

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/898/2025

ATAS/679/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 septembre 2025

Chambre 9

En la cause

A _____
représentée par Me Isabelle PONCET, avocate

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, présidente; Andres PEREZ et Michael
RUDERMANN, juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1984, célibataire, est arrivée en Suisse au mois de novembre 2017.

b. Du 11 février au 3 mars 2021, l'assurée a séjourné dans la clinique du Grand-Salève, sur recommandation de la docteure B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante de l'assurée, en raison d'un fléchissement de l'humeur dans le contexte d'une dépression et du deuil causé par le décès de son père. Un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) a été retenu par les médecins de la clinique. Au cours de la prise en charge de l'assurée, sa symptomatologie avait partiellement diminué, avec une absence d'idéation suicidaire, une régression du ralentissement psychomoteur et une persistance de la tristesse.

c. L'assurée a une nouvelle fois été admise au sein de la clinique du Grand-Salève du 15 au 21 juin 2021 en raison d'une « décompensation anxieuse et dépressive sévère résistante au traitement dans les suites d'un deuil complexe ». Un épisode dépressif moyen sans symptômes psychotiques (F32.1) a été retenu par les médecins de la clinique. Durant le séjour de l'assurée, sa fragilité thymique s'était stabilisée, avec une mise à distance des idées noires, l'absence d'idées suicidaires et une meilleure qualité du sommeil.

d. En date du 13 septembre 2021, l'assurée a été percutée par une automobiliste alors qu'elle venait de s'engager sur un passage pour piétons et a subi un traumatisme par écrasement du pied droit ainsi qu'une entorse de la cheville droite avec fracture de la base du 5^{ème} métatarsien.

e. Du 8 au 25 novembre 2021, l'assurée a été prise en charge par la clinique du Grand-Salève en raison d'une aggravation des symptômes dépressifs et anxieux dans le contexte de son accident. À la suite de cet évènement, elle avait présenté une détérioration de son état thymique avec idéations suicidaires sans projet et un isolement social. Un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans symptômes psychotiques (F33.2) était retenu. Grâce à la prise en charge somatique intensive de son pied droit, ses symptômes anxieux et dépressifs s'étaient progressivement améliorés.

f. Dans un rapport du 26 janvier 2022, le docteur C_____, spécialiste FMH en anesthésiologie et spécialiste en matière de traitement interventionnel de la douleur (SSIPM), a retenu les diagnostics de *complex regional pain syndrom* (ci-après : CRPS) de type I et de dépression réactionnelle, en indiquant que l'assurée se plaignait de douleurs essentiellement latérales au niveau du pied droit. Elle présentait une allodynie, un changement de coloration consistant en une peau violacée à la face latérale du pied et une asymétrie de température supérieure à un degré s'agissant de la partie latérale du pied droit par rapport au côté gauche. Le Dr C_____ mentionnait qu'une prise en charge du CRPS de type I avait été

décidée et que l'assurée suivait un traitement antidépresseur lourd en raison d'une dépression réactionnelle au décès de son père.

B. a. Le 13 novembre 2023, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a reçu de l'assurée un formulaire de demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en vue de l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente, daté du 7 novembre 2023, à teneur duquel l'assurée expliquait se trouver en incapacité de travail totale depuis le 13 août 2021 en raison d'une maladie de Sudeck consécutive à un accident.

b. Par courrier du 17 novembre 2023, l'OAI a demandé à l'assurée si elle exerçait une activité professionnelle avant son atteinte à la santé et si elle en exercerait une si elle était en bonne santé.

c. Dans un rapport du 12 décembre 2023 établi à la demande de l'OAI, le Dr C_____ a indiqué que l'assurée souffrait d'un CRPS de type I, d'un status après fracture de la base du 5^{ème} métatarsien droit et d'un état dépressif majeur, en précisant qu'il n'avait plus revu l'assurée depuis le 7 juin 2023. Selon lui, les divers traitements prescrits, tels que des perfusions de lidocaïne ou de kétamine, n'avaient pas eu l'effet escompté, les douleurs de l'assurée s'étant aggravées durant la prise en charge, tout comme son état dépressif. Le pronostic était défavorable. L'assurée ne pouvait pas utiliser son membre inférieur droit, ni se mouvoir, de sorte qu'elle se déplaçait généralement en chaise roulante. Elle ne disposait d'aucune capacité de travail, quelle que soit l'activité considérée, et n'était probablement pas apte à suivre une mesure de réadaptation professionnelle à l'époque de sa prise en charge par le Dr C_____.

d. Le 11 janvier 2024, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a adressé à l'OAI un rapport mentionnant que l'assurée avait subi, dans le contexte de l'accident du 13 septembre 2021, un traumatisme par écrasement du pied droit, une entorse de la cheville droite accompagnée d'une fracture de la base du 5^{ème} métatarsien et un syndrome douloureux et complexe du pied et de la cheville droits. Un examen radiologique avait été réalisé en date du 28 février 2023, lequel avait mis en évidence une consolidation complète de la fracture de la base du 5^{ème} métatarsien. Compte tenu de ce résultat, il était difficile d'expliquer l'origine des douleurs éprouvées par l'assurée par une éventuelle pseudarthrose de cet os. Le Dr D_____ indiquait ainsi qu'il n'avait pas de traitement particulier à proposer à l'assurée d'un point de vue orthopédique et que la problématique principale provenait de son CRPS, pour lequel elle était suivie par un centre spécialisé de la douleur. Selon lui, l'assurée présentait des limitations à la marche et à la station debout prolongée, ainsi que des douleurs limitantes. S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, le Dr D_____ a invité l'OAI à s'adresser au médecin qui délivrait les certificats d'incapacité de travail de l'assurée.

e. Dans un rapport du 8 février 2024, la docteure E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué que l'assurée se trouvait en incapacité totale de travail, en précisant, s'agissant de son pied droit, que la mobilisation des orteils entraînait des douleurs sur le 5^{ème} H_____on mais que la palpation était indolore. La Dre E_____ retenait le CRPS au titre de diagnostic incapacitant et celui d'état anxio-dépressif au titre de diagnostic sans incidence sur la capacité de travail, en mentionnant que cette atteinte était stable et traitée. S'agissant du pied droit de l'assurée, son évolution avait été défavorable malgré l'intervention de plusieurs spécialistes et la prescription de différents traitements. Concernant les limitations fonctionnelles, l'assurée ne pouvait pas marcher, ni rester debout plus de dix minutes. Elle marchait avec une canne pour assurer son équilibre en raison de ses douleurs au pied. Il n'existait pas de position antalgique pour son pied. Sa capacité de travail était difficile à évaluer dans le futur, dès lors qu'elle présentait des limitations qui allaient probablement perdurer. Sa capacité de travail dans une activité adaptée était *a priori* nulle mais devait être évaluée avec l'assurée.

f. Le 13 février 2024, l'OAI a reçu de la Dre B_____ une attestation médicale non datée, mais établie selon elle au mois de novembre 2022. À teneur de cette attestation, l'état psychique de l'assurée s'était dégradé de manière définitive depuis son accident, sans qu'une amélioration de sa dépression sévère pût alors être envisagée. L'aggravation de la symptomatologie algique ne contribuait pas à l'apaisement de son atteinte psychique. Les facteurs d'incertitude et d'impuissance en lien avec la situation médicale de l'assurée participaient à la persistance de sa détresse psychologique.

g. Dans son rapport du 25 avril 2024, le docteur F_____, médecin du service médico-régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a retenu que l'assurée souffrait d'un CRPS de la face latérale du pied droit à la suite d'une fracture du cinquième métatarsien et qu'elle se trouvait en incapacité de travail totale depuis le 13 septembre 2021. Sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle, mais, depuis le 12 décembre 2023, entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge, pas de station debout supérieure à cinq minutes, pas de marche, possibilité d'alterner les positions assise/debout, pas de travail à genoux/accroupi, pas d'escabeau/échelle, pas d'escalier. Ces limitations fonctionnelles justifiaient qu'une baisse de rendement de 20% fût prise en compte afin de permettre des pauses destinées à soulager le pied de l'assurée. Selon le médecin du SMR, la capacité de travail résiduelle de l'assurée était exigible dès le 8 février 2024, date du rapport de la Dre E_____ mentionnant que l'assurée pouvait se déplacer avec une canne, et non plus en chaise roulante. L'appréciation de la Dre E_____, qui estimait que la capacité de travail résiduelle de l'assurée était *a priori* nulle ne pouvait pas être suivie, dès lors que celle-ci présentait, plus de deux ans après l'accident, une symptomatologie limitée à la face latérale du pied droit avec un status en

progression (aspect cutané en ordre, palpation indolore), des doses modérées d'antalgiques et un déplacement possible avec une canne.

h. Par courrier du 24 mai 2024, l'OAI a demandé à l'assurée, dans la mesure où cette dernière n'avait pas travaillé depuis son arrivée en Suisse, de lui transmettre des justificatifs démontrant qu'elle comptait entreprendre une formation en 2021 comme elle le soutenait, respectivement de lui communiquer des documents attestant d'éventuelles recherches d'emploi effectuées avant ses atteintes à la santé.

i. Au cours d'un entretien téléphonique avec l'OAI en date du 30 mai 2024, l'assurée a indiqué n'avoir jamais entrepris de démarches en vue d'effectuer une formation depuis son arrivée en Suisse et a précisé qu'elle n'avait pas non plus recherché d'emploi.

j. L'OAI a diligenté une enquête économique sur le ménage, réalisée au domicile de l'assurée en date du 26 septembre 2024. À teneur du rapport établi le 30 septembre suivant par le service des évaluations de l'OAI, l'assurée a déclaré lors de l'enquête qu'elle exercerait une activité lucrative si elle n'était pas atteinte dans sa santé, en précisant avoir quitté l'Argentine avec le projet de travailler à plein temps en Suisse. Une invalidité de 75.4% dans l'accomplissement des tâches ménagères a été retenue par le service des évaluations de l'OAI. Selon ce dernier, les déclarations de l'assurée n'étaient pas conformes aux limitations fonctionnelles retenues, dans la mesure où elle indiquait être presque totalement empêchée d'accomplir ses travaux habituels, sans avoir cherché à réduire le dommage, trois ans après son accident. Elle semblait se contenter de la situation compliquée et dépendre d'autrui. Le service des évaluations de l'OAI a enfin relevé que l'atteinte psychique de l'assurée paraissait importante.

k. Dans une note du 2 octobre 2024 relative au choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité, l'OAI a indiqué que l'absence d'activité professionnelle avant l'atteinte à la santé ne correspondait pas à la volonté de l'assurée et que cette dernière travaillerait à plein temps pour ne pas dépendre de l'aide sociale si elle était en bonne santé. Un statut d'actif a ainsi été retenu.

l. Par projet de décision du 3 octobre 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI de l'assurée. Une incapacité de travail totale dans toute activité était reconnue à compter du 13 septembre 2021. À l'échéance du délai d'attente d'un an, à savoir le 13 septembre 2022, une incapacité de gain entière était retenue par l'OAI. Cependant, la demande de prestations ayant été déposée en date du 13 novembre 2023, la rente ne pouvait être versée qu'à compter du 1^{er} mai 2024. Dans la mesure où, depuis le 12 décembre 2023, l'assurée avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 20%, son droit à la rente était influencé à compter du 1^{er} avril 2024, soit trois mois après le début de l'amélioration de son état de santé. La comparaison des revenus de valide et d'invalidé effectuée par l'OAI à cette date

conduisait à un taux d'invalidité de 28%, lequel était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Par ailleurs, de nombreuses activités non qualifiées des secteurs de la production et des services étaient adaptées aux empêchements de l'assurée, sans qu'une intervention de l'OAI fût nécessaire.

m. En date du 4 novembre 2024, l'assurée, sous la plume de son conseil, a communiqué à l'OAI ses observations en lien avec le projet de décision, en contestant disposer d'une capacité de gain entière dans une activité adaptée et en relevant que le projet de décision ne mentionnait aucun exemple d'activité adaptée à son état de santé, ni n'expliquait pour quelle raison des mesures de réadaptation n'avaient pas été envisagées. Par ailleurs, son état de santé psychique n'avait pas été pris en considération et l'OAI n'avait pas réalisé d'examen médical tenant compte l'ensemble des atteintes de l'assurée. Enfin, le projet de décision ne contenait aucune indication sur la prise en charge des limitations dans l'accomplissement des tâches du quotidien. L'assurée concluait ainsi à l'octroi d'une rente d'invalidité à 100% et, subsidiairement, à ce que l'OAI procédât à une instruction complémentaire au moyen d'examen et d'expertises, avant de rendre sa décision.

n. Dans son avis médical du 12 novembre 2024, le médecin du SMR a constaté que l'assurée n'avait pas fourni d'éléments médicaux nouveaux, de sorte que son avis du 25 avril 2024 demeurait inchangé.

o. Le 7 février 2025, le service de réadaptation de l'OAI a émis un avis par lequel il estimait que des mesures de réadaptation n'étaient pas adéquates dans la situation de l'assurée, dès lors que ses limitations fonctionnelles étaient compatibles avec un emploi dans le conditionnement simple, derrière un établi, dans la vérification ou le contrôle. Le large éventail d'activités simples et répétitives du marché primaire et équilibré de l'emploi ne nécessitait en outre aucune formation et était adapté aux limitations fonctionnelles de l'assurée.

p. Par décision du 7 février 2025, notifiée à l'assurée en date du 12 février suivant, l'OAI a rendu une décision correspondant en tous points à son projet de décision du 3 octobre 2024, en se fondant sur l'avis médical du SMR du 12 novembre 2024 et sur l'analyse effectuée par le service de réadaptation.

- C. a.** Par acte du 14 mars 2025, l'assurée a recouru 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 dépens, préalablement, à son audition, et, principalement, à l'annulation de la décision querellée et au versement d'une rente d'invalidité de 100% à compter du 13 septembre 2022. À titre subsidiaire, elle a conclu au renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une expertise médicale.

Sur le fond, elle a fait grief à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendue en ne motivant pas suffisamment la décision querellée et en ne prenant pas position sur ses observations du 4 novembre 2024. En outre, l'intimé avait établi les faits de

façon manifestement inexacte en retenant qu'elle présentait une capacité de travail entière, avec une diminution de rendement de 20%, dans une activité adaptée. Par ailleurs, l'intimé s'était écarté à tort de l'avis de ses médecins traitants dans le cadre de l'évaluation de son invalidité et aurait dû tenir compte de son état de santé psychique.

Elle était également d'avis qu'elle n'était pas en mesure d'effectuer une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles. Enfin, la possibilité de mettre en œuvre des mesures de réadaptation aurait dû être examinée par l'intimé.

À l'appui de son recours, la recourante a notamment produit un rapport médical du 18 février 2025 de la Dre E_____ mentionnant qu'elle souffrait, selon ses dires, de douleurs chroniques invalidantes au pied droit et qu'elle se déplaçait avec des béquilles.

Elle a également annexé à son recours le rapport de la Dre B_____ du 19 février 2025. Selon cette dernière, son état de santé psychique s'était dégradé durant les mois de janvier et février 2025 en raison de l'incertitude relative à sa situation asséculoologique. La recourante a enfin produit le jugement du Tribunal de police du 17 février 2023, par lequel l'automobiliste l'ayant percutée avait été condamné.

b. Par réponse du 9 avril 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours, en soulignant que la recourante avait pu prendre connaissance du dossier AI et comprendre sur quels éléments il s'était fondé pour lui refuser l'octroi de prestations. Le médecin du SMR avait par ailleurs tenu compte de l'ensemble des rapports médicaux du dossier pour déterminer la capacité de travail de la recourante et les pièces produites par cette dernière n'étaient pas de nature à modifier son appréciation de la situation.

À l'appui de sa réponse, l'intimé a produit l'avis du médecin du SMR du 24 mars 2025. Ce dernier précisait notamment avoir retenu par erreur, dans son avis du 25 avril 2024, que la recourante avait recouvré une capacité de travail totale dans une activité adaptée en date du 12 décembre 2023 et qu'il convenait de retenir la date du 8 février 2024 à ce titre, en se fondant sur le rapport de la Dre E_____ établi à cette date, dans lequel celle-ci indiquait que la recourante se déplaçait désormais avec une canne. Pour le surplus, le médecin du SMR a maintenu ses conclusions, en considérant que la Dre B_____, dans son dernier rapport, ne mentionnait pas de nouveau diagnostic, ni une modification du traitement, et que l'aggravation constatée était consécutive à la décision de l'OAI. Il estimait enfin que la limitation de déplacement de la recourante relevée par la Dre E_____ avait déjà été prise en compte dans les limitations fonctionnelles et que sa prise de morphine ne pouvait pas être considérée comme étant importante, ce qui laissait une grande marge thérapeutique pour que ses douleurs puissent être soulagées.

c. Le 22 mai 2025, la recourante a produit différents rapports médicaux relatifs à son hospitalisation au sein du service des soins aigus du département de réadaptation des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), intervenue du 12 au 27 mars 2025 en raison d'une décompensation chronique de son syndrome douloureux. Les pièces produites concernaient également son admission au service de médecine interne et de réadaptation au département de réadaptation des HUG du 27 mars au 9 avril 2025.

d. Le 4 juin 2025, l'intimé a communiqué à la chambre de céans un rapport de renseignement du 29 décembre 2024 et un rapport d'observation du 4 février 2025 établis par un détective privé mandaté par l'assurance responsabilité civile (ci-après : assurance RC) de l'automobiliste responsable de l'accident. À teneur du courrier adressé par l'assurance RC de l'automobiliste responsable à l'intimé en date du 26 février 2025, celle-ci estimait que la recourante était totalement apte à exercer une activité professionnelle et à accomplir ses tâches ménagères, dans la mesure où il avait été constaté qu'elle se déplaçait de manière fluide, sans canne, et qu'elle pouvait monter et descendre des escaliers sans difficulté apparente, tirer un chariot à commissions ou encore prendre les transports publics.

L'intimé a également transmis à la chambre de céans le courrier de la recourante du 20 février 2025, par lequel celle-ci indiquait que certaines des photos des rapports de l'assurance RC ne la concernaient pas. S'agissant des photos où elle marchait sans aide, elle a précisé qu'elle utilisait des orthèses plantaires et qu'il lui était difficile d'utiliser des béquilles pour faire les courses.

e. Par courrier du 17 juillet 2025, la recourante a contesté le contenu des rapports du détective privé et a sollicité un délai pour se déterminer à cet égard dans l'hypothèse où la chambre de céans en tiendrait compte.

f. Le 25 août 2025, l'intimé a transmis à la chambre de céans l'avis du médecin-conseil de l'assurance RC, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, qui a estimé que les activités de la recourante, telles qu'elles ressortaient des rapports de surveillance, étaient incompatibles avec le contenu des différents certificats médicaux la concernant. Le Dr G_____ a proposé de retenir que la recourante disposait, dans une activité adaptée, d'une capacité de travail de 30% dès le 28 février 2023, date de la confirmation de la consolidation de la fracture, de 60% dès le mois de juin 2023 et de 100% à compter du mois de septembre 2023. Selon lui, la dernière hospitalisation de la recourante n'était pas en lien avec l'accident de 2021, mais était très probablement due à sa personnalité et à son fonctionnement.

g. La chambre de céans a transmis cette écriture à la recourante.

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 prévue par la loi (art. 61 let. b LPGA et 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10) et en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), le recours est recevable.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

2.1 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.

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^{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 (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

2.2 En l'occurrence, un éventuel droit à la rente de la recourante naîtrait le 1^{er} mai 2024, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations du 13 novembre 2023 (*cf.* art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales seront citées dans leur nouvelle teneur.

3. À titre liminaire, il convient de circonscrire l'objet du litige.

3.1 De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la

date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (*cf.* ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

3.2 En l'espèce, la décision querellée a été rendue en date du 7 février 2025. L'état de santé de la recourante et ses répercussions sur sa capacité de travail doivent ainsi être examinés à cette date. Dès lors, les pièces médicales produites par la recourante en date du 17 mai 2025 ne seront pas prises en compte par la chambre de céans en tant qu'elles concernent des séjours hospitaliers postérieurs à la décision querellée, étant rappelé que ceux-ci ont eu lieu entre le 12 mars et le 9 avril 2025 aux HUG. De même, la protrusion discale et l'aggravation nette des douleurs du pied droit de la recourante, constatées lors des séjours hospitaliers précités, sont toutes deux postérieures à la décision attaquée.

Le litige porte ainsi sur le bien-fondé de la décision de l'intimé du 7 février 2025, par laquelle celui-ci rejette la demande de prestations AI de la recourante du 13 novembre 2023.

- 4.** La recourante fait grief à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendue en ne motivant pas suffisamment la décision querellée et en ne prenant pas position sur ses observations du 14 novembre 2024. Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; 124 V 90 consid. 2 notamment).

4.1 Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1 ; 133 III 235 consid. 5.3). La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, du 18 avril 1999 [Cst. – RS 101]), notamment, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 138 II 252 consid. 2.2 ; 135 I 279 consid. 2.3 ; 135 II 286 consid. 5.1 ; 132 V 368 consid. 3.1).

Une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 138 I 97 consid. 4.16.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). La réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431, consid. 3d/aa ; 126 V 130 consid. 2b) ; même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela

retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimé, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1). Enfin, la possibilité de recourir doit être propre à effacer les conséquences de la violation. Autrement dit, la partie lésée doit avoir eu le loisir de faire valoir ses arguments en cours de procédure contentieuse aussi efficacement qu'elle aurait dû pouvoir le faire avant le prononcé de la décision litigieuse (ATA/304/2013 du 14 mai 2013 consid. 4. c).

4.2 En l'occurrence, la recourante estime que l'intimé n'a pas pris position sur les contradictions entre les rapports médicaux de ses médecins traitants et les conclusions du rapport du SMR du 25 avril 2024 qu'elle a mises en exergue dans ses observations du 14 novembre 2024. Elle considère en outre que la décision querellée ne contient aucune motivation quant au choix de la date du 11 décembre 2023 en tant que fin de l'incapacité de travail totale de la recourante dans une activité adaptée. La recourante reproche enfin à l'intimé de ne pas avoir mentionné un exemple concret d'une activité qu'elle serait en mesure d'effectuer et de ne pas avoir motivé son refus de lui octroyer des mesures de réadaptation.

Contrairement à ce que soutient la recourante, l'intimé a pris position sur ses observations du 4 novembre 2024, qu'il a transmises au médecin du SMR. Ce dernier a estimé, dans son avis médical du 12 novembre 2024, que la recourante n'avait pas produit d'éléments médicaux nouveaux, de sorte qu'il maintenait les conclusions exposées dans son rapport du 25 avril 2024. L'intimé s'est ensuite fondé sur cette appréciation pour maintenir sa position dans la décision querellée. C'est en outre le lieu de rappeler que dans son rapport du 25 avril 2024, qui a été transmis à la recourante durant la phase d'audition avec le reste du dossier de l'intimé, le médecin du SMR a expliqué pour quelle raison il n'a pas fait sienne l'opinion des médecins traitants de la recourante.

Concernant la date du 11 décembre 2023, retenue par l'intimé comme fin de l'incapacité de travail totale de la recourante dans une activité adaptée, celle-ci provient des conclusions figurant à la fin du rapport du médecin du SMR du 25 avril 2024. S'il est vrai que dans le cadre de la présente procédure, le médecin du SMR a précisé que cette date était erronée et qu'il convenait de retenir celle du 8 février 2024, cette erreur n'est pas constitutive d'une violation du droit d'être entendue de la recourante. Il n'est au demeurant pas inutile de relever que le médecin du SMR avait également retenu la date du 8 février 2024 dans son rapport du 25 avril 2024, dans l'analyse exposée juste avant ses conclusions. Il appert ainsi que celui-ci a commis une simple erreur de transcription dans le cadre de la rédaction de ses conclusions.

En outre, contrairement à l'avis de la recourante, l'intimé a estimé qu'elle était en mesure, au vu de ses limitations fonctionnelles, d'occuper un emploi dans le conditionnement simple, derrière un établi, dans la vérification ou le contrôle, si bien qu'il ne saurait lui être reproché de ne pas s'être montré suffisamment précis à cet égard.

Enfin, l'intimé a expliqué pour quelle raison il estimait que des mesures de réadaptation n'étaient pas justifiées. En effet, il a précisé qu'une intervention de sa part n'était pas nécessaire pour que la recourante soit en mesure d'effectuer une activité non qualifiée des secteurs de la production et des services, dès lors que bon nombre d'entre elles étaient compatibles avec ses limitations fonctionnelles.

Compte tenu de ce qui précède, le grief de la recourante doit être rejeté.

5.

5.1 L'art. 8 LPGA prévoit qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

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 sa 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).

5.2 Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 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'assurée, 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 l'arrêt cité) 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).

5.3 À teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 1^{bis} LAI précise qu'une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1^{bis} et 1^{ter} n'ont pas été épuisées.

En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47.5% (al. 4).

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

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

5.4.1 Dans l'ATF 141 V 281, 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).

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

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

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

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

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2). Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

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

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

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

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

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

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

5.4.2 Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 ; 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

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).

Dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

5.5 Les notions de SDRC (CRPS pour *Complex regional pain syndrome*), algodystrophie ou maladie de Suedeck appartiennent aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constituent ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_234/2023 du 12 décembre 2023 consid. 3.2). Ils désignent, en médecine, un état maladif post-traumatique, qui est causé par un traumatisme bénin, qui se transforme rapidement en des douleurs importantes et individualisées avec des sensations de

cuisson, qui s'accompagnent de limitations fonctionnelles de type moteur, trophique ou sensori-moteur. Toute une extrémité ou une grande partie d'une zone du corps est touchée (arrêts du Tribunal fédéral 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 et 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1 *in* SVR 2010 UV n° 18 p. 69).

L'étiologie et la pathogenèse de cette atteinte ne sont pas claires. En tant que maladie de nature neurologique-orthopédique-traumatologique, elle est toutefois qualifiée d'atteinte organique, soit une atteinte de la santé corporelle (arrêts du Tribunal fédéral 8C_234/2023 du 12 décembre 2023 consid. 3.2 et 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 6.4 et les références). Selon la jurisprudence, la pose de ce diagnostic requiert, selon les critères de Budapest, que les éléments caractéristiques suivants soient satisfaits (arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 6.2 et les références).

Une douleur persistante disproportionnée par rapport à l'événement déclencheur. Le patient doit rapporter au moins un symptôme dans trois des quatre catégories suivantes : 1. sensorielle (hyperesthésie et/ou allodynie) ; 2. vasomotrice (asymétrie au niveau de la température et/ou changement/asymétrie au niveau de la coloration de la peau) ; 3. sudomotrice/œdème (œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation) ; 4. motrice/trophique (diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice [faiblesse, tremblements, dystonie] et/ou changements trophiques [poils, ongles, peau]). Le patient doit démontrer au moment de l'examen au moins un signe clinique dans deux des quatre catégories suivantes : 1. sensorielle (hyperalgésie [piqûre] et/ou allodynie [au toucher léger et/ou à la pression et/ou à la mobilisation]) ; 2. Vasomotrice (différence de température et/ou changement/asymétrie de coloration de la peau) ; 3. sudomotrice/œdème (œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation) ; 4. motrice/trophique (diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice [faiblesse, tremblement, dystonie] et/ou changements trophiques [poils, ongles, peau]).

Il n'existe aucun autre diagnostic permettant de mieux expliquer les symptômes et les signes cliniques. Ces critères sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM). L'utilisation de l'imagerie fait l'objet d'une controverse dans le milieu médical, mais garde un rôle notamment dans la recherche de diagnostics différentiels, ou lorsque les signes cliniques sont discrets ou incomplets ainsi que dans certaines formes atypiques. En pratique, si les critères 1 à 3 sont remplis et le critère 4 est respecté, on doit considérer que le patient souffre d'un SDRC ; toutefois la valeur prédictive positive n'est que de 76%. Si les critères sont partiellement remplis, il faut poursuivre le diagnostic différentiel et réévaluer le patient. Si les critères ne sont pas remplis, le patient a une probabilité quasi nulle d'avoir un SDRC (arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2024 précité consid. 6.2 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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 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).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

6.2 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).

6.3 Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1).

À ce titre, l'art. 43 LPGA énonce que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assureur détermine la nature et l'étendue de l'instruction nécessaire (al. 1^{bis}).

Selon l'art. 69 al. 2 RAI, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une instruction sur place peuvent être exigés ou effectués.

Il revient aux services médicaux régionaux d'évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS ; art. 49 al. 1 RAI).

Selon la circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (ci-après : CPAI) établie par l'OFAS, la portée de l'instruction médicale dépend du tableau clinique, de la complexité du cas et du type de prestation AI envisagée. L'instruction porte en principe sur les aspects suivants : atteinte à la santé (expression des symptômes, gravité, facteurs non pris en considération par l'assurance) ; diagnostic ; limitations fonctionnelles et impact sur la capacité de travail (en fonction du taux d'occupation et des tâches de l'assuré, mais aussi des éventuelles possibilités d'adaptation du poste de travail) ; ressources de l'assuré ; possibilités éventuelles de réadaptation ou d'exercice d'une activité adaptée ; anamnèse succincte ; informations sur le quotidien de l'assuré ; description du traitement et du plan de traitement (date de début, thérapie suivie jusque-là, pronostic, type et fréquence du traitement, médicaments et dosages prescrits, prise des médicaments, efficacité, changements de thérapie prévus ou opérés, objectifs thérapeutiques) ; thérapies et traitements médicaux suivis ; incapacités de travail (ch. 3049 CPAI, dans sa version en vigueur au 1^{er} janvier 2025).

D'après le ch. 3051 CPAI, les informations peuvent être obtenues en demandant un rapport médical ou des documents médicaux déjà disponibles (rapports de consultation, rapports d'opération et de sortie, documents de l'AMal, de la Suva, *etc.*) ou en ayant un entretien avec le médecin traitant.

L'assureur n'a pas à épuiser toutes les possibilités d'investigations, s'il estime, par une appréciation anticipée des preuves fournies par les investigations auxquelles il a déjà procédé, que certains faits présentent le degré de preuve requis par les circonstances et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation. À l'inverse, l'assureur ne peut renoncer à mettre en œuvre des mesures d'instruction complémentaires, lorsqu'il apparaît, sur la base du dossier ou des allégations de la personne assurée, que les faits pertinents n'ont pas été établis de manière correcte et complète ou qu'il existe des contradictions insurmontables (Jacques Olivier PIGUET, *in* Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 12 *ad* art. 43 LPGA).

6.4 Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI et le RAI ont connu plusieurs modifications (*cf.* consid. 2.1). À son art. 54a al. 3, la LAI prévoit

désormais que 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. L'art. 49 al. 1^{bis} RAI précise que lors de la détermination des capacités fonctionnelles au sens de cette disposition, 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 ou psychiques.

La capacité fonctionnelle de l'assuré revêt une place centrale dans le système ainsi mis en place, car elle permet notamment de quantifier la déduction à opérer sur le revenu avec invalidité au sens de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, à savoir déterminer si une réduction de 10% ou de 20% doit être accordée, la seconde hypothèse trouvant application lorsque, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle de 50% ou moins.

Selon le rapport explicatif de l'OFAS du 18 octobre 2023 rendu après la procédure de consultation, la nouvelle modification du RAI entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2024 avait pour but d'introduire une méthode de calcul sous la forme d'une déduction forfaitaire permettant, lors de la détermination du revenu avec invalidité au moyen de valeurs statistiques, de tenir compte des possibilités de revenu réelles des personnes atteintes dans leur santé (ch. 3, p. 5). L'OFAS a indiqué que, dans ce cadre, les médecins du SMR compétent doivent procéder à une évaluation complète de la capacité fonctionnelle restante de l'assuré en se basant sur les rapports des médecins traitants, le cas échéant sur leurs propres examens et, au besoin, sur les expertises de médecins spécialistes. Pour ce faire, ils prennent en compte tous les facteurs médicaux limitant la capacité fonctionnelle, mais aussi, depuis l'entrée en vigueur du développement continu de l'AI le 1^{er} janvier 2022, les limitations dues à l'atteinte à la santé. Autrement dit, toute limitation quantitative ou qualitative due à l'invalidité lors de l'exercice d'une activité lucrative (par ex. besoin de davantage de pauses, limites d'effort, ralentissement en comparaison avec une personne en bonne santé, âge, gravité de la maladie, atteintes à la santé particulièrement importantes, etc.) est évaluée et consignée. Ainsi, la capacité fonctionnelle est déterminée tant à partir des facteurs médicaux que des limitations qualitatives et quantitatives dues à l'atteinte à la santé ; elle est prise en compte dans le calcul du revenu avec invalidité (ch. 4.1, p. 8).

Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il

en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). Un renvoi 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. 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4).

7.

7.1 En l'occurrence, la chambre de céans observe, à titre liminaire, que la recourante a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité à compter du 13 septembre 2022, à savoir au terme du délai d'attente d'un an prévu par l'art. 28 al. 1 let. b LAI.

Or, il ressort du dossier de l'intimé que la recourante a déposé sa demande de prestations AI au mois de novembre 2023.

Partant, en vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, l'éventuel droit à une rente d'invalidité de la recourante ne pourrait naître qu'à compter du 1^{er} mai 2024, soit six mois après le dépôt de sa demande de prestations AI.

Par ailleurs, la chambre de céans constate que la recourante ne remet pas en cause le statut d'actif retenu par l'intimé dans le cadre de la détermination de son taux d'invalidité.

Le choix de l'intimé n'est au demeurant guère critiquable, dans la mesure où la recourante a déclaré, lors de l'enquête économique sur le ménage s'étant déroulée à son domicile, qu'elle aurait cherché à travailler à plein temps sans son atteinte à la santé. À cet égard, il ressort du rapport d'enquête que la recourante a effectué une formation dans le secteur de la petite enfance en Argentine et qu'elle a suivi des cours de français pendant deux ans après son arrivée en Suisse, avant d'obtenir une place de stage à temps plein dans une crèche en 2020, lequel n'a malheureusement pas pu avoir lieu en raison de la pandémie de COVID-19.

Partant, l'intimé a retenu à raison que la recourante devait se voir reconnaître un statut d'actif.

7.2 S'agissant de la détermination du taux d'invalidité de la recourante, cette dernière soutient que l'intimé a retenu à tort qu'elle présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20%. Elle fait également grief à l'intimé de s'être écarté à tort de l'opinion de ses médecins traitants et de ne pas avoir tenu compte de son atteinte psychique.

L'intimé fonde pour sa part sa position sur les avis médicaux du médecin du SMR des 25 avril 2024 et 24 mars 2025, en faisant valoir que celui-ci a tenu compte de l'ensemble des rapports médicaux du dossier pour apprécier la capacité de travail de la recourante. Selon l'intimé, cette dernière n'a produit aucun élément médical objectif susceptible de modifier les conclusions du médecin du SMR, de sorte que la mise en œuvre d'une instruction complémentaire ne se justifie aucunement.

Au vu de ce qui précède, il convient d'examiner si les avis médicaux du médecin du SMR peuvent se voir reconnaître une force probante, en particulier celui du 25 avril 2024.

7.2.1 Dans son rapport du 25 avril 2024, le médecin du SMR a retenu que la recourante présentait un CRPS de la face latérale du pied droit à la suite d'une fracture du cinquième métatarsien et a considéré que sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelle était entière, avec une diminution de rendement de 20%, dès le 8 février 2024, date du rapport de la Dre E_____ attestant que l'assurée pouvait se déplacer avec une canne. L'appréciation de la Dre E_____, qui estimait que la capacité de travail résiduelle de la recourante était *a priori* nulle, ne pouvait pas être suivie, dès lors que celle-ci présentait, plus de deux ans après l'accident, une symptomatologie limitée à la face latérale du pied droit avec un status en progression (aspect cutané en ordre, palpation indolore), des doses modérées d'antalgiques et un déplacement possible avec une canne.

Il convient tout d'abord de relever que le rapport du SMR du 25 avril 2024 se fonde sur l'ensemble des rapports médicaux figurant au dossier de l'intimé et qu'il retient, tout comme les médecins traitants de la recourante, le diagnostic de CRPS au titre d'atteinte somatique. Le médecin du SMR a également motivé ses conclusions relatives à la date à laquelle il estime que la recourante a recouvré une capacité de travail dans une activité adaptée et a expliqué tenir compte de ses limitations fonctionnelles en retenant une baisse de rendement de 20%.

Cela étant, il appert que le dossier de l'intimé ne contient pas certains des rapports médicaux mentionnés dans le jugement du Tribunal de police du 17 février 2023 condamnant l'automobiliste ayant percuté la recourante, tels que ceux du docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et ceux du Dr D_____ antérieurs au 11 janvier 2024. De même, certains rapports médicaux mentionnés par le médecin-conseil de l'assurance RC ne figurent pas non plus au dossier de l'intimé.

Par ailleurs, la chambre de céans estime qu'il existe des doutes quant à la fiabilité de l'appréciation du médecin du SMR relative à la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée.

En effet, le fait que le rapport de la Dre E_____ du 8 février 2024 mentionne que la recourante se déplace à l'aide d'une canne et non plus en fauteuil roulant,

comme l'indiquait le Dr C_____ dans son rapport du 12 décembre 2023, ne saurait suffire pour considérer que sa capacité de travail dans une activité adaptée est désormais entière.

On ignore en particulier pendant combien de temps la recourante a utilisé une chaise roulante, étant relevé qu'il ressort du résumé du rapport du 8 mars 2022 du Dr H_____, figurant dans le jugement du Tribunal de police du 17 février 2023, qu'elle utilisait déjà des cannes à cette époque-là. En outre, le rapport établi le 28 mars 2025 par la docteure I_____, médecin cheffe de clinique au service de médecine interne et de réadaptation des HUG, mentionne que la recourante se déplace avec une canne depuis 2021. La chambre de céans précise à cet égard que ce rapport, bien que postérieur à la décision querellée, peut être pris en compte en tant qu'il concerne la situation antérieure à celle-ci.

Il ne saurait donc être retenu que la recourante dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée au motif qu'elle marche en utilisant une canne.

De surcroît, les Drs C_____ et E_____ indiquent tous deux que l'évolution du pied droit de la recourante a été défavorable pendant la prise en charge, avec une aggravation des douleurs dues au CRPS. La Dre E_____ précise à ce propos que les douleurs invalidantes de la recourante persistent et qu'il n'existe pas de position antalgique pour son pied. Il convient encore de souligner que ces médecins n'ont pas fait mention d'une quelconque amélioration du CRPS de la recourante.

Concernant les doses d'antalgiques décrites par le médecin du SMR comme étant modérées, la chambre de céans constate que le rapport du 12 décembre 2023 du Dr C_____, spécialiste en anesthésiologie et spécialiste en matière de traitement interventionnel de la douleur (SSIPM), explique que les perfusions de lidocaïne et de kétamine, de même que les autres traitements médicaux mis en place, n'ont pas eu l'effet escompté, les douleurs de la recourante s'étant même aggravées. De même, s'il est vrai que la Dre E_____ mentionne, dans son rapport du 8 février 2024, que les gouttes de morphine sont en réserve, elle précise également que les douleurs invalidantes de la recourante persistent malgré les différents traitements. La Dre E_____ rapporte d'ailleurs, dans son rapport du 18 février 2025, que la recourante indique que le traitement morphinique n'est que partiellement efficace.

Compte tenu de ce qui précède, il ne saurait être retenu, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, qu'une augmentation du traitement morphinique suffirait à résoudre les douleurs invalidantes dont souffre la recourante.

S'agissant enfin des deux rapports de renseignements et d'observation établis par le détective privé mandaté par l'assurance RC de l'automobiliste responsable de l'accident, il sied de préciser que selon le Tribunal fédéral, un rapport de surveillance ne constitue pas, à lui seul, un fondement sûr pour constater les faits relatifs à l'état de santé ou la capacité de travail de la personne assurée. Il peut tout

au plus fournir des points de repère ou entraîner certaines présomptions. Seule l'évaluation par un médecin du matériel d'observation peut apporter une connaissance certaine des faits pertinents (ATF 137 I 327 consid. 7.1).

À cet égard, la prise de position du médecin-conseil de l'assurance RC relative aux rapports de surveillance a été communiquée à la chambre de céans. Selon lui, les activités de la recourante ressortant des rapports de surveillance sont incompatibles avec le contenu des différents certificats médicaux la concernant, notamment celui qui a été établi par la Dre E_____ en date du 18 février 2025.

La chambre de céans constate que les photos portées à sa connaissance par l'intimé montrent effectivement la recourante se déplaçant sans cannes et traînant derrière elle un chariot de commissions, ce que cette dernière admet du reste elle-même, en précisant qu'elle utilisait, au moment de la prise des photos, des orthèses plantaires et qu'il lui était difficile d'utiliser des béquilles pour faire les courses.

Compte tenu de ce qui précède, il paraît vraisemblable que l'état de santé de la recourante s'est amélioré depuis les rapports établis par le Dr C_____ en date du 12 décembre 2023 et celui de la Dre E_____ du 8 février 2024.

Cependant, si les activités ressortant des rapports de surveillance produits par l'intimé ne paraissent effectivement pas compatibles avec l'ampleur des douleurs telle que rapportée en dernier lieu par la recourante et ses médecins, il n'en demeure pas moins que ces rapports de surveillance ne permettent pas de déterminer si la recourante éprouve encore des douleurs invalidantes, ni dans quelle mesure. La chambre de céans observe à cet égard que dans son rapport du 11 janvier 2024, le Dr D_____ a indiqué que la recourante était prise en charge par un centre spécialisé de la douleur, sans que le dossier de l'intimé ne comporte aucune trace de son suivi, alors que ce point aurait dû être instruit en vue de l'évaluation de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée.

Par ailleurs, le Dr G_____ estime que la recourante a recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée en se fondant sur le rapport du Dr D_____ du 25 mars 2024 et sur le rapport établi par deux orthopédistes des HUG en date du 29 février 2024, lesquels ne figurent pas au dossier de l'intimé. Dans le cadre de son analyse, le Dr G_____ remarque que l'examen clinique réalisé par les orthopédistes des HUG ne permet pas de retenir une situation de CRPS avancée et en infère que la recourante a recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée entre le début de l'année 2023 et la fin de l'année 2024. Le Dr G_____ ne tient toutefois pas compte des douleurs mentionnées par la recourante aux orthopédistes des HUG, dont la plausibilité n'a visiblement pas été remise en cause par ces derniers. Partant, l'avis du Dr G_____, selon lequel les orthopédistes des HUG ne mentionnent pas d'éléments incompatibles avec une capacité de travail entière dans une activité adaptée doit être relativisé compte tenu du caractère potentiellement invalidant des douleurs de la recourante, ce

d'autant plus qu'il indique lui-même que les orthopédistes des HUG ne se sont pas « formellement » prononcés sur la capacité de travail de la recourante.

Il y a ainsi lieu de retenir que l'avis médical du médecin du SMR du 25 avril 2024 est dénué de force probante, dès lors que la problématique du CRPS n'a pas été suffisamment instruite. Le dossier ne comporte en effet pas d'analyse claire et précise de l'évolution récente des douleurs éprouvées par la recourante en raison du CRPS, de leur plausibilité et de leur répercussion sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. Il existe ainsi des doutes quant au bien-fondé des conclusions du médecin du SMR sur le plan somatique.

Partant, l'intimé ne pouvait pas se fonder sur ses avis pour rendre la décision querellée.

7.2.2 La recourante estime également que l'intimé aurait dû tenir compte de son atteinte psychique dans le cadre de l'évaluation de son invalidité.

Pour mémoire, le médecin du SMR n'a retenu aucune atteinte à la santé à ce titre, en relevant que dans son rapport du 8 février 2024, la Dre E_____ faisait état d'un diagnostic d'état anxio-dépressif stable, traité et non incapacitant. Au cours de la procédure, il a également indiqué que l'attestation médicale de la Dre B_____ du 19 février 2025 ne mentionnait aucun diagnostic nouveau, ni une modification du traitement, et que l'aggravation de la santé psychique rapportée correspondait à une réaction consécutive à la décision de l'intimé, pour laquelle la psychiatre traitante n'indiquait aucune incapacité de travail.

Il convient en préambule de rappeler qu'entre le 11 février 2021 et le 25 novembre 2021, la recourante a été admise à trois reprises au sein de la clinique du Grand-Salève en raison de son état psychique. Au terme de son dernier séjour, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans symptômes psychotiques (F33.2) a été retenu.

Par ailleurs, dans une attestation médicale non datée, mais établie en novembre 2022 selon son auteure, la Dre B_____, psychiatre de la recourante, a exposé que son état psychique s'était dégradé de manière définitive depuis son accident, sans qu'une amélioration de sa dépression sévère pût alors être envisagée, malgré la mise en place d'un traitement adéquat et la prescription de doses maximales.

Enfin, dans son rapport du 19 février 2025, la Dre B_____ a indiqué que l'état de santé psychique de la recourante s'était dégradé durant les mois de janvier et février 2025 en raison du caractère incertain de sa situation.

Les deux rapports établis par la psychiatre de la recourante ne permettent pas de déterminer si son atteinte à la santé psychique revêt une gravité suffisante pour pouvoir être considérée comme invalidante. Ils ne contiennent en effet aucune remarque ayant trait à la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle, ni dans son activité adaptée, et ne se prononcent pas sur d'éventuelles limitations fonctionnelles engendrées par son atteinte à la santé psychique.

Cependant, les éléments médicaux précités suggèrent que la recourante souffre d'une atteinte psychique potentiellement invalidante, notamment au vu de son caractère apparemment chronique, ce que l'intimé aurait dû clarifier en instruisant davantage le dossier sur cette question, dès lors que les renseignements médicaux en sa possession ne lui permettaient pas d'exclure, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'une telle atteinte.

En effet, l'absence de modification du traitement psychique de la recourante ne saurait constituer un indice permettant à l'intimé de considérer qu'elle ne souffre d'aucune atteinte psychique invalidante, étant rappelé qu'à teneur du rapport de la Dre B_____ du mois de novembre 2022, l'état de sévère dépression de la recourante ne s'améliorait pas malgré la mise en œuvre d'un traitement adéquat et la prescription de doses maximales. L'attestation de la Dre B_____ du 19 février 2025 ne contient quant à elle aucune précision relative au traitement de la recourante et à son évolution.

Enfin, le médecin du SMR ne pouvait pas se contenter de se référer au rapport médical de la Dre E_____ du 8 février 2024 pour en inférer que l'atteinte à la santé psychique de la recourante était stabilisée et non incapacitante, alors que cette médecin n'est pas psychiatre, contrairement à la Dre B_____.

Par conséquent, il appert que l'instruction à laquelle a procédé l'intimé, s'agissant du volet psychique, est lacunaire et viole la maxime inquisitoire.

Il convient ainsi de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une expertise médicale qui devra comporter un volet psychiatrique et un volet relatif à la problématique du CRPS de la recourante, lequel devra être confié à un orthopédiste ou à un rhumatologue disposant de connaissances reconnues en la matière.

L'intimé devra ensuite se prononcer sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité.

Dans ces conditions, il sera renoncé à l'audition de la recourante.

- 8.** Compte tenu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 7 février 2025 annulée.

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée au titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 7 février 2025.
4. Renvoie la décision à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- au titre de 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

La présidente

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

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