à résonance magnétique (ci-après : IRM) de la colonne cervicale et un rapport de radiographie de la colonne cervicale et de l'épaule gauche, effectuées en date du 22 septembre 2022.
- c. Le 18 octobre 2023, l'employeur a indiqué notamment que l'assurée avait travaillé environ 10 heures par semaine.
- d. Dans un questionnaire daté du 11 décembre 2023, l'assurée a expliqué qu'avant l'atteinte à la santé, elle était mère au foyer et salariée, qu'elle n'avait pas envisagé de réduire ou d'augmenter son taux d'occupation et que sa situation familiale n'avait pas changé depuis le début de son atteinte.
- e. Par rapport du 19 janvier 2024, le docteur D\_\_\_\_\_, médecin traitant, a indiqué que sa patiente était, en raison d'une cervicarthrose et d'une tendinopathie de l'épaule gauche, en incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> février 2023. Dans une activité adaptée, l'assurée ne présentait aucune capacité de travail.

**f.** Par rapport du 12 février 2024, le Dr C\_\_\_\_\_ a relevé que l'évolution était très lente, quasi stationnaire. Il était difficile de détailler les limitations fonctionnelles dès lors que le traitement venait de débuter, précisant que l'assurée ne devait effectuer ni rotation, ni flexion/extension de la colonne cervicale. À la question de savoir si elle pouvait exercer une activité adaptée, le médecin a indiqué que sa patiente, en raison des cervicalgies sur cervicarthrose, ne travaillait pas et ne demandait pas « d'arrêt ». Il avait mis en place un traitement médicamenteux, mais l'assurée, qui ne comprenait pas tout ce qu'il disait, ne prenait pas tous les médicaments. Il avait également prescrit des séances de physiothérapie et en piscine, mais l'assiduité de l'assurée n'était pas facile à évaluer. Un examen complémentaire n'était pas nécessaire pour l'instant.

**g.** Par courriel du 11 mars 2024, l'assurée a indiqué qu'elle avait travaillé, avant l'atteinte à la santé, environ 10 à 12 heures par semaine. À la question de savoir si, en bonne santé, elle aurait exercé une activité professionnelle, elle a répondu positivement et qu'après être tombée malade, elle n'avait pas cherché de travail en raison de son état de santé.

**h.** Le 27 mars 2024, l'OAI a retenu un statut mixte (25% professionnel). L'assurée avait noté dans sa demande de prestations que son atteinte à la santé existait depuis octobre 2021 et que son incapacité de travail avait débuté en juin 2022. Dans son rapport du 14 août 2023, le Dr C\_\_\_\_\_ avait indiqué que sa patiente avait mal à l'épaule gauche « depuis un an », que le début du suivi avait commencé le 19 septembre 2022 et l'incapacité de travail le 1<sup>er</sup> février 2023.

L'OAI a relevé que l'assurée avait cessé d'exercer son activité professionnelle (contrats à durée déterminée) dès fin octobre 2021, pour des raisons inconnues, mais les douleurs à l'épaule gauche étaient déjà probablement présentes, au vu du rapport du Dr C\_\_\_\_\_. Toutefois, elle n'avait consulté un médecin qu'un an plus tard. Par ailleurs, dans le questionnaire, l'assurée n'avait pas expliqué à quel taux elle aurait travaillé si elle avait été en bonne santé.

Selon l'OAI, il y avait lieu de retenir une part professionnelle de 25%, correspondant au taux d'occupation de l'assurée entre le 29 décembre 2020 et le 29 octobre 2021 auprès de son dernier employeur.

**i.** Par rapport du 23 avril 2024, le service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI a retenu qu'en raison de cervicalgies sur cervicarthrose et d'une tendinopathie de l'épaule gauche, l'assurée était en incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> février 2023 dans son activité habituelle. Par contre, dans une activité adaptée, elle présentait, dès cette date, une capacité de travail entière (sans rotation, ni flexion-extension de la colonne cervicale, ni port de charges en élévation, ni gestes répétitifs au-dessus de l'horizontal avec le membre supérieur gauche).

Concernant la capacité de travail résiduelle, le SMR a souligné ne pas pouvoir suivre l'avis du Dr C\_\_\_\_\_ qui n'apportait pas d'éléments médicaux objectifs

justifiant une capacité de travail nulle dans toute activité. Les atteintes étaient modérées et les limitations fonctionnelles n'étaient pas limitantes dans une activité strictement adaptée.

**j.** Le 18 juin 2024, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible en l'état.

**k.** L'OAI a diligenté une enquête économique sur le ménage, réalisée au domicile de l'assurée (le 2 septembre 2024) et dans les bureaux de l'OAI en présence d'une interprète de langue albanaise (le 9 septembre 2024). À teneur du rapport établi le 9 septembre 2024 par le service des évaluations de l'OAI, l'empêchement pondéré dans la tenue du ménage était de 12,9%, mais de 0% en tenant compte de l'aide de ses deux enfants, âgés de 13 et 17 ans, lesquels ne présentaient pas de facteur susceptible de réduire l'exigibilité. L'assurée a expliqué notamment qu'elle n'avait pas continué les missions chez son dernier employeur en raison de ses douleurs à l'épaule. Elle n'avait pas pu s'inscrire au chômage en raison de son arrêt de travail et avait demandé une aide financière à l'HG en août 2022, suite à sa séparation en juin 2022. S'agissant de l'exercice d'une activité lucrative sans atteinte à la santé, l'assurée a indiqué qu'elle n'avait jamais imaginé travailler à plein temps. Elle n'arrivait pas à imaginer à quel taux elle aurait travaillé en bonne santé, mais imaginait un maximum de 50%. Sans formation et ne parlant pas la langue française, il était difficile pour elle de trouver une activité autre que le nettoyage. Suite à la séparation, elle n'avait pas réfléchi à chercher du travail et avait alors déjà des problèmes de santé. Elle ne pouvait s'imaginer ce qu'elle aurait fait en bonne santé.

**l.** Le 17 septembre 2024, l'OAI a procédé au calcul du degré global d'invalidité. Compte tenu d'un statut mixte à 25%, d'une perte de gain de 6,18% et d'un empêchement de 0% dans la sphère ménagère, il a conclu à un degré d'invalidité global de 1.55% en 2024.

**m.** Par projet de décision du 19 septembre 2024, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui nier le droit aux mesures professionnelles et à la rente. L'assurée avait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis le 1<sup>er</sup> février 2023. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail était totale depuis cette date. À l'issue du délai de carence, soit le 1<sup>er</sup> février 2024, le degré d'invalidité global était de 2%, lequel n'ouvrait pas le droit à une rente.

**n.** Le 16 octobre 2024, l'assurée a contesté ce projet estimant que son incapacité de travail était totale dans toute activité. De plus, sa capacité de travail à accomplir les tâches ménagères était fortement limitée. À l'appui de ses griefs, l'assurée a produit un rapport du Dr C \_\_\_\_\_ du 12 octobre 2024 diagnostiquant une arthropathie acromio-claviculaire modérée avec bursite sous-acromiale et une minime lésion partielle du versant superficiel de la partie distale du tendon sus-épineux, non transfixiante, devant faire suspecter un conflit sous-acromial (à corrélérer avec la clinique de l'épaule gauche), une cervicarthrose, des discopathies

lombaires et une gonarthrose gauche débutante. Il a relevé notamment que l'assurée n'avait jamais pu augmenter sa capacité de travail en raison des douleurs ostéoarticulaires diffuses qui l'avaient finalement contrainte à cesser son activité lucrative. Aux atteintes connues (épaule gauche et colonne cervicale) venaient s'ajouter des lombosciatalgies gauches L4-L5 non déficitaires. Elle avait eu des épisodes d'amélioration passagère, non confirmés à long terme ; les douleurs étaient quotidiennes. Des douleurs mécaniques additionnelles de caractéristique similaire s'étaient manifestées au bassin, à la hanche gauche et au genou gauche. L'assurée souffrait de douleurs diurnes et nocturnes, d'une fatigue et d'une asthénie. Elle recherchait un appartement avec facilité d'accès et ascenseur, ce qui témoignait de l'importance de la symptomatologie. L'impotence fonctionnelle était lourde, elle ne pouvait effectuer aucun travail de nettoyage professionnel, ni dans son ménage et la capacité dans une activité adaptée restait théorique. Elle ne pouvait être astreinte à aucune activité physique de plus de 30 minutes, aucun portage de plus de 1 kg et aucun travail répétitif. Une activité physique de reconditionnement devait être mise sur pied.

**o.** Par rapport du 24 octobre 2024 adressé à l'OAI, le Dr D\_\_\_\_\_ a relevé notamment que l'incapacité de travail de sa patiente était totale dans toutes les activités.

**p.** Le 11 novembre 2024, le SMR a estimé que le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ ne permettait pas de modifier ses conclusions du 23 avril 2024. Il a relevé que les discopathies lombaires et la gonarthrose gauche débutante n'étaient pas documentées et n'étaient pas présentes dans les pièces accompagnant la demande. En outre, le Dr C\_\_\_\_\_ n'apportait pas d'éléments pour retenir que ces atteintes étaient incapacitantes. Il évoquait une impotence fonctionnelle lourde, ce qui ne semblait pas en rapport avec les atteintes décrites. Enfin, la capacité de travail entière dans une activité adaptée retenue par le SMR correspondait à une activité sédentaire, comme décrite par le Dr C\_\_\_\_\_.

**q.** Par décision du 10 janvier 2025, notifiée le 20 janvier 2025, l'OAI a confirmé la teneur de son projet.

- C.** **a.** Par acte déposé le 18 février 2025, complété le 24 mars 2025, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une instruction complémentaire, principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, et subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé. La recourante a notamment contesté avoir une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Selon l'intéressée, l'instruction médicale effectuée par l'intimé était incomplète et erronée. En outre, ce dernier n'avait pas tenu compte des modifications du ménage suite à sa séparation. Sa prétendue capacité de travail n'était que théorique et il y avait lieu de prendre en compte une

baisse de rendement et un abattement. Enfin, le statut, tel que retenu par l'intimé, était erroné.

À l'appui de son recours, la recourante a produit un rapport d'IRM de la colonne lombo-sacrée du 13 décembre 2024 (docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie) ainsi qu'un rapport d'IRM de l'épaule gauche du 9 octobre 2024 (docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie).

La recourante a produit également un rapport établi le 27 janvier 2025 par le Dr C\_\_\_\_\_, selon lequel des éléments nouveaux avaient été observés lors des contrôles cliniques et des examens radiologiques inquiétants. Sa patiente présentait un syndrome douloureux diffus aux quatre membres et à la colonne. Les radiographies montraient une cervicarthrose avec raideur importante et une sténose canalaire lombaire constitutionnelle de L2-L3 et L4-L5 avec arthrose. Le handicap était très important. Théoriquement, elle avait une capacité de travail totale dans une activité sédentaire, assise, avec de petits déplacements sans port de charges supérieures à 1 kg. La question de la mise en œuvre d'une expertise neuropsychiatrique, voire rhumatologique, se posait.

**b.** Par réponse du 17 avril 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours, pour les motifs indiqués dans sa décision litigieuse. Selon un avis du SMR du 14 avril 2025, qu'il produisait, le Dr C\_\_\_\_\_ confirmait, dans son dernier rapport, la capacité de travail entière dans une activité adaptée de type sédentaire et n'apportait pas d'éléments pouvant justifier une atteinte rhumatologique et/ou psychiatrique. L'IRM de l'épaule gauche montrait une atteinte déjà connue et celle de la colonne lombo-sacrée faisait état d'une atteinte non incapacitante et ancienne (lésion constitutionnelle du rachis lombo-sacrée). Par conséquent, ces éléments ne modifiaient pas les conclusions du SMR.

L'intimé a ajouté que les nouvelles pièces n'objectivaient aucune nouvelle atteinte, ni aggravation des troubles préexistants, une expertise ne se justifiait pas. En outre, sa note du 27 mars 2024 détaillait les éléments déterminants pris en compte pour établir le statut de la recourante.

**c.** Par réplique du 16 juin 2025, la recourante a fait valoir notamment que ce n'était pas parce que les diagnostics de discopathies lombaires et gonarthrose gauche débutante avaient été posés postérieurement à la décision litigieuse que ces atteintes n'existaient pas avant celle-ci. La recourante, qui avait consulté son psychiatre pour une dépression, était dans l'attente d'un rapport qu'elle entendait verser à la procédure. En outre, selon le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 8 juin 2025, qu'elle produisait, sa capacité de travail était nulle dans toute activité. Selon ce médecin, la recourante souffrait d'obésité (BMI 33), d'un déconditionnement musculo-squelettique généralisé, d'une arthropathie acromio-claviculaire modérée, de lésions de la coiffe bilatérales, d'une cervicarthrose avec des discopathies et protrusions discales de la colonne cervicale, de discopathies et spondylarthrose lombaire, ainsi que d'une gonarthrose gauche débutante. La

recourante avait présenté au départ des cervico-brachialgies gauches, puis une dissémination géographique des plaintes, avec notamment des lombosciatalgies gauches non-déficitaires. Elle ne pouvait être astreinte à aucune activité professionnelle, en l'état, sans, au préalable [la fin de la phrase manque]. Tout traitement ambulatoire avait été un échec depuis plusieurs années et la capacité ménagère était de 7%.

**d.** Par duplique du 1<sup>er</sup> juillet 2025, l'intimé a persisté dans ses conclusions et a produit un rapport du SMR relevant que depuis son dernier rapport du 27 janvier 2025, le Dr C\_\_\_\_\_ n'apportait pas de nouveaux éléments cliniques ou paracliniques, ni d'élément objectif permettant de retenir une réduction notable de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Par ailleurs, les lombosciatalgies gauches non-déficitaires n'étaient pas documentées (avis du 1<sup>er</sup> juillet 2025).

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

## **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** Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

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

**1.3** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité.

### **2.**

**2.1** Le 1<sup>er</sup> 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.

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 (*cf.* 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<sup>er</sup> 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 (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en 2024, dès lors que le délai d'attente d'une année a débuté le 1<sup>er</sup> février 2023 et que la demande de prestations a été déposée en juillet 2023 (*cf.* art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur, en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

**2.2** L'art. 28b LAI dispose que 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). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). L'al. 4 détaille les taux de rente correspondant aux degrés d'invalidité entre 40% et 50%.

L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

**2.3** Selon l'art. 54a LAI, les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3).

Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1<sup>bis</sup> RAI).

## 2.4

**2.4.1** Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2).

**2.4.2** 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 convient 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 125 V 351 consid. 3 ; 122 V 157 consid. 1c).

**2.4.3** Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGa, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

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 ; 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).

### 3.

**3.1** 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 ; cf. 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).

**3.2** Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît

nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

4. En l'espèce, il convient d'examiner si la décision de l'intimé quant à la capacité de travail de la recourante est conforme aux principes qui précèdent.

**4.1** Il n'est pas contesté qu'en raison de ses atteintes à la santé, la recourante présente depuis le 1<sup>er</sup> février 2023 une incapacité de travail totale dans son activité habituelle.

L'intimé, en se fondant sur les conclusions du SMR datées des 23 avril et 11 novembre 2024, a retenu dans sa décision litigieuse que la recourante présentait, à compter du 1<sup>er</sup> février 2023, une capacité de travail entière dans une activité adaptée, ce que l'intéressée conteste.

La chambre de céans relèvera qu'aucun des rapports précités du SMR ne repose sur des observations cliniques auxquelles un médecin du SMR aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur une analyse des documents médicaux versés au dossier. Le résultat de cette appréciation - soit l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> février 2023 - n'est toutefois corroboré par aucune pièce médicale versée au dossier antérieurement à la décision litigieuse. En effet, aucun médecin ayant examiné la recourante - que ce soit le Dr C\_\_\_\_\_ ou le Dr D\_\_\_\_\_ - n'a retenu que l'intéressée présentait une capacité résiduelle entière dans une activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> février 2023. Par conséquent, en procédant de la sorte, le SMR a posé de nouvelles conclusions, alors qu'il doit se limiter à apprécier celles déjà existantes (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références).

Par ailleurs, la chambre de céans ne saurait se fonder, sans autre instruction, sur le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 27 janvier 2025, faisant notamment état d'une capacité de travail théorique de 100% dans une activité adaptée, dès lors que ce rapport a été établi postérieurement à la décision litigieuse et que ce médecin ne précise pas à quand remonte son appréciation.

Force est ainsi de constater qu'aucun rapport versé au dossier ne permet de confirmer les conclusions du SMR selon lesquelles la recourante présentait, dès le

1<sup>er</sup> février 2023, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans baisse de rendement.

En l'absence d'une analyse probante de la situation médicale de la recourante, l'intimé ne pouvait ainsi se fonder sur les conclusions du SMR pour rendre sa décision de refus de prestations.

Dans ces conditions, en l'absence d'une appréciation suffisamment convaincante et circonstanciée permettant de déterminer la capacité de travail résiduelle de la recourante à compter du 1<sup>er</sup> février 2023 au regard de l'ensemble de ses atteintes, la chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier de manière adéquate sa situation médicale. Il se justifie par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il procède à une instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise indépendante, au sens de l'art. 44 LPGA. Un renvoi à l'administration se justifie, en l'occurrence, vu l'absence d'une expertise mise en œuvre par l'intimé.

**4.2** Il y a encore lieu d'examiner si c'est à juste titre que l'intimé a retenu un statut mixte avec 25% consacrés à la part professionnelle.

**4.2.1** Selon l'art. 28a al. 1 1<sup>re</sup> phr. LAI, l'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

À teneur de l'art. 28a al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022, 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 évalué, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels.

Selon l'art. 28a al. 3 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, 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 ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité.

Selon l'art. 24<sup>septies</sup> RAI, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, le statut d'un assuré est déterminé en fonction de la situation professionnelle dans laquelle il se trouverait s'il n'était pas atteint dans sa santé (al. 1).

Selon l'al. 2 de l'art. 24<sup>septies</sup> RAI, l'assuré est réputé :

- exercer une activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 1 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de 100% ou plus (let. a) ;

- ne pas exercer d'activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 2 LAI dès lors qu'en bonne santé, il n'exercerait pas d'activité lucrative (let. b) ;

- exercer une activité lucrative à temps partiel au sens de l'art. 28a al. 3 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de moins de 100% (let. c).

**4.2.2** Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 25 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assuré, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et la référence) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 28 consid. 2.3 et les références ; 141 V 15 consid. 3.1 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 125 V 146 consid. 2c et les références).

**4.2.3** En l'occurrence, l'intimé a considéré que, sans atteinte à la santé, la recourante, née en 1978, exercerait une activité lucrative à un taux de 25%. Dans sa note relative au choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité datée

du 27 mars 2024, l'intimé a justifié ce pourcentage par le fait qu'il correspondait au taux d'occupation contractuel de la recourante avant la survenance de son incapacité de travail.

Ce faisant, force est de constater que l'intimé n'a manifestement pas pris en considération l'ensemble des éléments déterminants pour répondre à la question de savoir ce que la recourante aurait fait sans atteinte à la santé. L'intimé ne s'est en effet nullement prononcé sur les éléments jurisprudentiels pertinents tels que notamment l'âge de l'intéressée, sa situation financière, l'éducation des enfants, l'évolution de sa situation familiale, lesquels sont pourtant nécessaires pour déterminer quelle activité la recourante exercerait et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé. À cet égard, il y a lieu de relever notamment que si la recourante a certes travaillé en moyenne à 25% de décembre 2020 à octobre 2021 - alors qu'elle partageait encore le domicile familial avec son époux -, sa situation financière s'est toutefois manifestement péjorée suite à leur séparation en juin 2022, ce que l'intimé n'a nullement pris en considération. Or, on rappellera que, contrairement à ce qu'a retenu l'intimé, le seul fait qu'avant d'être atteinte dans sa santé, une personne s'occupait dans une grande mesure du ménage, ne permet pas de conclure, sans effectuer un examen complet de l'ensemble des circonstances, qu'elle aurait continué de le faire (*cf.* p. ex. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_639/2021 du 22 mars 2022 consid. 4).

En l'absence d'une évaluation établie à satisfaction de droit, le statut mixte avec 25% de part professionnelle, tel que retenu par l'intimé, ne saurait être confirmé par la chambre de céans.

Pour ce motif également, la décision litigieuse doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sur le statut de la recourante.

À l'issue de l'instruction, l'intimé rendra, dans les meilleurs délais, une nouvelle décision quant aux droits de la recourante à des prestations d'invalidité.

Vu l'issue du litige, il sera renoncé aux mesures d'instruction proposées par la recourante.

5. Le recours sera en conséquence partiellement admis, la décision de l'intimé du 10 janvier 2025 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, et nouvelle décision.

**5.1** La recourante, assistée par un mandataire professionnellement qualifié et obtenant partiellement gain de cause, a ainsi droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 3'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

**5.2** Étant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 10 janvier 2025.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Alloue à la recourante, à la charge de l'intimé, une indemnité de CHF 3'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

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